



PCFM



วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว | Journal of Primary care and family Medicine

Vol. 4 No. 1 January - April 2021

ISSN 2651-0553



Mental Health



The Journal of Primary Care and Family Medicine
วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

**คณะผู้จัดทำ
ที่ปรึกษา**

ผศ.ดร.นพ.อภิรักษ์ อร่ามรัตน์
ผศ.พญ.สายพิน ทัตถิรัตน์

บรรณาธิการ

พญ.สุพิศรา ศรีวณิชชากร
พญ.สายรัตน์ นกน้อย

รองบรรณาธิการ

ดร.นพ.ชัยสิริ อังกระวารานนท์
นพ. ปกรณ์ ทองวิไล
นพ.สตาจค์ ศุภผล
นพ.โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

สถานที่ติดต่อ

สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

วิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
เลขที่ 2 ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย แขวง
บางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310 โทรศัพท์ :
02-7166651-2 แฟกซ์ : 02-7166653

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (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 วรรณระพีศิษฐ์
รศ.พญ.สรณา แก้วพิบูลย์
ผศ.นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ
ผศ.พญ.กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์
ผศ.ดร.พญ.ศิรินาถ ตงศิริ
ผศ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์
ผศ.พญ.ปัทมา โกมุทบุตร
ผศ.ดร.ภัทรระ แสนไชยสุริยา
พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์
นพ.กรภัทร มยุระสาคร
พญ.อรุณี ทิพย์วงศ์
พญ.สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล
นพ.นนท์ ไสวัณณะ
พญ.อรรพรรณ ตะเวทิงค์
พญ.ศิริรภา ศิริพร ณ ราชสีมา
ดร.นพ.วิน เตชะเคหะกิจ
ดร.พญ.วิรุฉา บุตรแก้ว
ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม
ภก.จตุพร ทองอิม
ภก.ธีรภัทร์ ฉันทพันธ์
ดร.สุรศักดิ์ อธิคมานนท์
นส.สุรรัตน์ ธนากิจ
นส.ผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ

ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่

Website: www.pcfmjournal.com



บทบรรณาธิการ I 4

สุขภาพจิต กับ ระบบบริการปฐมภูมิ /เวชศาสตร์ครอบครัว

จดหมายถึงกองบรรณาธิการ I 8

ความเข้าใจที่ขาดหาย เมื่อใส่หน้ากากเข้าหากัน

กิตติกรรมประกาศ I 10

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ I 11

ผลของสมาธิบำบัดแบบ SKT ต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน I 22

ประสิทธิภาพของการประยุกต์ปฏิบัติสมาธิ SKT7 เทียบกับการบริหารการหายใจแบบห่อปาก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี I 35

การศึกษาความชุกของภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย I 49

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ I 61

ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องระยะต้นในชุมชน I 74

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่สำเร็จของผู้ที่มาเข้ารับการรักษาน ณ คลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลสระบุรี I 85

ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในคลินิกการดูแลระดับประคอง รพ. แม่สอด จ. ตาก I 97

กรณีศึกษา I 112

การเปลี่ยนแปลงจากผู้ป่วยเป็นผู้ดูแล กรณีศึกษา การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

บทบรรณาธิการ

สุขภาพจิต กับ ระบบบริการปฐมภูมิ / เวชศาสตร์ครอบครัว

Mental Health and Primary Care / Family Medicine



แพทย์หญิงสุพัตรา

ศรีวิมลชากร

บรรณาธิการวารสารระบบ
บริการปฐมภูมิและ
เวชศาสตร์ครอบครัว

ปัญหาสุขภาพจิต ที่รุนแรงมากขึ้น

สุขภาพจิต เป็นประเด็นสุขภาพที่มีความสำคัญยิ่งประเด็นหนึ่งทั้งในระดับประเทศและระดับโลก

ในประเทศไทยพบว่า โรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติด เป็นเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของความสูญเสียจากทุกสาเหตุ จัดเป็นสาเหตุนำอันดับที่ 5 จาก 22 กลุ่มโรค แต่เป็นสาเหตุนำอันดับหนึ่งของความสูญเสียจากความบกพร่องทางสุขภาพหรือโรค/การบาดเจ็บที่ไม่เสียชีวิต (YLDs) ในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 23 ของ YLDs จากทุกสาเหตุ และร้อยละ 15 ในเพศหญิง ความผิดปกติทางจิตเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ทั้งของเพศชายและหญิง ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และ 30-44 ปี (รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บประชากรไทย พ.ศ. 2557)

คนไทยป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 5 อันดับแรก คือ 1. โรคซึมเศร้า (Depression) 2. โรคจิตเภท (Schizophrenia) 3. โรควิตกกังวล (Anxiety) 4. โรคจิตเวชเนื่องมาจากสารเสพติด (Substance Induced Mental Illness) 5. โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar Disorder)

โดยทั่วไปพบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคทางจิตเวช ประมาณร้อยละ 4 ของประชากร และพบว่าส่วนใหญ่เกิดในช่วงอายุ 18-25 ปี ในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่ในไทยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประเด็นที่น่าเป็นห่วงในปัจจุบัน คือ ปัญหาด้านยาเสพติด ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อสมองและทำให้เกิดอาการทางจิตได้ และเป็นไปได้ว่าในอนาคตผู้ป่วยทางจิตเวชจะเพิ่มขึ้นจากการใช้ยาเสพติดอันเป็นประเด็นสำคัญสำหรับอนาคตของประเทศไทย

การศึกษาโดยระบอดิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนโครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ในปี 2556 พบว่าผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญทั้ง 8 โรค/ภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ 10 ล้านคนทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีผู้เข้าถึงบริการสุขภาพจิตประมาณ 8 แสนคนหรือคิดเป็นร้อยละ 8 เท่านั้น

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยทางจิตเวชมาก่อน โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 15-59 ปี (ร้อยละ 93) และ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 95) ซึ่งสะท้อนถึงประเด็นที่ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้น้อย อีกทั้งในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนที่ควรมีการพิจารณาถึงแนวทางการพัฒนาและการรับมือกับภาวะต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพ และทันต่อเหตุการณ์

มิติมุมมอง ต่อ “สุขภาพจิต”

ลักษณะของประชาชนที่มาใช้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีประเด็นทางด้านสุขภาพจิตในหลายลักษณะ ทั้งที่มีภาวะผิดปกติอย่างชัดเจน และไม่ชัดเจน แต่ส่วนใหญ่ที่พบจะเป็นลักษณะที่ไม่ได้มีภาวะผิดปกติที่ชัดเจนที่ร่วมกับการมีปัญหาสุขภาพทางกายด้านอื่น ๆ กับภาวะที่มีถูกจัดใส่ เพราะหาก ก่อโรคทางกายไม่พบ

สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง “ภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวแก้ปัญหา สร้างสรรค์ทำงานได้ มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้” (จากรายงานการวิจัยการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต; 2545)¹ เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคิด การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล (mayo clinic)²

สุขภาพจิตเป็นภาวะหนึ่งของชีวิตคน เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญต่อการมีสุขภาพดีของบุคคล เป็นมุมมองที่กว้างกว่าการมีปัญหาสุขภาพจิต หรือการเป็นโรคทางจิต (Mental Health Disorder) และถือว่าเป็นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือการดูแลสุขภาพจิตโดยทีมงานเวชศาสตร์ครอบครัว

การดูแลสุขภาพจิตแบบเป็นองค์รวมที่เป็นส่วนหนึ่งของภาวะสุขภาพรายบุคคล เป็นการดูแลในลักษณะที่เป็นภาวะทางด้านจิตใจ และมุมมองด้านจิตวิทยา การดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัยที่มีประเด็นทางสุขภาพจิต เป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพที่มีประเด็นปัญหาต่าง ๆ แตกต่างกันไปตามวัย ซึ่งเป็นทั้งส่วนของการป้องกันปัญหา หรือการแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตตั้งแต่เริ่มต้น (prevention and early detection) อีกทั้งเป็นการเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพทางกายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ที่เชื่อมโยงไปถึงปัจจัย สาเหตุ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับทางด้านจิตใจ

บทบาทของการดูแลสุขภาพจิตในส่วนนี้ อาจไม่ได้อยู่ในมือของวิชาชีพแพทย์เท่านั้น แต่ประชาชน ครอบครัว พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักสังคม ก็น่าจะมีส่วนร่วมในการดูแลนี้ด้วย บุคลากรที่มีความรู้ ทักษะในการค้นหาปัญหา และการดูแลแบบองค์รวมก็จะเป็นส่วนเริ่มต้นที่สำคัญ

อีกส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพจิต ก็คือการค้นหาโรค หรือความผิดปกติทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ซึ่งอาจมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม การมีสารเคมีในสมองที่ผิดปกติ หรือสาเหตุจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมในครอบครัวและสังคม ทั้งที่เป็นภาวะความเครียด และสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษจากสารเคมี แอลกอฮอล์ในขณะที่อยู่ในครรภ์ ซึ่งการดูแลส่วนนี้หากค้นหาได้เร็ว และมีการดูแลรักษาที่เหมาะสม ทันเวลา สามารถลดความผิดปกติและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคล และครอบครัว

การดูแลในส่วนที่สองนี้ หากถูกมองข้ามหรือละเลยไป ก็อาจทำให้การค้นหาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติได้ต่ำกว่าความเป็นจริง และผู้ป่วยได้รับการดูแลช้าไป แต่หากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเน้นหรือมีมุมมองแต่ด้านโรคอย่างเดียว ก็อาจทำให้เกิดภาวะที่ยึดเยียดโรคหรือภาวะผิดปกติทางจิตให้แก่ประชาชนเกินจริง และเป็นภาวะที่นำไปสู่การตีตรา (stigma) สร้างให้เกิดผลกระทบข้างเคียงตามมาได้เช่นกัน การจะวินิจฉัยหรือใส่ว่าใครเป็นผู้มีปัญหาทางจิต จึงต้องมีการพิจารณาอย่างรอบด้าน และมีการประเมินติดตามเป็นระยะ ๆ จึงจำเป็นต้องมีสมดุลงานที่พอดีของการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนทั้งในลักษณะที่เป็นสภาวะของจิตหรือความสุข กับลักษณะการเป็นโรคหรือความผิดปกติ จำเป็นที่ทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องมีความเข้าใจและทักษะของการดูแลทั้งสองลักษณะ โดยเฉพาะทีมงานในหน่วย

บริการปฐมภูมิ/เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ถือว่าเป็นฐานสำคัญของการดูแลสุขภาพประชาชนในแนวทาง

บทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่องานสุขภาพจิต

จากการทบทวนเอกสารในประเด็นนี้ ได้พบว่ามีกำหนดไว้ชัดเจน แม้ว่าจะเป็นเอกสารวิชาการที่บันทึกไว้ค่อนข้างนานมาแล้ว แต่เห็นว่าเป็นประเด็นที่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงชัดเจน จึงได้นำมาเสนอซ้ำอีกครั้ง เพื่อเป็นฐานข้อมูลของการพัฒนางานด้านนี้ต่อไปสำหรับทีมงานบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว

การบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายรวม ตั้งแต่การวินิจฉัย การรักษา ดูแล และการดำเนินงานเพื่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การผสมผสานศาสตร์ทักษะในการดูแลทางด้านจิตวิทยาและด้านพฤติกรรมเข้าไปในกระบวนการดูแลในงานปกติ ได้แก่ การสัมภาษณ์ การให้คำปรึกษา การสื่อสารระหว่างบุคคล

กิจกรรมบริการด้านสุขภาพจิต ที่มีการกำหนดในคู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ศูนย์สุขภาพชุมชน)³ โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. การบริการสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มอายุ ที่ประกอบด้วย การคัดกรอง/ประเมินผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มเสี่ยง เพื่อการป้องกัน และช่วยเหลือเบื้องต้น
2. บริการให้การปรึกษา
3. บริการเยี่ยมบ้าน
4. การเชื่อมโยงบริการ

ลักษณะของการจัดบริการด้านสุขภาพจิต ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดได้ในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่

1. การจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานในหน่วยบริการ ที่ผสมผสานกับการดูแลสุขภาพด้านอื่น ๆ บูรณาการการคัดกรอง รักษา ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
2. การจัดตั้งคลินิกด้านสุขภาพจิตที่ผสมผสานกับการให้บริการด้านอื่น ๆ เช่น คลินิกยาเสพติด คลินิกพัฒนาด้านจิตใจในคลินิกสุขภาพเด็กดี EQ เด็ก คลินิกคลายเครียด คลินิกให้การปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
3. การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในหน่วยบริการและในชุมชน ทั้งที่เป็นบริการรายบุคคล รายกลุ่ม และการดำเนินงานร่วมกับกลุ่ม องค์กร ที่เกี่ยวข้องในชุมชน
4. การฟื้นฟูสุขภาพจิต ทั้งด้วยวิธีการเยี่ยมบ้าน การทำงานร่วมกับชุมชน ที่ทำให้เกิดระบบการฟื้นฟูในชุมชน

ความสำคัญของการบูรณาการงานสุขภาพจิตในระบบบริการปฐมภูมิ

การบูรณาการงานสุขภาพจิตในระบบบริการปฐมภูมิ เป็นที่ยอมรับและเป็นข้อเสนอแนะในแผนการพัฒนาระบบสุขภาพจิตทั้งในระดับประเทศและระดับสากล เหตุผลสำคัญที่เห็นว่าควรบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าในระบบบริการปฐมภูมิและสาธารณสุขมูลฐาน ที่เสนอโดย WHO และ WONCA Working Party on Mental Health⁴ ที่แสดงถึงคุณค่าสำคัญของบริการปฐมภูมิต่องานสุขภาพจิต คือ

1. การลดปัญหาการตีตราของผู้ป่วย และครอบครัว
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ทั่วถึง อันเนื่องมาจากเป็นบริการด้านแรกของหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้บ้าน ทำให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายทั้งในมิติทางด้านกายภาพ การเดินทางที่สะดวกลดค่าใช้จ่ายได้มาก อีกทั้งด้านการยอมรับที่สื่อสารกับผู้บริการได้เข้าใจง่าย
3. ความเป็นหน่วยบริการที่ดูแลทุกเรื่องแบบองค์รวม ทำให้การค้นหาและการป้องกันภาวะเสี่ยงทำได้ดี ครอบคลุมได้กว้าง
4. ลดปัญหาการแยกตัวผู้ป่วยออกจากชีวิต และสังคมปกติ
5. รวมถึงการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ลดการแยกตัวผู้ป่วยไปอยู่ในสถานบริการจำเพาะ อันเนื่องจากการดูแลในหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน บูรณาการกับการจัดการทางสังคม และชุมชนได้ง่าย และดีกว่า
6. ก่อให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดีกว่าการบริการโดยสถาบันบริการเฉพาะทาง

ความท้าทายสำคัญต่อการบูรณาการ

การจะดำเนินการบูรณาการดังกล่าวได้สำเร็จ จำเป็นต้องมีการวางแผนการลงทุน และการพัฒนาในหลายส่วนที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ การพัฒนากำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิให้มีทักษะความสามารถในการค้นหา ฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต และการดูแลแบบเป็นองค์รวม รวมถึงการปรับมุมมองทัศนคติในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม การจัดการกับเวลาและภาระงานที่มากของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่รัฐอาจต้องคิดถึงการจัดการกำลังคนเพื่อรองรับภาระงานด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนถึงระบบการนิเทศ การสนับสนุน การพัฒนางานด้านนี้กับหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน

ทั้งหมดนี้ เป็นประเด็นและมุมมองบางส่วนที่ผู้เขียนเห็นว่า สุขภาพจิตและระบบบริการปฐมภูมิ เป็นส่วนสำคัญที่จะสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพของประชาชนไทยให้ดียิ่งขึ้น ทั้งทางด้านกายและใจ สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว และสร้างผลกระทบต่อชีวิตคนในสังคมได้อย่างเท่าทัน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. สุขภาพจิตคืออะไร [อินเทอร์เน็ต].2559 [เข้าถึงเมื่อ 17 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/faq/mentalhealth.asp>
2. Mayo Clinic. Mental Illness [Internet].2559 [accessed on เข้าถึงเมื่อ 17 มีนาคม 2564]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968>
3. WHO and WONCA Working Party on Mental Health. What is primary care mental health? Ment Health Fam Med. 2008; 5(1):9-13.
4. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตในศูนย์สุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2547.

จดหมายถึงกองบรรณาธิการ

“ความเข้าใจที่ขาดหาย เมื่อใส่หน้ากากเข้าหากัน”

เรียน กองบรรณาธิการวารสาร PCFM



ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นั้น ได้ก่อให้เกิดผลกระทบในวงกว้างในทุก ๆ วงการ รวมถึงการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานควบคุมโรคในพื้นที่ที่รับผิดชอบ COVID-19 ได้ก่อให้เกิดวิถีชีวิตใหม่ (New normal) หลาย ๆ อย่าง หนึ่งในนั้นที่รู้จักและปฏิบัติกันอย่างแพร่หลายคือการสวมหน้ากากอนามัย (Mask) เมื่อออกนอกบ้าน หลายสถานที่จะไม่ยอมให้ผู้ที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยเข้าใช้บริการ โดยเฉพาะสถานพยาบาลทุกแห่งจะมีกฎเคร่งครัดในเรื่องนี้มาก ทำให้เกิดเหตุการณ์ “ใส่หน้ากากเข้าหากัน” ของทั้งทีมสุขภาพและผู้ป่วย

เป็นที่รู้กันว่าหัวใจหลักอย่างหนึ่งของการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ดีคือ ทักษะการสื่อสาร (Communication skills) เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับบริการมักจะมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่จำเป็นต้องได้รับการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะประเมินความเจ็บป่วย (Illness) ของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ก็จะต้องประเมินความรู้สึก (Feeling) ของผู้ป่วยด้วย

การสื่อสารนั้นสามารถแบ่งได้เป็นทางคำพูด (Word) ทางน้ำเสียง (Tone of voice) และทางภาษากาย (Body language) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าในการสื่อสารครั้งหนึ่ง ๆ นั้น ความสำคัญในการสื่อสารจะอยู่ที่คำพูดเพียงแค่ 7% อยู่ที่น้ำเสียง 38% ที่เหลือส่วนใหญ่อยู่ที่ภาษากาย 55%¹ และเป็นที่รู้โดยทั่วกันว่าในเวชปฏิบัตินั้น การสื่อสารและรับรู้ภาษากายส่วนใหญ่จะเป็นการแสดงออกทางใบหน้า การใส่หน้ากากอนามัยทำให้ลดความสามารถในการแสดงออกทางใบหน้าไปอย่างน้อยครึ่งหนึ่ง โดยจะไม่สามารถสังเกตเห็นการแสดงออกของแก้มและปากได้ หลายครั้งระหว่างที่แพทย์ให้คำแนะนำสั่งให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้ป่วย เช่น ให้เลิกสูบบุหรี่ที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่มาเป็นเวลาหลายสิบปี ซึ่งเป็นคำแนะนำที่ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการทำได้ยากลำบาก เคยคิดจะทำแต่ล้มเหลวมาหลายครั้งจนหมดกำลังใจ หากผู้ป่วยได้เห็นรอยยิ้มให้กำลังใจจากแพทย์ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ที่แพทย์มีความปรารถนาดีและตั้งใจที่จะให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้จริง ๆ ซึ่งการรับรู้เช่นนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจสามารถเลิกบุหรี่ได้จริง ๆ อย่างถาวร ดังนั้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ “ใส่หน้ากากเข้าหากัน” ของแพทย์และผู้ป่วย ย่อมทำให้แพทย์ประเมินการรับรู้และความรู้สึกของผู้ป่วยได้ยากลำบากขึ้น รวมถึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้การสื่อสารจากแพทย์ได้น้อยลงเช่นเดียวกัน

ด้วยเหตุนี้ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสุขภาพปฐมภูมิจึงจำเป็นต้องแสวงหาวิธีการใหม่ (New normal) ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้สถานการณ์ “ใส่หน้ากากเข้าหากัน” โดยอาจจะเป็นการเพิ่มเวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วย การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล (Telemedicine, Video call) หรือวิธีการอื่น ๆ เพื่อทดแทนการสื่อสารทางภาษาที่ถูกรบกวนไป

นพ.อรรถพล ฉัตรอารีย์กุล

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 คลองขวาง สำนักอนามัย

กรุงเทพมหานคร

เอกสารอ้างอิง

1. Mulder, P. (2012). 7 38 55 rule of Communication. Sited on [March 24th, 2021]. Available from: toolhero: <https://www.toolshero.com/communication-skills/7-38-55-rule/>

ในการดำเนินการวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวฉบับนี้ ทางกองบรรณาธิการ ได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจากหลายสถาบัน ดังรายนามต่อไปนี้

นพ. อาคม บุญเลิศ	หน่วยเวชศาสตร์ครอบครัว ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ. พญ. ชวัลัญญา รัตนพิบูลย์	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
พญ. ชลทิพย์ วีระชาติสกุล	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
พ.ต. พญ. สุภัชมา เก่งพานิช	วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
นพ. อรรถกร รักษาสัตย์	ศูนย์การุณรักษ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นพ. กฤษฏี ทองบรรจบ	โรงพยาบาลลาว จังหวัดลำปาง
อ. ดร. อรพรรณ ขวัญศรี	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
พญ. วาลิกา รัตนจันทร์	โรงพยาบาลน่าน
พญ. ญาณี โชคโสมงาม	ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้เกียรติและเสียสละเวลาร่วมทบทวนพิจารณาบทความต้นฉบับ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขและพัฒนาบทความให้ได้บทความที่มีคุณภาพและถูกต้องตามหลักวิชาการ

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วย เบาหวานประเภทที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Received: October 22, 2020; **Revised:** December 28, 2020; **Accepted:** January 4, 2021

แพทย์หญิงปาริย์ ธรรมยุธา
แพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรฯ
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
อีเมล: maiday2536@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

วิธีวิจัย: ศึกษาแบบภาพตัดขวาง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคัดกรองภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า (Thai HADS) วิเคราะห์ความชุกรายงานด้วยสถิติร้อยละและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าด้วยสถิติ Simple logistic regression กับ Multiple logistic regression นำเสนอด้วย Crude OR และ adjusted OR

ผลการศึกษา: ความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับร้อยละ 23.26 โดยความชุกในเพศชายเท่ากับร้อยละ 18.26 มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ รายได้ที่ไม่พอเพียงและอายุที่เพิ่มขึ้น ในเพศหญิงได้แก่ รายได้ที่ไม่พอเพียงและประวัติสูบบุหรี่ และความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับร้อยละ 23.92 โดยความชุกในเพศชายเท่ากับร้อยละ 20 และเพศหญิงเท่ากับร้อยละ 26.34 มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเพศชายได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น รายได้ที่ไม่พอเพียงและประวัติสูบบุหรี่ ในเพศหญิงได้แก่ รายได้ที่ไม่พอเพียงและประวัติสูบบุหรี่

สรุป: ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า รายได้ที่ไม่พอเพียง ประวัติสูบบุหรี่และอายุที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า

คำสำคัญ: ภาวะวิตกกังวล, ภาวะซึมเศร้า, Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS)

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of Anxiety and Depression among Type 2 Diabetic Patients in Chiang Rai Prachanukroh Hospital

Received: October 22, 2020; **Revised:** December 28, 2020; **Accepted:** January 4, 2021

Abstract

Objective: To study the prevalence and risk factors of anxiety and depression in Type 2 diabetic patients in Chiang Rai Prachanukroh Hospital.

Method: The cross-sectional study was conducted in 301 patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) in the Chiang Rai Prachanukroh Hospital from 1 January 2020 to 30 March 2020. Depression and anxiety disorder was diagnosed using the Hospital Anxiety and Depression Scale. The data were analyzed using descriptive statistics. Risk factors of depression and anxiety were explored using multiple logistic regression analysis.

Result: The prevalence of anxiety in T2DM patient participants was 23.26% with males 18.26% and females 26.34%. Factors associated with anxiety in males with T2DM were low socioeconomic status and older age. Factors related to anxiety in females with T2DM were low socioeconomic status and being a current smoker. The prevalence of depression in T2DM patients was 23.92% (males 20%, females 26.34%). Factors related to depression in males with T2DM were low socioeconomic status, older age and being a current smoker. Factors related to depression in females with T2DM were low socioeconomic status and current smoker.

Conclusion: This study confirms with previous studies that a prevalence of anxiety and depression are common in patients with T2DM. Screening for anxiety and depression in DM patients should be routinely performed for early detection. Low socioeconomic status, current smoker, and age were significantly associated with the risk of anxiety and depression.

Keyword: Anxiety, Depression, Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS), type 2 diabetes mellitus

Pajaree Sornmayura MD.
Residency Training in
Family Medicine
Social Medicine Unit.
Chiangrai Prachanukroh
Hospital.
Email:
maiday2536@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นความผิดปกติทางเมแทบอลิซึม ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือระดับน้ำตาลในเลือดสูงอันเนื่องมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน หรือภาวะดื้อต่ออินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดเล็ก microvascular complication ได้แก่ เบาหวานขึ้นตา (Diabetic retinopathy) ภาวะปลายประสาทอักเสบ (Diabetic neuropathy) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดขนาดใหญ่ macrovascular complication ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด (Myocardial Infarction) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ปัจจุบันประเทศไทยใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยเบาหวานข้อใดข้อหนึ่งดังนี้คือ ระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มก/ดล. เป็นค่าของน้ำตาลในเลือดหลังจากการอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง หรือน้ำตาล 2 ชั่วโมง หลังทดสอบความทนของกลูโคส (oral glucose tolerance test) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก/ดล. ร่วมกับมีอาการของเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย ตามัว อ่อนเพลีย น้ำหนักลด หรือน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 6.5 %¹

ในประเทศไทย ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 393,887 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 602.3 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 228,040 ราย อัตราป่วย 685.07 ต่อประชากรแสนคน เพศชาย 165,847 ราย อัตราป่วย 516.02 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1:1.3 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี อัตราป่วยเท่ากับ 1726.43 ต่อประชากรแสนคน รองลง

มาคือกลุ่มที่มีอายุ 50-59 ปี (1,376.06), 40-49 ปี (697.31), 30-39 ปี (242.17), 15-29 ปี (59.12) และต่ำกว่า 15 ปี (15.02)²

โรคซึมเศร้าส่งผลให้มีอาการทั้งร่างกายและจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ รู้สึกตัวเองดูไร้ค่า อยากตายและพยายามฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง วิตกกังวลตลอดเวลา อาการทั้งหมดนี้จะเป็นอย่างต่อเนื่อง 2 สัปดาห์และเป็นตลอดทั้งวัน ทำให้เสียสมรรถภาพในการเรียนและทำงาน จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ.2017 ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก และในประเทศไทย มีข้อมูลการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้า พ.ศ. 2551 พบว่ามีคนไทยป่วยซึมเศร้า 1.5 ล้านคน หากพิจารณาตามเพศและอายุของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าผู้หญิงเสี่ยงป่วยมากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 62 รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.5 และเป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 11.5³

สหพันธ์สุขภาพจิตโลกระบุว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยเบาหวานมีอาการซึมเศร้าร่วมอยู่ด้วย และเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีอาการซึมเศร้านักจะขาดความสนใจในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย บางคนอาจดื่มสุรา ส่งผลให้อาการโรคเบาหวานรุนแรงมากขึ้น มีหลักฐานบ่งชี้ว่า พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าคนทั่วไป โดยพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย⁴

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบไปด้วยหลายปัจจัย เช่น ในเพศหญิงมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ รายได้ในครอบครัวที่ไม่พอเพียง การมีภาวะโรคร่วมต่าง ๆ ร่วมกับโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี และระดับการศึกษาที่น้อยกว่าระดับประถม เป็นต้น⁵

ในประเทศไทยมีการใช้แบบทดสอบ Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) เป็นแบบสอบถามที่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยคำถามจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นคำถามถึงอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 แสดงว่าอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มอาการนั้น

การศึกษาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยใช้แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาแนวทางป้องกันและรักษาภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
2. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาพตัดขวาง (Cross-sectional study) ทำการศึกษา กับผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 มีนาคม 2563 โดยพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมาให้ผู้ทำการวิจัยที่ได้ออกตรวจผู้ป่วยในวันนั้น ผู้ทำการวิจัยได้ถามคำถาม และเขียนคำตอบในแบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวานตามคำถามในแบบสอบถาม เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและไม่รู้หนังสือแบบสอบถามเป็นแบบ self-assessment tool ถ้าผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้า จะมีการส่งต่อผู้ป่วยให้กับจิตแพทย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานประเภทที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการกำหนดให้ Power 80% และ two-sided significance level ที่ 95% อ้างอิงจากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ในประเทศกัมพูชา⁵ โดยกำหนดค่าในสูตรคำนวณ $n = Z^2P(1-P)/D^2$ และคำนวณเพื่อค่าความผิดพลาดจากจำนวนประชากรที่คำนวณได้อีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 296 คน

เกณฑ์การคัดออกของการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่สูญเสียสมาชิกครอบครัว (บิดา มารดา พี่สาว/พี่ชาย น้องสาว/น้องชาย สามเณร/ภรรยา ลูก) ในระยะเวลา 1 ปี หรือผู้ป่วยที่ได้รับ

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือภาวะวิตกกังวลซึ่งกำลังรับการรักษาอยู่ในขณะนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถามโครงงานวิจัย ซึ่งบันทึกโดยผู้ทำการศึกษา ประกอบด้วยข้อมูลดังต่อไปนี้ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะการตกงาน สถานภาพการสมรส ระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน การใช้อินซูลิน ประวัติสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ระดับน้ำตาลสะสม และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสม ภาวะความดันโลหิตสูง และดัชนีมวลกาย

การศึกษานี้ใช้แบบทดสอบ Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)⁶ เป็นแบบสอบถามคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมของกลุ่มอาการใดเกินกว่า 11 แสดงว่าอาจมีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มอาการนั้น

โดยพบว่าจะมีความไว (Sensitivity) ของความวิตกกังวล (Anxiety) ร้อยละ 100, ความซึมเศร้า (Depression) ร้อยละ 85.71 ความจำเพาะ (Specificity) ของความวิตกกังวล (Anxiety) ร้อยละ 86, ความซึมเศร้า (Depression) ร้อยละ 91.3⁶

การรวบรวมข้อมูล

ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ามาใช้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 มีนาคม 2563 โดยผู้วิจัยได้เข้าไปอธิบายและขอความร่วมมือผู้ป่วยในการตอบแบบสอบถาม หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย จะได้รับการเซ็นยินยอม

เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยการซักถามจากแพทย์ผู้ทำการวิจัยตามคำถามในแบบสอบถาม เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและอ่านหนังสือไม่ออก แบบสอบถามเป็นแบบ self-assessment tool ในกรณีพบว่ามีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า จะมีการส่งต่อเพื่อรักษาที่จิตแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) นำเสนอผลด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกตินำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ส่วนข้อมูลต่อเนื่องที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ นำเสนอโดยใช้ค่ามัธยฐาน (median) และค่าควอไทล์ที่ 1-3 (Q1-Q3)

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

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่ ชร0032.102/วิจัย/EC208 เมื่อทำการคัดกรองจากแบบสอบถามและพบ

ภาวะวิตกกังวลหรือซึมเศร้าจะมีการส่งต่อผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 301 คน เป็นเพศชาย 115 คน (ร้อยละ 38.20) มีอายุเฉลี่ย 60.10 ± 8.59 ปี เพศหญิง 186 คน มีอายุเฉลี่ย 60.12 ± 9.03 ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา ในเพศชาย 83 คน (72.17%) ในเพศหญิง 129 คน (69.35%) ระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน ในเพศชายเฉลี่ย

6.84 ± 4.63 ปี ในเพศหญิง 7.86 ± 6.41 ปี การใช้อินซูลิน ในเพศชาย 29 ราย (25.22%) ในเพศหญิง 33 ราย (17.74%) มีโรคร่วมอื่น ๆ ในเพศชาย 110 คน (95.65%) ในเพศหญิง 181 คน (97.31%) การทำงานในเพศชาย (เรียน 0.87%, รับจ้างทั่วไป 29.57%, ทำธุรกิจส่วนตัว 21.74%, รับราชการ 1.74%) ในเพศหญิง (เรียน 0.54%, รับจ้างทั่วไป 15.05%, ทำธุรกิจส่วนตัว 24.19%, รับราชการ 1.08%), ความอ้วน (BMI) ในเพศชาย (อยู่ในเกณฑ์ 26.09% , ต่ำกว่าเกณฑ์ 5.22% , สูงกว่าเกณฑ์

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานในเขตสุขภาพชุมชนเมืองจังหวัดเชียงราย

	ชาย (n = 115)	หญิง (n = 186)	P-value
อายุ (ปี)	60.10 (8.59)	60.12(9.03)	0.98
ระดับการศึกษา (น้อยกว่าระดับประถม)	83 (72.17)	129(69.35)	0.60
ระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน	6.84(4.63)	7.86(6.41)	0.14
การใช้อินซูลิน	29(25.22)	33(17.74)	0.14
โรคประจำตัวอื่น	110(95.65)	181(97.31)	0.51
-ความดันโลหิตสูง	98(85.22)	148(79.57)	0.28
-ไขมันในเลือดสูง	89(77.39)	143(76.88)	1.00
-โรคไตวายเรื้อรัง	5(4.35)	8(4.30)	1.00
-โรคถุงลมโป่งพอง	3(2.61)	2(1.08)	0.37
อาชีพ			
-นักศึกษา	1(0.87)	1(0.54)	0.02
-รับจ้างทั่วไป	34(29.57)	28(15.05)	
-ทำธุรกิจส่วนตัว	25(21.74)	45(24.19)	
-รับราชการ	2(1.74)	2(1.08)	
ดัชนีมวลกาย(kg/m ²)			
-ปกติ(18.5-22.9)	30(26.09)	45(24.19)	0.84
-ต่ำ (<18.5)	6(5.22)	8(4.30)	
-สูง (>=23)	79(68.70)	133(71.51)	
ประวัติสูบบุหรี่	18(15.65)	11(5.91)	0.01
การดื่มสุรา	52(45.22)	35(18.82)	0.00
ระดับ HbA1C			
<7 %	34(29.57)	58(31.18)	0.79
-7-8.9%	64(55.65)	96(51.61)	
->9%	17(14.78)	32(17.20)	
HbA1C%	7.69(1.44)	7.82(1.67)	0.49
HADS-A score	6.09(4.37)	6.86(4.71)	0.15
HADS-D score	6.87(3.89)	7.35(4.49)	0.34

N (% , ร้อยละ) หรือ mean \pm SD; Fisher test; HADS-A/D: Hospital Anxiety and Depression Scale for anxiety/depression

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย (Anxiety) : คะแนน HADS-A มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน

	ชาย (n)				หญิง (n)			
	OR crude (95%CI)	P value	OR adjusted (95%CI)	P value	OR crude (95%CI)	P value	OR adjusted (95%CI)	P value
อายุ(ปี)	0.93 (0.88-0.99)	0.02	0.95 (0.89-1.01)	0.10	1.00 (0.97-1.04)	0.85	0.98 (0.94-1.02)	0.50
สถานะ								
- โสด	Reference							
-สมรส	0.37(0.98-1.41)	0.15	1.08(0.19-6.17)	0.92	1.01(0.26-3.96)	0.98	1.32(0.35-4.98)	0.67
-หย่าร้าง	0.54(0.94-3.14)	0.49	1.05(0.15-7.43)	0.96	1.30(0.30-0.59)	0.73	1.20(0.27-5.32)	0.80
เศรษฐกิจต่ำ	5.14(1.13-23.44)	0.03	2.97(1.03-8.64)	0.04	2.55(1.14-5.69)	0.02	6.15(2.65-14.23)	<0.001
การใช้ยาลดไขมัน	1.06(0.37-3.01)	0.92	0.62(0.17-2.16)	0.45	1.27(0.56-2.90)	0.57	1.07(0.39-2.88)	0.89
ระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน	0.92(0.82-1.04)	0.18	1.04(0.93-1.17)	0.40	1.01(0.97-1.07)	0.55	0.96(0.91-1.02)	0.29
HbA1C								
< 7.0	Reference							
-7.0-8.9%	1.19(0.41-3.47)	0.75	0.96(0.35-2.60)	0.95	1.29(0.59-2.76)	0.52	1.20(0.54-2.62)	0.64
->=9.0%	0.62(0.11-3.47)	0.59	1.95(0.43-8.76)	0.38	1.57(0.59-4.15)	0.35	1.51(0.49-4.62)	0.46
โรคประจำตัวอื่น ๆ	0.89(0.09-8.39)	0.92	0.72(0.84-6.21)	0.76	0.53(0.09-3.25)	0.49	1.42(0.18-10.780)	0.73
ดัชนีมวลกาย								
- ปกติ(18.5-22.9)	Reference							
-ต่ำ (<18.5)	0.66(0.07-6.61)	0.72	0.32(0.02-3.73)	0.36	3.09(0.66-14.47)	0.15	4.42(0.67-29.07)	0.12
-สูง (>= 23)	0.65(0.23-1.82)	0.41	0.60(0.23-1.56)	0.29	1.06(0.48-2.32)	0.88	1.59(0.70-3.63)	0.26
ประวัติสูบบุหรี่	2.73(0.89-8.41)	0.08	1.12(0.43-2.94)	0.80	5.54(1.55-19.86)	0.009	4.82(0.92-25.15)	0.06
การดื่มสุรา	0.42(0.15-1.17)	0.09	0.79(0.32-1.91)	0.60	1.14(0.51-2.61)	0.74	2.17(0.90-5.22)	0.08

HADS-A: Hospital Anxiety and Depression Scale for anxiety

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (Depression) : คะแนน HADS-D มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน

	ชาย (n)				หญิง (n)			
	OR crude (95%CI)	P value	OR adjusted (95%CI)	P value	OR crude (95%CI)	P value	OR adjusted (95%CI)	P value
อายุ(ปี)	0.95 (0.89-1.00)	0.06	0.90(0.81-0.99)	0.04	0.98 (0.95-1.02)	0.52	0.98(0.94-1.03)	0.60
สถานะ								
- โสด	reference							
-สมรส	0.37(0.99-1.41)	0.15	0.53(0.02-11.35)	0.69	1.75(0.37-8.40)	0.48	2.61(0.48-13.95)	0.26
-หย่าร้าง	1.11(0.22-5.63)	0.89	4.59(0.16-130.93)	0.37	2.17(0.42-11.30)	0.36	4.42(0.72-27.13)	0.10
เศรษฐกิจต่ำ	12.89(1.66-100.00)	0.01	111.61(3.75-3321.52)	0.006	4.52(1.80-11.36)	0.001	4.99(1.86-13.42)	0.001
การใช้ยาลดไขมัน	1.05(0.37-3.00)	0.92	0.38(0.04-3.51)	0.4	1.51(0.67-3.41)	0.32	1.47(0.53-4.09)	0.45
ระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน	0.96(0.86-1.07)	0.44	1.12(0.94-1.34)	0.18	0.99(0.94-1.04)	0.64	0.99(0.93-1.05)	0.81
HbA1C								
< 7.0	Reference							
-7.0-8.9%	2.1(0.63-6.97)	0.23	2.46(0.43-14.05)	0.31	1.78(0.79-4.03)	0.17	2.11(0.83-5.37)	0.11
->=9.0%	3.13(0.71-13.67)	0.13	1.68(0.13-21.72)	0.68	3.28(1.23-8.76)	0.02	2.71(0.80-9.16)	0.10
โรคประจำตัวอื่น ๆ	1.00(0.11-9.39)	1.00	75.66(0.48-11789.47)	0.09	0.53(0.09-3.25)	0.49	0.43(0.05-3.24)	0.41
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)								
-ปกติ(18.5-22.9)	Reference							
-ต่ำ (<18.5)	1	0	1		2.4(0.48-11.97)	0.29	4.90(0.74-32.20)	0.09
-สูง (>=23)	0.19(0.07-0.51)	0.001	0.04(0.008-0.27)	0.001	1.54(0.68-3.51)	0.30	1.54(0.61-3.89)	0.35
ประวัติสูบบุหรี่	5.93(2.01-17.52)	0.001	19.55(2.99-127.82)	0.002	5.54(1.54-19.86)	0.009	5.13(1.26-20.86)	0.02
การดื่มสุรา	0.46(0.17-1.21)	0.17	0.30(0.07-1.32)	0.11	1.15(0.51-2.61)	0.74	1.02(0.39-2.64)	0.95

HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale for depression

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (Anxiety) : คะแนน HADS-A มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน เมื่อตัดตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะวิตกกังวลในเพศชาย	OR (adjust)	P-value
-เศรษฐกิจต่ำ	6.08(1.26-29.48)	0.025
-อายุ(ปี)	0.92(0.86-0.99)	0.018
ภาวะวิตกกังวลในเพศหญิง	OR (adjust)	P-value
-เศรษฐกิจต่ำ	2.31(1.02-5.22)	0.043
-ประวัติสูบบุหรี่	4.74(1.30-17.24)	0.018

เมื่อตัดอิทธิพลของตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติออก จากตารางที่ 2 โดยใช้วิธี Multivariable logistic regression ถอดตัวแปรออกทีละตัวเหลือตัวแปรที่มีนัยสำคัญ

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (Depression) : คะแนน HADS-D มากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนเมื่อตัดตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะซึมเศร้าในเพศชาย	OR (adjust)	P-value
-เศรษฐกิจต่ำ	31.87(2.94-345.40)	0.041
-ประวัติสูบบุหรี่	6.67(1.66-26.72)	0.007
-อายุ (ปี)	0.92(0.85-0.99)	0.041
ภาวะซึมเศร้าในเพศหญิง	OR (adjust)	P-value
-เศรษฐกิจต่ำ	4.15(1.64-10.51)	0.003
-ประวัติสูบบุหรี่	4.45(1.21-16.46)	0.025

เมื่อตัดอิทธิพลของตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติออก จากตารางที่ 3 โดยใช้วิธี Multivariable logistic regression ถอดตัวแปรออกทีละตัวเหลือตัวแปรที่มีนัยสำคัญ

68.70%), ในเพศหญิง (อยู่ในเกณฑ์ 24.19%, ต่ำกว่าเกณฑ์ 4.30%, สูงกว่าเกณฑ์ 71.51%) มีประวัติสูบบุหรี่ในเพศชาย 18 ราย (15.65%) ในเพศหญิง 11 ราย (5.91%) ประวัติการดื่มสุรา ในเพศชาย 52 ราย (45.22%) ในเพศหญิง 35 ราย (18.82%) ระดับ HbA1c ในเพศชายเฉลี่ย $7.69 \pm 1.44\%$ ($\leq 7\%$ (29.57%), 7-8.9% (55.65%), $\geq 9\%$ (14.78%)), ระดับ HbA1c ในเพศหญิงเฉลี่ย $7.82 \pm 1.67\%$ ($\leq 7\%$ (31.18%), 7-8.9% (51.61%), $\geq 9\%$ (17.20%)), HADS-A score เฉลี่ยในเพศชาย 6.09 ± 4.37 คะแนน ในเพศหญิง 6.86 ± 4.71 คะแนน, HADS-D score เฉลี่ยในเพศชาย 6.87 ± 3.89 คะแนน ในเพศหญิง 7.35 ± 4.49 คะแนน

ความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนร้อยละ 23.26 (70 ราย) เป็นเพศชาย ร้อยละ 18.26 (21 ราย) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ของครอบครัวไม่พอเพียง (adjusted OR 6.08, 95% CI

1.26-29.48, p-value 0.03) อายุที่เพิ่มขึ้น (adjusted OR 0.92, 95% CI 0.86-0.99, p-value 0.02) ในเพศหญิง ความชุกของภาวะวิตกกังวลร้อยละ 26.34 (49 ราย) ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ของครอบครัวไม่พอเพียง (adjusted OR 2.31, 95% CI 1.02-5.22, p-value 0.04), มีประวัติสูบบุหรี่ (adjusted OR 4.74, 95% CI 1.30-17.24, p-value 0.02)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนร้อยละ 23.92 (72 ราย) แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 20 (23 ราย) ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ของครอบครัวไม่พอเพียง (adjusted OR 31.87, 95% CI 2.94-345.40, p-value 0.04) มีประวัติสูบบุหรี่ (adjusted OR 6.67, 95% CI 1.66-26.72, p-value 0.007) อายุที่เพิ่มขึ้น (adjusted OR 0.92, 95% CI 0.85-0.99 p-value 0.04) ในเพศหญิง ความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.34 (49 ราย) ปัจจัยที่

มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ของครอบครัวไม่พอเพียง (adjusted OR 4.15, 95% CI 1.64-10.51, p-value 0.003), มีประวัติสูบบุหรี่ (adjusted OR 4.45, 95% CI 1.21-16.46, p-value 0.025)

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบได้บ่อย เช่นเดียวกับงานวิจัย Collins และคณะกับการศึกษาวิจัย A. Camara และคณะ ซึ่งพบว่าภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานพบได้มากกว่าในประชากรทั่วไป^{5,7} และในการศึกษาจากวิจัยอื่น ๆ พบว่า มีอุบัติการณ์ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าที่สูงขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานในประเทศที่กำลังพัฒนา ในงานวิจัยของ Khuwaja AK และคณะ⁸ เช่นเดียวกับในกลุ่มตัวอย่างในวิจัยนี้

การศึกษานี้พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลในเพศชายคือ รายได้ของครอบครัวไม่พอเพียง และอายุที่เพิ่มขึ้นในเพศหญิงคือ รายได้ของครอบครัวไม่พอเพียง และมีประวัติสูบบุหรี่ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเพศชายคือ รายได้ของครอบครัวไม่พอเพียง อายุที่เพิ่มขึ้นและมีประวัติสูบบุหรี่ ในเพศหญิงคือ รายได้ของครอบครัวไม่พอเพียง และมีประวัติสูบบุหรี่

จากงานวิจัยนี้พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งพบว่าปัจจัยนี้ให้ผลเช่นเดียวกันในงานวิจัยของ Khuwaja AK และคณะ⁸ แต่ในงานวิจัย Egede LE และคณะ พบผลที่แตกต่างว่าอายุน้อยเป็นปัจจัยมีผลกับภาวะซึมเศร้า⁹

ในงานวิจัยนี้พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่พอเพียงมีผลต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้อง

กับงานวิจัยของ Leon T และคณะ กับงานวิจัยของ Everson SA และคณะ^{10,11} รายได้ของครอบครัวไม่พอเพียงอันเกิดจากการว่างงาน มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของ Patel V และคณะ¹² จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีรายได้ของครอบครัวไม่พอเพียง มีภาวะตกงาน¹⁰ และพบว่าผู้ที่มิรายได้ของครอบครัวไม่พอเพียง จะได้รับความทุกข์และภาวะเหนื่อยล้าจากโรคต่าง ๆ ได้มากกว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจที่ดี¹³

จากงานวิจัยนี้ พบว่ามีข้อจำกัดคือ การวัดผลประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามีการประเมินผลแค่ครั้งเดียว ไม่ได้มีการติดตามผลคะแนนผู้ป่วยในระยะยาว จึงอาจบอกถึงปัจจัยเสี่ยงบางตัวที่ต้องติดตามระยะยาวไม่ได้ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลจะมีผลต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานหรือไม่ หากมีการศึกษาวิจัยต่อไป จึงควรมีการเฝ้าติดตามผลต่อเนื่องในระยะยาว ประการที่สอง การศึกษาในงานวิจัยนี้ กลุ่มประชากรเป็นกลุ่มประชากรเบาหวานที่เป็นสิทธิประกันสุขภาพซึ่งจะไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในสิทธิการรักษาอื่น ๆ หากมีการวิจัยต่อไปในอนาคต ควรจะมีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีสิทธิการรักษาอื่น ๆ การศึกษาค้นคว้าพบว่าการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันเน้นการดูแลในการรักษาตัวโรคของผู้ป่วย ไม่ได้ดูแลทางจิตใจของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่นกลุ่มโรคเบาหวาน ซึ่งจะได้รับ การรักษาโดยการปรับยาตามค่าระดับน้ำตาลเท่านั้น แต่ไม่ได้มองถึงภาวะภายในจิตใจที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออาการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้การดูแลโรคไม่เป็นไปได้ด้วยดี จากงานวิจัยศึกษาพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามาร่วมกับเบาหวานจะเสียค่าใช้จ่ายในทางการแพทย์ในการดูแลเรื่องตัวโรคมามากขึ้น¹⁴

สรุป

สรุปจากการศึกษาพบว่า ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าพบได้มากในผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลเชียงรายประชาชนนครราชสีมา โดยปัจจัยที่มีผลต่อผู้ป่วยก็คือ รายได้ของครอบครัวไม่พอเพียง มีประวัติสูบบุหรี่ อายุที่มากขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการตรวจคัดกรองภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าเพื่อจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สมเกียรติ โพรสิทธิ์, บรรณารักษ์. การให้ความรู้เพื่อจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (Diabetes Education for Self-Management).นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
2. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. สรุปรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปี 2558. Annual Epidemiological Surveillance Report 2015. [อินเทอร์เน็ต]; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 9 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/11/diabetes.pdf>
3. เกียรติภูมิ วงศ์จิต. กรมสุขภาพจิตห่วงวัยรุ่นและเยาวชนไทยมีภาวะซึมเศร้า.กรมสุขภาพจิต.[อินเทอร์เน็ต]; [เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.jvkk.go.th:8080/web_jvkk_th/index.php/viewnew/form/detail_id/1963
4. Eede LE, Ellis C. Diabetes and depression: Global perspectives. Diabetes Res and Clin Pract 2010; 87:302-12
5. Camara A, Baldé NM, Enoru S, Bangoura JS, Sobngwi E, Bonnet F. Prevalence of anxiety and depression among diabetic African patients in Guinea: Association with HbA1c levels. Diabetes Metab. 2015;41(1):62-68.
6. มาโนช หล่อตระกูล. แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS).วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย[อินเทอร์เน็ต]; 2539[เข้าถึงเมื่อ 9 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/hads.html>
7. Collins MM, Corcoran P, Perry IJ. Anxiety and depression symptom in patients with diabetes. Diabet Med 2009;26:153-161.
8. Khuwaja AK, Lalani S, Dhanani R, Azam IS, Rafique G,White F. Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: multi-centre study of prevalence and associated factors. Diabetol Metab Syndr 2010;2:72.
9. Egede LE, Zheng D. Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. Diabetes Care 2003;26:104-111.
10. Leon T, Coast E, Narayanan S, Aikins A,de G. Diabetes and depression comorbidity and socio-economic status in low and middle income countries (LMICS):a mapping of the evidence. Glob Health 2012;8:39

11. Everson SA, Maty SC, Lynch JW, Kaplan GA. Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes. *J Psychosom Res* 2002;53:891-5
12. Patel V, Kleinman. A poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ* 2003;81:609-615.
13. Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health Aff (Millwood)* 2002;21:60-76.
14. Egede LE, Ellis C. Diabetes and depression: global perspectives. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;87:302-12

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของสมาธิบำบัดแบบ SKT ต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

Received: October 14, 2020; **Revised:** October 19, 2020; **Accepted:** January 11, 2021

นายแพทย์ธีรพล มโนศักดิ์เสรี

ว.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาลอุดรธานี

อีเมล: teerapolmanosaksaree

@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

แบบวิจัย: งานวิจัยกึ่งทดลอง Quasi Experimental Research แบบ Pre-Post Test Control Group Design

วัสดุและวิธีการ: กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามความสะดวก โดยเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 22 คน กลุ่มทดลองปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT เทคนิคที่ 1 และ 2 เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 24 สัปดาห์ โดยกลุ่มควบคุมได้รับความรู้และคำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมือนกับกลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม แบบทดสอบความรู้ และระดับน้ำตาลในเลือดจากการตรวจเลือด fasting blood sugar ของโรงพยาบาลอุดรธานี

ผลการศึกษา: วิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT (mean = 93.14, +/-SD = 10.08) ต่ำกว่าก่อนทดลอง (mean = 109.9, +/-SD = 7.66) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01 และเมื่อเปรียบเทียบหลังทดลองระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลเฉลี่ย (mean = 93.14, +/-SD = 10.08) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 105.5, +/-SD = 8.41) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01

สรุป: การปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน, ระดับน้ำตาลในเลือด, สมาธิบำบัด

ORIGINAL ARTICLE

The Effect of SKT Meditation Therapy on Reducing Plasma Glucose Concentration in Prediabetes Patients

Received: October 14, 2020; **Revised:** October 19, 2020; **Accepted:** January 11, 2021

Abstract

Objective: To study the effect of SKT meditation therapy to reduce the serum glucose level in the prediabetic group.

Designs: A quasi-experimental research pre-post test control group design

Materials & Methods: The study population was divided into two groups by convenience sampling. The participants consisted of 25 samples in the intervention group and 22 samples in the control group. The intervention group practiced SKT meditation techniques 1 and 2 for 24 weeks. The control group received knowledge and counseling to change behavior similar to the intervention group. The data was collected by a questionnaire, knowledge test, and fasting blood sugar at Udon Thani Hospital.

Results: The results revealed that after practicing SKT meditation, the participants had serum glucose levels (mean = 93.14, +/-SD = 10.08) lower than pre-intervention (mean = 109.9, +/-SD = 7.66) with statistical significance (p-value < 0.01). The post-program comparison between the two groups determined that the intervention group had a lower serum glucose level (mean = 93.14, +/-SD = 10.08) than the control group (mean = 105.5, +/-SD = 8.41) with statistical significance (p-value < 0.01).

Conclusions: SKT meditation practices reduced the blood glucose levels in the prediabetic group.

Keywords: Meditation, Blood Glucose Levels, Pre-diabetes

Teerapol Manosaksaree, MD.

Diploma Thai Board of Family Medicine

Department of Social Medicine,

Udon Thani Hospital

Email:

teerapolmanosaksaree@gmail.com

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวน 425 ล้านคน และเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสจะเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จำนวน 318 ล้านคน¹ จากการสำรวจสุขภาพของประชากรไทย พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น จากในปี พ.ศ. 2547 พบร้อยละ 6.9 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 (ประมาณ 5 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2557 นอกจากนี้เบาหวานยังเป็นสาเหตุการตายของประชากรไทยอันดับที่ 8 ในเพศชาย และอันดับที่ 3 ในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 4.1 และ 8.7 ตามลำดับ การสำรวจสุขภาพของประชากรไทยปี พ.ศ. 2557 ในประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานถึงร้อยละ 14.2 โดยเป็นเพศชายร้อยละ 15.1 และเพศหญิงร้อยละ 13.4² และในแต่ละปีอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพบ 36-87 / 1,000 คน-ปี และตามที่คุณเชี่ยวชาญได้ทำนายไว้เชื่อว่าในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจะมีโอกาสเป็นเบาหวานในที่สุดประมาณร้อยละ 70³ และจากการคาดการณ์ ถ้ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ไม่ได้รับการจัดการดูแล กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้จะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานภายใน 4 ปี ถึงร้อยละ 37 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถช่วยลดการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงลงได้ร้อยละ 20^{4,5} เบาหวานเป็นโรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องมาจากความบกพร่องในการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน หรือการขาดอินซูลินอย่างสมบูรณ์ จึงมีผลทำให้มีกลูโคสอยู่ในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ^{6,7} การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงโรคเบา

หวานให้เกิดทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพที่ดีขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิต⁸ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญ ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือลดลงจากเดิม ไม่ว่าจะเป็นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ดื่มน้ำหรือ/ดื่มสุรา

มีหลายการศึกษาสนับสนุนการใช้สมาริบำบัดในการรักษาระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้หลักแนวคิด นำเทคนิคหรือวิธีการเพื่อใช้ในการจัดระเบียบกำกับ ควบคุมการทำงานของระบบประสาทสัมผัส เพื่อปรับสมดุลให้ระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Nervous System) และระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral Nervous System) ของร่างกายให้ทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม และยังรักษาสมดุลของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Balance) เพื่อช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดียิ่งขึ้น⁹⁻¹¹ ในการศึกษาผลของการปฏิบัติสมาริบำบัดพบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้^{9,12} แต่ก็ยังมีอีกหลายการศึกษาที่สรุปว่าการปฏิบัติสมาริบำบัดยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะสรุปได้ว่าสามารถควบคุมเบาหวานได้ และในปัจจุบันก็ยังมีการศึกษาที่คุณภาพสูงน้อย ที่จะตัดสินว่าการปฏิบัติสมาริบำบัดสามารถควบคุมเบาหวานได้^{13,14}

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการทำสมาริบำบัดแบบ SKT ต่อการลดระดับน้ำตาลในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ชะลอการเกิดโรคเบาหวาน และลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

สมมุติฐานการวิจัย

หลังทดลอง กลุ่มทดลองสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ Pre-Post Test Control Group Design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวาน หรือเป็นกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลสูงก่อนเป็นเบาหวาน (pre diabetic group) อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100 - 125 mg/dL ร่วมกับมีเกณฑ์ข้อหนึ่งข้อใดดังต่อไปนี้

- เคยมีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational DM)
- มีญาติสายตรง (First-degree relative) บ่อยเป็นโรคเบาหวาน
- มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง
- มีประวัติไขมันในเลือดสูง
- มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25

อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนมกราคม- เดือนธันวาคม 2562

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่

พร้อมที่จะปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT แต่ในกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ยังไม่พร้อมที่จะปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT ในตอนนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย อาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นประจำ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และอ่านออกเขียนได้ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ มีความยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ มีอาการป่วยทางจิต มีโรคประจำตัวที่เป็นอันตรายและอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม มีโรคประจำตัวบางอย่างที่จำเป็นต้องกินยาในกลุ่มสเตียรอยด์เป็นประจำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่โครงการวิจัย IO26/2562 ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นและอันตรายที่อาจได้รับการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมไปถึงสิทธิของผู้ร่วมวิจัยที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ซึ่งการบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะมีการเก็บไว้เป็นความลับในที่ปลอดภัย โดยจะมีการเปิดเผยข้อมูลในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยได้ให้อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

แบบสอบถามก่อนเข้าร่วมวิจัย มีทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ

เครื่องดื่มน้ำที่มีผลเสียหรือมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยถามถึงความถี่ในการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (คะแนนเต็ม = 35 คะแนน) ให้เลือกตอบคือปฏิบัติ 5-7 วันต่อสัปดาห์ (ให้ 1 คะแนน) 1-4 วันต่อสัปดาห์ (ให้ 3 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติ (ให้ 5 คะแนน) แบบประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกาย ถามถึงความถี่ในการออกกำลังกายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (คะแนนเต็ม = 25 คะแนน) ให้เลือกตอบคือ ปฏิบัติ 5-7 วันต่อสัปดาห์ (ให้ 5 คะแนน) 1-4 วันต่อสัปดาห์ (ให้ 3 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติ (ให้ 0 คะแนน) แบบทดสอบความรู้ มี 10 ข้อให้เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดจาก 4 ตัวเลือก (คะแนนเต็ม = 10 คะแนน)

แบบสอบถามหลังเข้าร่วมวิจัย มีทั้งหมด 4 ส่วน ลักษณะข้อคำถามใกล้เคียงกับแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมวิจัย

คู่มือการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT ในเทคนิคที่ 1 และ 2 ที่พัฒนาโดย รศ. ดร. สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี¹⁵ และแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ประกอบด้วย ตารางลงข้อมูลการทำสมาธิบำบัด SKT ในแต่ละวัน (แจกให้กับกลุ่มทดลอง) PowerPoint เอกสารประกอบการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการป้องกัน

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ≥ 0.5 และในส่วนของแบบสอบถามพฤติกรรมได้นำมาทดสอบหาความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า 0.75 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการป้องกันได้ค่า KR-21 = 0.68

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสัปดาห์ที่ 1

เก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการทำสมาธิบำบัด SKT และแบบทดสอบความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังจากนั้นได้บรรยายให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของโรคเบาหวาน สถานการณ์ของโรคเบาหวานในปัจจุบัน สาเหตุของโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน การป้องกันไม่ให้เป็นโรคเบาหวาน การเลือกอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ คำนวณพลังงานที่กินและใช้ต่อวันของแต่ละคน แนะนำการออกกำลังกายเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยให้เลือกออกกำลังกายปานกลาง เช่น การวิ่ง เดินเร็ว ติดต่อกันอย่างน้อยให้ได้ 30 นาที/ครั้ง/วัน หรืออย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ แนะนำให้ออกกำลังกายหลังกินอาหารเสร็จจะเป็นช่วงเช้าหรือเย็นก็ได้ มีเอกสารประกอบคำบรรยายแจกให้ทั้ง 2 กลุ่มได้รับเหมือนกัน แต่ในกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT จำนวน 2 เทคนิค โดยในเทคนิคที่ 1 มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้ นั่งในท่าสบาย หลังตรงนั่งบนเก้าอี้ พับ หรือทำนอน ขยับมือแขน ขา ไม่ให้ตึง ค่อย ๆ หลับตาช้า ๆ ในทำนอง คำว่าฝ่ามือสองข้างวางบนหัวเข่า ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สุดลมหายใจไว้ทางจมูก ลึก ๆ ช้า ๆ กลั่นลมหายใจไว้ชั่วคราว นับ 1-3 ช้า ๆ แล้วหายใจออกช้า ๆ นับเป็น 1 รอบ ทำทั้งหมดจำนวน 30 รอบหายใจ และในเทคนิคที่ 2 ยืนตรงในท่าสบาย ให้ง่ายแขนเหยียดตรงแนบใบหู ฝ่ามือประกบกัน ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สุดลมหายใจเข้าทางจมูก

ลึก ๆ ซ้ำ ๆ กลับลมหายใจไว้ชั่วคราว นับ 1-3 ซ้ำ ๆ ค่อยหายใจออกซ้ำ ๆ นับเป็น 1 รอบ จำนวน 30 รอบหายใจ ถ้าอาสาสมัครมีอาการผิดปกติ ไม่สามารถปฏิบัติได้ต่อ สามารถหยุดทำได้ทันที พร้อมทั้งได้รับการช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น แจกแบบบันทึกการฝึกสมาธิบำบัด SKT ให้กลับไปทำและบันทึกการปฏิบัติที่บ้าน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสัปดาห์ที่ 3

อาสาสมัครกลุ่มทดลองจะได้รับการโทรศัพท์ติดต่อเพื่อพูดคุยเกี่ยวกับฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ถามถึงผลการปฏิบัติและอุปสรรคในการฝึก รวมถึงกระตุ้นให้อาสาสมัครฝึกอย่างต่อเนื่อง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสัปดาห์ที่ 7

อาสาสมัครกลุ่มทดลองจะได้รับการโทรศัพท์ติดต่อเพื่อพูดคุยเกี่ยวกับฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ถามถึงผลการปฏิบัติและอุปสรรคในการฝึก รวมถึงกระตุ้นให้อาสาสมัครฝึกอย่างต่อเนื่อง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสัปดาห์ที่ 12

อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการนัดมาเจาะเลือดตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (Capillary Blood Glucose หรือ DTX) ด้วยเครื่อง On Call Advance Blood Glucose Meter ตอนเช้า หลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควบคุมตนเองให้กับคนที่ยังไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นรายบุคคล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสัปดาห์ที่ 24

ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทั้ง 2 กลุ่ม โดยการเจาะเลือดตรวจ (fasting blood sugar) หลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และอาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มได้ทำแบบสอบถามหลังทดลอง เก็บรวบรวม

ข้อมูล แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เช่น น้ำหนัก ความดันโลหิต แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (คำถามเหมือนกับก่อนทดลอง) ผลการปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (ทำเฉพาะในกลุ่มทดลอง) ทั้ง 2 กลุ่มทำแบบทดสอบความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมเหมือนกัน โดยอาสาสมัครเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง

วิเคราะห์ข้อมูลสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ นำเสนอข้อมูลทั่วไปเชิงพรรณนาในรูปแบบของค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย (ก่อน-หลังทดลอง) โดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Matched Pairs และเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย โดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median) และพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ทดสอบด้วยสถิติ Mann - Whitney U วิเคราะห์ความรู้ และระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบก่อน-หลังทดลองภายในกลุ่มทดสอบด้วยสถิติ pair t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดสอบด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวนทั้งหมด 47 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน ประชากรในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน ยกเว้นสถานภาพและระดับการศึกษา โดยพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานะสมรส รองลงมาคือเป็นหม้าย คิดเป็นร้อยละ 56 และ 32 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานะสมรส รองลงมาคือ โสด คิดเป็นร้อยละ 68.2 และ 18.2 ตามลำดับ ซึ่งเปรียบเทียบกันสองกลุ่ม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.03$) ส่วนระดับการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 48 และ 40 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ปริญญาตรี รองลงมาคือประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.9 และ 27.3 ลำดับ เปรียบเทียบกันสองกลุ่ม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.03$) ดังตารางที่ 1

เปรียบเทียบพฤติกรรม การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม ในเรื่องของการกินอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว ขนมปัง เส้นก๋วยเตี๋ยว มากกว่าร้อยละ 50 ของอาหารทั้งหมดในแต่ละวัน กินผักสุก น้อยกว่า 3 ทัพพี/วัน รับประทานขนมหวาน นอกมื้ออาหาร กินผลไม้มากกว่า 3 ส่วน/วัน (1 ส่วนเท่ากับ 1 จานรองกาแฟ) ไม่เคยอ่านฉลากก่อนซื้ออาหารรับประทาน ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้ กาแฟ-ชาสำเร็จรูป และดื่มแอลกอฮอล์ โดยหลังทดลองพบว่าพฤติกรรม การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มของทั้งสองกลุ่มดีขึ้น

แต่เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มจะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารและเครื่องดื่มดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.22$) ดังตารางที่ 2

ในเรื่องพฤติกรรม การออกกำลังกาย ทั้งสองกลุ่มออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นส่วนใหญ่ โดยพฤติกรรม การออกกำลังกายประกอบด้วย การออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาจนรู้สึกเหนื่อยมากอย่างน้อยวันละ 20 นาที หรือการออกกำลังกายระดับปานกลาง รู้สึกเหนื่อยพอประมาณ หายใจเร็วขึ้นเล็กน้อย พุดได้จบประโยคอย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือมีการออกกำลังกายแบบเบา ๆ เช่น ทำงานบ้าน เดินไปทำงาน อย่างน้อยวันละ 60 นาที มีการอบอุ่นร่างกาย 5- 10 นาที ก่อนการออกกำลังกาย และหลังการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬามีการยืดกล้ามเนื้อ 5-10 นาที โดยหลังทดลอง พฤติกรรม การออกกำลังกายของทั้งสองกลุ่มลดลง และเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มควบคุมมีพฤติกรรม การออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มทดลอง แต่ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.97$) ดังตารางที่ 3

เรื่องของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการป้องกัน หลังทดลอง ทั้งสองกลุ่มแสดงให้เห็นว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความหมายของโรคเบาหวาน สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อาการสำคัญของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน อาหารที่ช่วยลดการเกิดโรคเบาหวาน การออกกำลังกายที่เหมาะสมในการป้องกันโรคเบาหวาน อาหารคาร์โบไฮเดรตที่ให้พลังงานต่ำ การดูแลภาวะโภชนาการ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง N = 25 (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม N = 22 (ร้อยละ)	p-value
เพศ ชาย	10 (40)	11 (50)	0.37
หญิง	15 (60)	11 (50)	
อายุ (ปี) mean (SD)	54 (8.62)	51 (11.32)	0.15
น้ำหนัก (กิโลกรัม) mean (SD)	67.72 (12.72)	69.71 (11.33)	0.93
ดัชนีมวลกาย (กก./ตารางเมตร) mean (SD)	26.64 (4.99)	27.11 (4.33)	0.89
เส้นรอบเอว (เซนติเมตร) mean (SD)	93 (9.67)	90.13 (7.37)	0.61
สถานภาพ*			
โสด	1 (4)	4 (18.2)	0.03
สมรส	14 (56)	15 (68.2)	
หย่า	2 (8)	0	
หม้าย	8 (32)	1 (4.5)	
เคยสูบบุหรี่*			
เหลือเก็บ	1 (4)	1 (4.5)	0.07
พอเพียง	19 (78)	16 (72.7)	
ขาดสน	4 (16)	2 (9.1)	
โรคประจำตัว*			
เป็นความดันโลหิตสูง	18 (72)	9 (40.9)	0.55
อื่น ๆ	4 (16)	5 (22.7)	
ไม่มีโรคประจำตัว	3 (12)	3 (13.6)	
อาชีพ*			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6 (24)	5 (22.7)	0.31
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9 (36)	6 (27.3)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7 (28)	1 (4.5)	
รับจ้าง	0	3 (13.6)	
อื่น ๆ	1 (4)	4 (18.2)	
ระดับการศึกษา*			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1 (4)	0	0.03
ระดับประถมศึกษา	12 (48)	6 (27.3)	
ระดับมัธยมศึกษา	10 (40)	4 (18.2)	
ระดับปริญญาตรี	2 (8)	9 (40.9)	
สูงกว่าปริญญาตรี	0	1 (4.5)	

* หมายถึงร้อยละของข้อมูลทั่วไป บางคำถามกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามไม่สมบูรณ์ทำให้ค่าสถิติที่แสดงออกมาไม่ครบร้อยละ 100

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (คะแนนเต็ม 35)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม	กลุ่มทดลอง Median (IQR)	กลุ่มควบคุม Median (IQR)	p-value
ก่อนทดลอง	21 (17-26)	19 (17-21.5)	0.1
หลังทดลอง	22.5 (17-25)	20 (17-22.5)	0.22

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (คะแนนเต็ม 25)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง Median (IQR)	กลุ่มควบคุม Median (IQR)	p-value
ก่อนทดลอง	15 (11.5-17)	15 (14.25-19)	0.51
หลังทดลอง	13 (9.5-19)	14.5 (13.5-18)	0.97

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความรู้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (คะแนนเต็ม 10)

ความรู้	กลุ่มทดลอง X (SD)	กลุ่มควบคุม X (SD)	Z	p-value
ก่อนทดลอง	3.7 (1.71)	5 (1.48)	- 2.096	0.04
หลังทดลอง	5.7 (1.99)	5.8 (1.67)	- 0.074	0.92

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง X (SD)	กลุ่มควบคุม X (SD)	Z	p-value
ก่อนทดลอง	109.9 (7.66)	109.5 (6.18)	0.183	0.86
หลังทดลอง	93.14 (10.08)	105.5 (8.41)	-13.457	< 0.01

ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง ซึ่งก่อนทดลอง กลุ่มควบคุมมีความรู้เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.04) แต่หลังทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่าความรู้เฉลี่ยหลังทดลองไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.92) ดังตารางที่ 4

วิเคราะห์ผลการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT โดยหลังทดลองพบว่าอาสาสมัครกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT ทุกวันมีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ จำนวน 6 คนคิดเป็นร้อยละ 24 ดังแผนภูมิที่ 1 ส่วนใหญ่ปฏิบัติในช่วงหลังอาหารเช้า จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 60

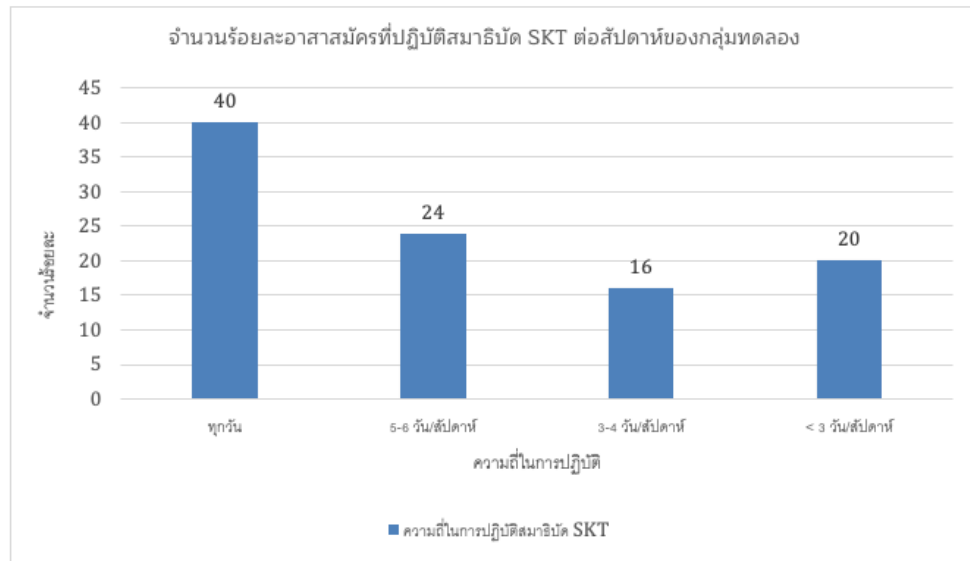
วิเคราะห์ระดับน้ำตาลก่อน-หลังทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนทดลองมีระดับน้ำตาล (mean = 109.9, +/-SD = 7.66) และหลังทดลองมีระดับน้ำตาลลดลง (mean = 93.14, +/-SD = 10.08) เปรียบเทียบกันหลังทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01)

เปรียบเทียบผลของระดับน้ำตาลก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (mean = 109.9, +/-SD = 7.66) และกลุ่มควบคุม (mean = 109.5, +/-SD = 6.18) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับน้ำตาลไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.86) แต่หลังทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาล (mean = 93.14, +/-SD = 10.08) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 105.5, +/-SD = 8.41) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) ดังตารางที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

เนื่องจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นการเลือกแบบสุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะของประชากรส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน แต่แตกต่างกันบ้างในด้านสถานภาพและการศึกษา

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารหลังทดลองดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Felicity L. Bishop และคณะ ที่ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับการใช้แพทย์ทางเลือก โดยพบว่า กลุ่มที่ปฏิบัติ Yoga/Tai chi/Qi gong มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมดีขึ้นร้อยละ 67.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 41.2 และออกกำลังกาย

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของอาสาสมัครที่ปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ต่อสัปดาห์ของกลุ่มทดลอง

สม่ำเสมอมากขึ้นร้อยละ 61.5¹⁶ โดยทั่วไป การแนะนำให้คำปรึกษาการใช้แพทย์ทางเลือกเพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ เพิ่มโอกาสให้บุคคลผู้นั้นให้ความร่วมมือที่จะสร้างเสริมสุขภาพ และยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังมากขึ้น¹⁷ แต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาที่พบว่าหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายลดลง ซึ่งต่างจากผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาข้างต้น ก่อนทดลอง กลุ่มควบคุมมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานดีกว่ากลุ่มทดลอง อาจเป็นเพราะเนื่องจากกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีอายุน้อยกว่า ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มทดลองที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาและมีอายุมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาทั้งในคูเวต ซิมบับเว ออสเตรเลีย กรีซ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่อายุน้อย จบการศึกษาสูง ป่วยเป็นเบาหวานมานาน หรือมีคนในครอบครัวเป็นเบาหวาน จะมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานดีกว่าโดยเพศหรือสถานภาพไม่มีผลต่อระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน¹⁸⁻²¹ แต่หลัง

ทดลองผ่านการให้ความรู้ทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานมากขึ้น และเปรียบเทียบกันหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานใกล้เคียงกันในด้านผลการศึกษาคำปรึกษาสมาธิบำบัดแบบ SKT ต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าหลังการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT อาสาสมัครในกลุ่มทดลองสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริลักษณ์ และคณะ ที่ได้ศึกษาวิจัยเชิงทดลองในเรื่องผลของการออกกำลังกายแบบไท่ จี ซึ่งต่อระดับไกลโคไซด์เอโมโกลบินของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าระดับไกลโคไซด์เอโมโกลบินลดลงมากกว่าก่อนทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Artikarn และคณะที่ศึกษาการเดินทำสมาธิเปรียบเทียบกับ การเดินออกกำลังกายปกติต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เดินทำ

สามารถลดระดับ HbA1c และความคุมความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มที่เดินปกติ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yan และคณะ ที่ได้ศึกษาวิจัยแบบ Systematic review and meta-analysis โดยพบว่ากลุ่มที่ปฏิบัติ tai chi สามารถลด FBS HbA1c และน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมงแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย แต่ไม่แตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ออกกำลังกายแบบแอโรบิค¹⁴ รวมทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณุญากรณ์ โนใจและคณะ ที่ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT หลังทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ แต่ก็มีควมแตกต่างจากการศึกษา Myeong Soo Lee และคณะที่เป็นการศึกษา Systematic review and meta-analysis เรื่องการออกกำลังกาย Tai Chi ต่อการจัดการเบาหวาน โดยพบว่าการออกกำลังกายแบบ Tai Chi เปรียบเทียบกับการออกกำลังกายทั่วไป สามารถลดระดับ Fasting blood sugar และ HbA1c ได้ไม่แตกต่าง และในการศึกษานี้พบว่ามีอยู่ 4 งานวิจัยที่สรุปว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายแบบ Tai Chi สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย¹³ ดังนั้นยังมีความต้องการงานวิจัยคุณภาพอีกจำนวนมากที่ช่วยสนับสนุนว่าการฝึกสมาธิบำบัดสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

สรุปผลการวิจัย

การปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าการเลือกแบ่งกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชากรทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน แต่มีบางส่วนที่แตกต่าง เนื่องจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้แบ่ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษามี selection bias ได้ ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ผลวิจัยพบว่า การปฏิบัติสมาธิบำบัดหรือไม่ปฏิบัติ ไม่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย โดยเชื่อว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเหล่านี้มีการรับรู้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ การให้คำปรึกษาแนะนำจะต้องเน้นแนวทางตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการกระตุ้นพฤติกรรมป้องกัน²² ซึ่งในงานวิจัยครั้งต่อไปถ้า จะป้องกันกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานไม่ให้เกิดเป็นผู้ป่วยเบาหวานในอนาคต จะต้องเน้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นสามารถช่วยลดการเกิดเป็นโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงได้ถึงร้อยละ 20^{4,5} ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน งานวิจัยครั้งนี้พบว่า ถ้าเราให้ความรู้และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน รวมถึงการติดตามและให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างในขณะที่นั้นมาติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีความรู้ใกล้เคียงกันหลังทดลอง แม้ว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาต่ำกว่ากลุ่มควบคุมก็ตาม ในส่วนของการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT ต่อการลด

ระดับน้ำตาลในเลือด งานวิจัยในครั้งนี้พบว่า การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT เทคนิคที่ 1 และ 2 สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าการให้ความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว แต่การศึกษาในครั้งนี้เป็นการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารตอนเช้า (Fasting blood sugar) 1 ครั้งหลังผ่านการฝึกการปฏิบัติสมาธิบำบัดมาแล้ว 24 สัปดาห์ ซึ่งผลของการลดระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาวยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่า ถ้าอาสาสมัครปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT อย่างต่อเนื่องจะสามารถช่วยชะลอการเกิดโรคเบาหวานได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งในงานวิจัยครั้งต่อไปอาจจะติดตามอาสาสมัครกลุ่มนี้เพื่อดูแนวโน้มของการเกิดโรคเบาหวานเปรียบเทียบกัน

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปีสำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: หจก.อรุณการพิมพ์; 2557.
3. Heianza Y, Hara S, Arase Y, Saito K, Fujiwara K, Tsuji H, et al. HbA1c 5.7-6.4% and impaired fasting plasma glucose for diagnosis of prediabetes and risk of progression to diabetes in Japan (TOPICS 3): a longitudinal cohort study. *Lancet* 2011;378(9786):147-155.
4. Vojta D, De Sa J, Prospect T, Stevens S. Effective Interventions For Stemming The Growing Crisis Of Diabetes And Prediabetes: A National Payer's Perspective. *Health Aff* 2012;31(1):20-26.
5. Tuso P. Prediabetes and Lifestyle Modification: Time to Prevent a Preventable Disease. *Perm J* 2014; 18:88-93.
6. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.) [อินเทอร์เน็ต]. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hiso.or.th/hiso5/report/report1.php>
7. วรณีย์ เกรียงสินยศ. โภชนาการกับเบาหวาน. Vol. 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สารคดี; 2551.
8. Norris S, Lau J, Smith S, Schmid C, Engelgau M. Self-Management Education for Adults with Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis of the Effect on Glycemic Control. *Diabetes care* 2002;25:1159-1171.

9. Chao M, Wang C, Dong X, Ding M. The Effects of Tai Chi on Type 2 Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis. *J Diabetes Res* 2018;2018:7350567.
10. ศิริลักษณ์ โพธิ์สุยะ. ผลของการออกกำลังกายแบบไท่ จี้ ซี่งตอระดับไกลโคไซด์เฮทอีโมโกลบิน ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
11. วรัญญากรณ์ โนนใจ, เอกพันธ์ คำภีระ, เฉลิมพล กำใจ. “ผลของการปฏิบัติสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบ SKT ตอระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน.” *วารสารพยาบาลทหารบก* 2561; 19(3):175-184.
12. Gainey A, Himathongkam T, Tanaka H, Suksom D. Effects of Buddhist walking meditation on glycemic control and vascular function in patients with type 2 diabetes. *Complement Ther Med* 2016; 26:92-7.
13. Lee MS, Choi T-Y, Lim H-J, Ernst E. Tai chi for management of type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *Chin J Integr Med* 2011;17(10):789-93.
14. Yan JH, Gu WJ, Pan L. Lack of evidence on Tai Chi-related effects in patients with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2013; 121(5): 266-271.
15. สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี, การปฏิบัติสมาธิเพื่อเยียวยาสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
16. Bishop FL, Lauche R, Cramer H, Pinto JW, Leung B, Hall H, et al. Health Behavior Change and Complementary Medicine Use: National Health Interview Survey 2012. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2019;2019/09//;55(10). [cited 2021 Jan5]. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/31554323>
17. Hawk C, Ndetan H, Evans MW. Potential role of complementary and alternative health care providers in chronic disease prevention and health promotion: An analysis of National Health Interview Survey data. *Prev Med* 2012;54(1):18-22.
18. Zowgar A, Siddiqui M, Alattas K. Level of diabetes knowledge among adult patients with diabetes using diabetes knowledge test. *Saudi Med J* 2018;39.
19. Mufunda E, Wikby K, Björn A, Hjelm K. Level and determinants of diabetes knowledge in patients with diabetes in Zimbabwe: A cross-sectional study. *Pan Afr Med J* 2012;13:78.
20. Fenwick EK, Xie J, Rees G, Finger RP, Lamoureux EL. Factors associated with knowledge of diabetes in patients with type 2 diabetes using the diabetes knowledge test validated with Rasch analysis. *PLoS ONE* 2013;8(12). e80593.
21. Poulimeneas D, Grammatikopoulou MG, Bougioukli V, Iosifidou P, Vasiloglou MF, Gerama M-A, et al. Diabetes knowledge among Greek Type 2 Diabetes Mellitus patients. *Endocrinología y Nutrición* 2016;63(7):320-326.
22. Strodel RJ, Chang CH, Khurana SG, Camp AW, Magenheimer EA, Hawley NL. Increased Awareness, Unchanged Behavior: Prediabetes Diagnosis in a Low-Income, Minority Population. *Diabetes Educ* 2019;45(2):203-213.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิภาพของการประยุกต์ปฏิบัติสมาธิ SKT7 เทียบกับการบริหาร การหายใจแบบห่อปาก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี

Received: August 4, 2020; Revised: December 25, 2020; Accepted: January 4, 2021

แพทย์หญิงสุวิณี สิทธิเขตรกรณ์
ว.เวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลทัพทัน
จังหวัดอุทัยธานี
อีเมล ainuin@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพสมรรถภาพทางกายจากการบำบัดด้วยสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิง (SKT7) กับการบริหารหายใจแบบห่อปาก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี

แบบวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

วัสดุและวิธีการ: เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน และผู้ป่วยบันทึกการปฏิบัติในแบบบันทึก เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test ที่ p-value < 0.05

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย อายุ 70 – 79 ปี ระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มบริหารหายใจแบบห่อปาก มีค่าเฉลี่ย 7.1 ปี และกลุ่มปฏิบัติ SKT7 มีค่าเฉลี่ย 11.8 ปี (p = 0.018) ทั้ง 2 กลุ่มมีระดับความรุนแรงของโรค GOLD stage II (moderate) การกำเริบเฉียบพลันในรอบปีที่ผ่านมา 1 – 3 ครั้ง และ Modified medical research council (MMRC) dyspnea scale ระดับ 1 เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่ากลุ่มปฏิบัติ SKT7 และกลุ่มบริหารหายใจแบบห่อปาก มีค่าเฉลี่ย PEFR (263.9 vs. 251.0, p 0.626) และค่าเฉลี่ย 6MWD (316.75 vs. 315.65, p = 0.973)

สรุป: สมรรถภาพการทำงานของปอดและความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มผู้ป่วยที่ปฏิบัติ SKT7 และกลุ่มบริหารหายใจแบบห่อปากไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: SKT7, การบริหารการหายใจแบบห่อปาก, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ORIGINAL ARTICLE

Efficacy of SKT7 and Pursed-Lip Breathing Exercise Among COPD Patients in Thapthan Hospital, Uthaitani

Received: August 4, 2020; **Revised:** December 25, 2020; **Accepted:** January 4, 2021

Abstract

Objective: This study aimed to compare the physical performance of SKT7 meditation and pursed-lip breathing exercises in COPD patients.

Designs: a quasi-experimental study

Materials & Methods: Forty COPD patients who attended the Outpatient Department of Thapthan Hospital, Uthaitani from December 2019 to February 2020 were equally divided by purposive sampling into control or experimental groups. The control group received a pursed-lip breathing exercise while those in the experimental group received the SKT7 program for eight weeks. Data were analyzed by using a descriptive statistic, paired t-test, and independent t-test with a p-value < 0.05.

Results: Most of the participants were male, married, age 70 – 79 years old, with a mean duration of COPD 7.1 years in the pursed-lip breathing exercise group and 11.8 years in the SKT7 group ($p = 0.018$). COPD severity is GOLD stage II (moderate) in both groups. The number of exacerbations was one to three times in the last year in both groups. The modified medical research council (MMRC) dyspnea scale was in Level 1 in both groups. The participants in a pursed-lip breathing exercise and SKT7 had no significant differences in means of 6MWT (316.75 vs. 315.65, $p = 0.973$) and PEFr (263.9 vs. 251.0, $p = 0.626$).

Conclusion: The findings in this study demonstrate that there is no difference in the lung function between the group of COPD patients who practiced SKT7 and pursed-lip breathing exercise.

Keywords: SKT7, pursed-lip breathing exercise, COPD

Supawee Sittiketkorn MD.

Diploma of Thai Board of

Family medicine

Thapthan Hospital,

Uthaitani

E-mail: ainuin@gmail.com

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก รายงานว่า ในปีค.ศ. 2016 มีอุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 251 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 5 ของสาเหตุการเสียชีวิต และมากกว่าร้อยละ 90 เป็นการเสียชีวิตที่เกิดในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง¹ ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 35,560 รายต่อปี ผู้ป่วยสะสมรวม 150,549 ราย และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นในทุกปี² จากสถิติของโรงพยาบาลทัพบก จังหวัดอุทัยธานี พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี³

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เกิดจากการที่ถุงลมมีพยาธิสภาพและ respiratory bronchiole ขยายตัวโป่งพองอย่างถาวร ส่งผลต่อความยืดหยุ่น (elasticity) ลดลง หลอดลมตีบแคบ มีอากาศค้างในปอด (air trapping) มีการอุดกั้นของหลอดลมทำให้เกิดการค้างของเสมหะ ส่งผลให้ความต้านทานภายในหลอดลมสูงขึ้นขณะหายใจออก ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยและหายใจลำบาก เหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกาย และต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้น ผู้ป่วยจึงลดกิจกรรมต่าง ๆ ลง^{4,5} และในผู้ป่วยสูงอายุมีอาการกำเริบ (COPD exacerbation) ได้บ่อยมากขึ้น⁶ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ลักษณะทางพันธุกรรม และ 2. ปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อม ได้แก่ ควันบุหรี่ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของโรคนี้ ผู้ป่วย COPD

มากกว่าร้อยละ 75.4 มีสาเหตุจากบุหรี่ปริมาณที่บ้าน ที่ทำงานและที่สาธารณะ เช่น การเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหาร และการจราจร⁴ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย สังคม และเศรษฐกิจ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีส่วนร่วมในสังคมลดลงเมื่อโรครุนแรงมากขึ้น ก็เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้นด้วย⁷⁻⁹ ในปัจจุบัน วิธีการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีหลายวิธี เช่น การรักษาด้วยยา การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การรักษาด้วยการให้ออกซิเจนในระยะยาว การรักษาด้วยการผ่าตัดลดปริมาตรของปอด การปลูกถ่ายปอด และการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ การหยุดบุหรี่ วิธีการรักษาต่าง ๆ เหล่านี้ เชื่อว่าจะเพิ่มคุณภาพชีวิต ช่วยยืดชีวิตและทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับและมีประโยชน์กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เพราะช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบากและความเหนื่อยล้า เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เพิ่มความสามารถและความทนในการออกกำลังกาย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 และระดับ 3 อีกทั้งวิธีการปฏิบัติไม่ยุ่งยากซับซ้อน ค่าใช้จ่ายไม่สูง ช่วยชะลอการดำเนินของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความสามารถและความทนในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยได้^{4,9-14} ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบากกำเริบซ้ำคือ การบริหารการหายใจไม่ถูกวิธีและปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ การ

ไอและการขจัดเสมหะที่ไม่มีประสิทธิภาพ¹² การบริหารการหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อปฏิบัติต่อเนื่องสามารถไอขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการหายใจที่ดี ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้¹²⁻¹⁴ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในปัจจุบันมี 2 ลักษณะ คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไป และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบประยุกต์^{10,12-15} ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด จะให้ผู้ป่วยออกกำลังกายร่างกายส่วนบน (upper extremities) โดยการยืดทรงอก ร่วมกับการบริหารแขนแบบไม่มีแรงต้าน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น (flexibility exercise) และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณทรงอกทำให้ทรงอกมีการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้น และช่วยลดปริมาณอากาศที่ค้างค้างในปอด เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (range of motion) โดยเฉพาะหัวไหล่และแขน ทำให้หายใจลำบากลดลง การออกกำลังกายแบบซีก^{16,17} เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ความหนักระดับปานกลาง ประกอบด้วยหลักการที่สำคัญ 3 หลักการคือ การเคลื่อนไหว การหายใจ สมาธิ โดยใช้แรงของร่างกายในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อใหญ่ที่กระทำเป็นจังหวะและต่อเนื่องของแขน ไหล่ และลำตัวอย่างช้า ๆ เน้นการเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหายใจ ร่วมกับมีการกำหนดลมหายใจเข้าออก แบบการหายใจแบบห่อปาก โดยหายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทางปากช้า ๆ สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของแขน ไหล่ ลำตัว เมื่อมีการออกกำลังกายแบบซีกสม่ำเสมอ จะทำให้การระบายอากาศในปอดดีขึ้น มีสมาธิ จิตใจสงบ สามารถช่วยลดอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุได้¹⁸ ปริมาตรของอากาศที่สามารถหายใจออกโดยเร็วและแรงใน

เวลา 1 วินาทีแรกมากกว่าก่อนการออกกำลังกาย¹⁹ การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซีก (Thai Qigong Meditation Exercise; TQME, SKT7)^{16,17} เป็นการผสมผสานองค์ความรู้ของการเคลื่อนไหวซีก การออกกำลังกายแบบ Stretching-Strengthening เป็นการกำหนดลมหายใจให้สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของมือ แขน และลำตัว โดยการควบคุมระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ปาก และการเคลื่อนไหว เพื่อลดสิ่งรบกวนระบบจิตประสาท ภูมิคุ้มกันวิทยา (psychoneuro-immunology) พร้อมกับการออกกำลังกาย และกำหนดจิตให้จดจ่ออยู่กับลมหายใจและการเคลื่อนไหวของร่างกาย ก่อให้เกิดสมาธิขึ้นแก่ผู้ปฏิบัติ ซึ่งมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวร่างกายจากการเสื่อมของกระดูก และด้วยพยาธิสภาพของปอดที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการกิจกรรมได้น้อยลง เหนื่อยง่ายขึ้น เมื่อออกแรงมาก ดังนั้นการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซีก จึงมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซีก ต้องทำอย่างช้า ๆ จะทำให้เกิดความสมดุลทั้งกายและจิต เป็นการทำสมาธิช่วยสงบจิตใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลในการควบคุมอาการหายใจลำบาก มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก และมีการฝึกบริหารหายใจที่บ้านโดยบริหารการหายใจโดยการหายใจแบบห่อปากและการใช้กล้ามเนื้อกระบังลม ใช้เวลาฝึกประมาณ 20 นาทีต่อครั้ง 2 ครั้งต่อวัน นานประมาณ 8 สัปดาห์ ส่งผลให้การหายใจลำบากลดลง ประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อหายใจเพิ่มขึ้น และความสามารถในการออกกำลังกายและการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น²⁰⁻²⁴ อาการกำเริบเฉียบพลันลดลงและมีสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้น และพบว่าการหายใจแบบห่อปากในระหว่างการออกกำลังกายช่วยลด minute ventilation และอัตราการหายใจได้²⁵ เพิ่มความสามารถในการเดินด้วยการวัดระยะทางภายในเวลา 6 นาที (six-minute walking distance)^{26,27} การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการประยุกต์ปฏิบัติสมาธิ SKT3 และ SKT7 ในกลุ่มผู้ป่วย COPD ที่บ้าน พบว่า peak expiratory flow และ การเดินบนพื้นราบ 6 นาที (6 Minute Walk Test) ไม่แตกต่างกัน²⁸

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เกณฑ์ของ GOLD 2017¹⁰ ในการจำแนกระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามสมรรถภาพการทำงานของปอด โดยใช้ spirometer เป็นเครื่องมือในการทดสอบ และทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก เนื่องจากผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองและสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ แต่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงจากการหายใจหอบเหนื่อย ซึ่งหากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ถูกต้อง ก็จะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและชะลอการดำเนินของโรคได้ โดยการวิจัยจะเน้นการฝึกการหายใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้เทคนิคสมาธิเพื่อการเยียวยา การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึกัง (SKT7) ซึ่งเป็นเทคนิคที่อาศัยองค์ความรู้ทางการผสมผสานแนวความคิดการแพทย์ทางเลือกที่จะเชื่อมโยงกายและจิตเพื่อเยียวยา ที่คิดค้นโดย รศ. สมพรกันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ในการ

ศึกษารั้ง นี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดระหว่างแบบทั่วไปกับแบบประยุกต์ โดยมุ่งเน้นที่สมรรถภาพการทำงานของปอด และความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย จึงเป็นที่มาของการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการประยุกต์ปฏิบัติสมาธิ SKT7 กับการบริหารการหายใจแบบห่อปาก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการบริหารหายใจเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง (True experimental pre test-post test control groups design) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) คือกลุ่มบริหารหายใจประยุกต์ปฏิบัติสมาธิ SKT7 และกลุ่มควบคุม (Comparison group) คือกลุ่มบริหารหายใจแบบห่อปาก โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามาตรวจตามนัดในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี กลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตาม GOLD 2017 ระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก (ระดับ 3 และ 4) ไม่มีโรคหรือภาวะเจ็บป่วยอันเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานรุนแรง สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ การมองเห็นและการได้ยินปกติ และมีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยกำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ กรวรรณ จันทพิมพะ²⁵ จากโปรแกรม NSTUDIES VERSION 1.4.1 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2562 ถึง 29 กุมภาพันธ์ 2563 ระยะเวลาในการวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยมีการติดตามทั้ง 2 กลุ่มในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อติดตามว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงของ Modified medical research council (MMRC) dyspnea scale , six minute walk test (6MWT) และ peak expiratory flow (PEF) แตกต่างกันอย่างใดก่อนและหลัง เข้ารับการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี โดยได้รับการรับรองจริยธรรม หมายเลขโครงการ O8 2562 ตามหนังสือ อน 0032.003/455 ลงวันที่ 30 มกราคม 2563 และรับรองจนถึง 1 เมษายน 2563 โดยมีรูปแบบดังนี้ ในกลุ่มทดลองผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกปฏิบัติการประยุกต์ปฏิบัติสมาธิ SKT7 โดยได้รับการสอนจากผู้วิจัยและพยาบาลที่ผ่านการอบรม SKT ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที บันทึกลงในแบบบันทึก และในกลุ่มควบคุมฝึกการบริหารการหายใจแบบห่อปากโดยผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดเป็นผู้สอน ปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที บันทึกลงในแบบบันทึก ทั้ง 2 กลุ่มทำการฝึกบริหารหายใจเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์กระตุ้นสอบถามปัญหาการปฏิบัติบริหารการหายใจในสัปดาห์ที่ 4 และนัดหมายในการทดสอบสมรรถภาพทางกายในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง Modified medical research council (mMRC) dyspnea scale

และประเมินสมรรถภาพการหายใจโดยใช้เครื่องมือวัดความเร็วสูงสุดของลมหายใจออก (PEFR) และทดสอบความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (6 MWT)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย

- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย และแบบบันทึกการปฏิบัติสมาธิ
- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นชุดเก็บข้อมูลแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ผู้ดูแลหลัก ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการรักษา ประกอบด้วย ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอาการกำเริบใน 1 ปีที่ผ่านมา และความรุนแรงของโรค

ตอนที่ 3 ข้อมูล Modified medical research council (MMRC) dyspnea scale, six minute walk test (6MWT) และ peak expiratory flow (PEF)

- เครื่องมือที่ใช้ในการวัดสมรรถภาพปอดโดยใช้ spirometer รุ่น MIR- Mini Spiro for PC
- เครื่องมือวัดอัตราเร็วสูงสุดของลมหายใจออก โดยการใช้ Peak expiratory flow meter รุ่น Mini Wright Peak flow meter 3103001 ใช้วัดอัตราเร็วสูงสุดลมหายใจออก โดยให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าเต็มที่แล้วเป่าออกเร็วและแรง การวัดจะมีหน่วยเป็นลิตรต่อนาที
- ระยะทางการเดินบนพื้นราบ 6 นาที (6 Minute Walk Test [6-MWT])

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม N = 20 จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง N = 20 จำนวน (ร้อยละ)	p value
เพศ			1.00†
ชาย	19 (95)	19 (95)	
หญิง	1 (5)	1 (5)	
สถานภาพสมรส			0.575‡
โสด	1 (5)	2 (10)	
สมรส	16 (80)	13 (65)	
ม้าย	3 (15)	5 (25)	
อายุ			0.700†
60 – 69 ปี	9 (45)	6 (30)	
70 – 79 ปี	8 (40)	11 (55)	
80 ปี ขึ้นไป	2 (10)	3 (15)	
range	60 – 86	60 – 86	
Mean (S.D.)	71.70 (7.65)	72.55 (6.93)	
ผู้ดูแล			0.101#
มี	11 (55)	5 (25)	
ไม่มี	9 (45)	15 (75)	
ระดับการศึกษา			0.487‡
ไม่ได้เรียน	0 (0)	1 (5)	
ประถมศึกษา	18 (90)	17 (85)	
มัธยมศึกษา	2 (10)	0 (0)	
ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา	0 (0)	1 (5)	
ปริญญาตรี	0 (0)	1 (5)	
อาชีพ			0.212‡
ไม่ได้ทำงาน	11 (55)	10 (50)	
เกษตรกร	5 (25)	7 (35)	
รับจ้าง	1 (5)	0 (0)	
ค้าขาย	2 (10)	0 (0)	
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	0 (0)	0 (0)	
อื่นๆ	1 (5)	3 (15)	
ประวัติการสูบบุหรี่ในอดีต			0.730#
ไม่เคย	7 (35)	5 (25)	
เคย	13 (65)	15 (75)	
ระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง			0.304‡
1-5 ปี	9 (45)	3 (15)	
6- 10 ปี	6 (30)	6 (30)	
มากกว่า 10 ปี	5 (25)	11 (55)	
Mean (SD)	7.1 (4.919)	11.80 (6.933)	p value = 0.018† t= -2.4726
GOLD severity			0.542‡
moderate	16 (80)	14 (70)	
severe	3 (15)	4 (20)	
very severe	1 (5)	2 (10)	
อาการกำเริบเฉียบพลันในรอบปีที่ผ่านมา			1.000 ‡
1-3 ครั้ง	17 (85)	17 (85)	
4- 6 ครั้ง	2 (10)	2 (10)	
7-9 ครั้ง	1 (5)	1 (5)	

‡ Fisher's Exact test, †= Independence t- test, # = Pearson's chi square test

ตารางที่ 2 ความสามารถในการทำกิจกรรม (Modified medical research council (MMRC) dyspnea scale) ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมซึ่งบริหารการหายใจแบบห่อปาก และกลุ่มทดลองซึ่งบริหารการหายใจด้วยประยุกตปฏิบัติสมาธิ SKT7

Modified medical research council (MMRC) dyspnea scale	กลุ่มควบคุม N = 20 จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง N = 20 จำนวน (ร้อยละ)	P value
ก่อนเข้าร่วมวิจัย			0.738†
ระดับ 0	8 (40)	6 (30)	
ระดับ 1	9 (45)	8 (40)	
ระดับ 2	3(15)	5 (25)	
ระดับ 3	0	1(5)	
หลังเข้าร่วมวิจัย			0.834†
ระดับ 0	11(55)	7 (35)	
ระดับ 1	6 (30)	11 (55)	
ระดับ 2	3 (15)	2 (10)	
ระดับ 3	0	0	

† = Fisher's Exact test

ตารางที่ 3 ความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (Six minute walk test; 6MWT) ระหว่างกลุ่ม ในระยะก่อนและหลังการบริหารหายใจ

Six-minute walk test (6MWT)	\bar{x}	SD	t	p value
ก่อนการบริหารการหายใจ				
กลุ่มควบคุม	305.100	95.329	0.0204	0.839†
กลุ่มทดลอง	298.50	108.921		
หลังการบริหารการหายใจ				
กลุ่มควบคุม	316.750	97.669	0.332	0.973†
กลุ่มทดลอง	315.65	111.478		

†= Independence t- test

ตารางที่ 4 Peak expiratory flow (PEF) ระยะก่อนและหลังการบริหารหายใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

Peak expiratory flow (PEF)	\bar{x}	SD	t	p value
ก่อนการบริหารการหายใจ				
กลุ่มควบคุม	268.500	76.659	1.052	0.299†
กลุ่มทดลอง	239.50	96.599		
หลังการบริหารการหายใจ				
กลุ่มควบคุม	263.900	64.014	0.491	0.626†
กลุ่มทดลอง	251.00	68.403		

†= Independence t- test

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป R studio version 3.6.2 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

- ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิง

พรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

- เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ Modified medical research council (MMRC) dyspnea scale, six minute walk test (6MWT) และ peak expiratory flow (PEF) ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน ทั้งกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Paired t-test หรือ Wilcoxon signed-rank test โดยตรวจสอบการกระจายของข้อมูลก่อนด้วยสถิติ Shapiro-Wilk W test ที่นัยสำคัญทางสถิติ (α) 0.05

- เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ Modified medical research council (MMRC) dyspnea scale, six minute walk test (6MWT) และ peak expiratory flow (PEF) ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Independent t-test หรือ Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test โดยตรวจสอบการกระจายของข้อมูลก่อนด้วยสถิติ Shapiro-Wilk W test ที่นัยสำคัญทางสถิติ (α) 0.05

ผลการศึกษา

ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เข้าร่วมการวิจัยจนครบ 8 สัปดาห์ 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คน พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่ กล่าวคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 95) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 80 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 65 ในกลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 71.7 ปี และอายุเฉลี่ยในกลุ่มทดลองเท่ากับ 72.5 ปี กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 55 ต่างจากกลุ่มทดลองที่ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 75 กลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 85 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55 และในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 50 กลุ่ม

ควบคุมมีประวัติการสูบบุหรี่ในอดีต ร้อยละ 65 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 75

ระยะเวลาการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม 7.1 ปี และในกลุ่มทดลอง 11.8 ปี ซึ่งต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.018$) กลุ่มควบคุมมีความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง ร้อยละ 80 และกลุ่มทดลองร้อยละ 70 ($p = 0.542$) เมื่อพิจารณาอาการกำเริบเฉียบพลันในรอบปีที่ผ่านมาทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า มีอาการกำเริบ 1 – 3 ครั้ง ร้อยละ 85 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ข้อมูลการเปรียบเทียบผลสมรรถภาพทางกาย

ความสามารถในการทำกิจกรรม (Modified medical research council (MMRC) dyspnea scale) ก่อนทำการวิจัย ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 45 และ MMRC หลังการวิจัย ในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับ 0 มากที่สุด ร้อยละ 55 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1 ร้อยละ 60 เมื่อเปรียบเทียบ MMRC ก่อนและหลังทำการวิจัย ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มบริหารหายใจแบบห่อปาก เทียบกับกลุ่มปฏิบัติ SKT7 ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.738$ และ $p = 0.834$ ตามลำดับ) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบ MMRC ก่อนและหลังทำการวิจัย เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มบริหารหายใจแบบปฏิบัติ SKT7 ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.00$)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (6MWT) ก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ปอดระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = 0.839$) และค่าเฉลี่ย 6MWT หลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมซึ่งบริหารหายใจแบบห่อปาก และกลุ่มทดลองที่ปฏิบัติ SKT พบว่า ค่าเฉลี่ย 6MWT ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p = 0.973$) ดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 3 ทั้งนี้ สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที ก่อนและหลังการบริหารการหายใจ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งในกลุ่มควบคุม ($p = 0.705$) และกลุ่มทดลอง ($p = 0.625$)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย PEF ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมซึ่งบริหารหายใจแบบห่อปาก และกลุ่มทดลองที่ปฏิบัติ SKT7 ก่อนและหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด แสดงในตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ย PEF ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังการบริหารการหายใจ ($p = 0.299$, $p = 0.626$ ตามลำดับ) ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย PEF เฉพาะภายในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด พบว่า ค่าเฉลี่ย PEF ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.838$, $p = 0.711$ ตามลำดับ)

วิจารณ์

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (6MWT) ภายในกลุ่มผู้ป่วยบริหารหายใจแบบห่อปาก ก่อนและหลังการบริหารหายใจ พบว่า ค่าเฉลี่ย 6MWT ไม่แตกต่างกัน ซึ่งในผู้ป่วยที่ปฏิบัติประยุกต์ปฏิบัติสมาธิ SKT 7 ก่อนและหลังการปฏิบัติ พบว่าค่าเฉลี่ย 6MWT ไม่แตกต่างกันเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ

จตุพร²⁹ ซึ่งทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบทั่วไปและการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแบบประยุกต์ พบว่า ค่าความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (6 MWT) ไม่แตกต่างกันในทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งอาจเกิดจากการบริหารหายใจเป็นการยืดตรงอกเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อทรวงอกร่วมกับการบริหารแบบไม่มีแรงต้าน ซึ่งเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ใกล้เคียงกับการบริหารหายใจแบบ SKT7

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย peak expiratory flow (PEFR) ก่อนและหลังได้รับการบริหารหายใจ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยบริหารหายใจแบบห่อปากและกลุ่มประยุกต์ปฏิบัติสมาธิ SKT7 พบว่า ค่าเฉลี่ย PEFR ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย PEFR ภายในผู้ป่วยกลุ่มบริหารหายใจแบบห่อปากและในกลุ่มประยุกต์ปฏิบัติสมาธิ SKT7 ก่อนและหลังได้รับการบริหารหายใจ 8 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ย PEFR ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจตุพร²⁹ และการศึกษาของสมทรง¹⁸ ที่เปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายแบบไท่ จี้ ซึ่งก่ต่อสมรรถภาพปอดและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ปริมาตรอากาศที่สามารถหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ภายใน 1 วินาทีแรกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของ สุกัลยา³⁰ และ Oh³¹ ที่ได้ทำการศึกษากำหนดโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ผู้ป่วยฝึกเองที่บ้าน (home-based) 5 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าสมรรถภาพปอด อาการ

เหนื่อยขณะพัก และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การที่สมรรถภาพปอดไม่เปลี่ยนแปลงอาจเนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพยาธิสภาพของปอดที่ไม่อาจกลับคืนสภาพได้ และมีแนวโน้มแยกลงตามระยะเวลาการเจ็บป่วย

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการบริหารหายใจโดยใช้การประยุกต์ปฏิบัติสมาธิ SKT7 หรือการบริหารหายใจแบบห่อปาก เป็นระยะเวลานาน 8 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ย PEFr และค่าเฉลี่ย 6MWD ไม่แตกต่างกัน ประการแรกอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันในด้านระยะเวลาในการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งจากการศึกษาของ Foglio³² ที่ทำการติดตามผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูปอดเป็นระยะเวลา 7 ปี พบว่าค่า FEV1 ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีพยาธิสภาพของปอดที่ไม่อาจกลับคืนสภาพได้ ประการต่อมาอาจเนื่องมาจากการให้โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูปอดในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติเองที่บ้าน (home-based) เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งการติดตามผู้เข้าร่วมการวิจัยทำได้ค่อนข้างยาก จึงอาจทำให้ไม่เห็นผลการฝึกที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย เมื่อผู้วิจัยใช้การติดตามทางโทรศัพท์ แต่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงมักให้หมายเลขโทรศัพท์ของลูกหลานซึ่งไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และบางส่วนไม่ได้เป็นผู้ดูแล ทำให้การติดตามผู้ป่วยเป็นไปได้ยาก การประเมินผู้เข้าร่วมวิจัยหลังการฝึกตามโปรแกรม 8 สัปดาห์ ได้มีการสอบถามถึงความสม่ำเสมอของการฝึก ซึ่งได้ข้อมูลว่า ผู้ร่วมวิจัยบางส่วนที่ไม่ได้

ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอมีผลทดสอบสมรรถภาพทางกายลดลง

สรุป

การฝึกปฏิบัติการประยุกต์ปฏิบัติสมาธิ SKT7 ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดและความสามารถในการทำกิจกรรม ต่างจากกลุ่มที่ได้ปฏิบัติการบริหารการหายใจแบบห่อปาก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาแบบ randomized control trial เพื่อลดอคติในการคัดเลือกตัวอย่างและอคติจากปัจจัยอื่น ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อการศึกษา เพิ่มระยะเวลาในการศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดทั้ง 2 ชนิดให้ยาวนานขึ้น เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ทำการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ เช่น คุณภาพชีวิต การลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของโรค มีการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาล (hospital-based) ร่วมด้วย เพื่อให้สามารถติดตามผู้ป่วยให้ได้ รับโปรแกรมการบริหารหายใจได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งน่าจะทำให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นได้ชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี ที่ได้มอบความรู้และให้คำปรึกษาในการปฏิบัติ SKT7 นายแพทย์วิโรจน์ วรรณภีระ (หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมและบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก) ที่ให้การสนับสนุนและให้คำปรึกษา รวมถึงนายแพทย์สุชิน คันตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทัพทัน จังหวัดอุทัยธานีที่สนับสนุนเอื้อเฟื้อเวลา สถานที่ และอำนวยความสะดวกให้งานวิจัยสำเร็จคล่องได้ดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World STATISTICS 2017: A Wealth of information on global public health. [online].2017 [cited 2019 July 26]. Available form: <http://www.who.int/respiratory/copd/en>.
2. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
3. เวชระเบียนและสถิติ 2561.รายงานประจำปี พ.ศ. 2561 โรงพยาบาลทัพทัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี; 2561.
4. คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2553. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2553.
5. Caroci Ade S1, Lareau SC. Descriptors of dyspnea by patients with chronic obstructive pulmonary disease versus congestive heart failure. Heart & Lung 2004; 33(2):102-10.
6. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2010;363:1128-38.
7. Hilling L. & Smith J. Pulmonary rehabilitation. In Irwin S & Teckli JS(Editors), Cardiopulmonary physical therapy. St Louis: Mosby; 1995. p. 445-470.
8. อภรณ์พรรณ สุนทรจตุรวิทย์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท ภาควิชาเวชศาสตร์]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
9. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2560, กรุงเทพฯ:สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2560.
10. The Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), [online].2018 [cited 2019 Jul 26]. Available from: <http://www.goldcopd.org>.

เอกสารอ้างอิง

11. ปิยารรณ เหลืองจิรโณทัย, สุณี เลิศสินอุดม. GOLD guideline 2017 for COPD management. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
12. อรรถวุฒิ ดีสมโชค. การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด :pulmonary rehabilitation. เชียงใหม่: ธรพพรณการพิมพ์;2545.
13. Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, Casaburi R, Emery CF, Mahler DA, et al. Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST. 2007;131(5):4S-42S.
14. จันทร์จิรา วิรัช. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
15. Marciniuk DD, Brooks D, Butcher S, Debigare R, Dechman G, Ford G, et al. Optimizing Pulmonary Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease – Practical Issues: A Canadian Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Can Respir J 2010;17:425975.
16. สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาองค์รวม (meditation for holistic self-healing and cell healing); 2551.
17. สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยา. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ: วี อินดี ดีไซน์ จำกัด; 2561.
18. สมทรง มั่งลึก. ผลของการออกกำลังกายแบบไท่ จี้ ซ่งก ต่อสมรรถภาพปอดและการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2548.
19. ดารารรณ รองเมือง.ผลของการบริหารหายใจต่อสมรรถภาพปอดในผู้สูงอายุ[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
20. ลลิตา รอดภัย. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบริหารการหายใจเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์]. มหิดล;2554.
21. สิรินาถ เมธีริญ. ผลของการใช้เทคนิคผ่อนคลายร่วมกับการหายใจแบบเป่าปากต่อความสบายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2542.
22. Xu J, He S,Han Y, Pan J, Cao J. Effects of modified pulmonary rehabilitation on patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trail. IJNSS 2017;4(3):219-224.
23. มณฑา ทองต่ำสิง.ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันร่วมกับการใช้สมาธิในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2559.
24. Kyung KA, Chin PA. The effect of a pulmonary rehabilitation programme on older patients with chronic pulmonary disease. J Clin Nurs 2008;17(1):118-25.
25. กรรรรณ จันทพิมพ์ะ และคณะ.ผลของโปรแกรมการบำบัดทางการพยาบาลต่อสมรรถนะทางกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Effects of Nursing Therapeutic Program on Physical Competence and Quality of Life among Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients).วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2550;1(1):57-70.
26. อนันมา ศรีแสง, ชลนรรจ วังแสง. การประเมินสมรรถภาพของหัวใจและปอดด้วยการทดสอบการเดิน 6 นาที. Siriraj Med Bull 2018;11(1):57-64.

เอกสารอ้างอิง

27. Lacasse Y, Martin S, Lasserson TJ, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease: a Cochrane systematic review. *Eura Medicophys* 2007; 43:475-85.
28. Triamchaisri SK., Sresumatchai V., Rawiworakul T, et al. การประยุกต์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการเยียวยาสุขภาพ (กรณีประยุกต์การปฏิบัติสมาธิ SKT1 – SKT7 กับโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย; 2557).
29. จตุพร จักรเงิน. ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอดและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
30. สุกัลยา กฤษณเกรียงไกร , จินตนา ต้นทอง, สุวัฒน์ จิตรดำรงค์, รุจิรารณ นุปภาพรหม, วิภาพร ตันทสุระ. การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (A study of the efficacy of pulmonary rehabilitation program for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *วารสารกายภาพบำบัด* 2556;35(2):93-101.
31. Oh EG. The effects of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic lung disease. *Int J Nurs Stud* 2003;40:873-9.
32. Foglio K, Bianchi L, Bruletti G, et al. Seven year time course of lung function, symptoms, health-related quality of life, and exercise tolerance in COPD patients undergoing pulmonary rehabilitation programs. *Respir Med* 2007;101:1961-70.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาความชุกของการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องใน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

Received: February 3, 2021; Revised: February 17, 2021; Accepted: March 16, 2021

พญ. วรณรดา โรจนบุตร ^{1*}
 รศ. พญ. โสฬพัทธ์ เหมรัมย์โรจน์ ²
 นพ. ภรเอก มนต์วานิช ¹
 ผศ. (พิเศษ) นพ. สุรินทร์ อัครวิฑูรฑิพย์ ¹
¹ ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
² ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 *Corresponding author email:
 tantan_nt@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษาได้สืบค้นความชุกของการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย: ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด 262 คน และวินิจฉัยภาวะ Mild Cognitive Impairment โดยเกณฑ์การวินิจฉัยของ Petersen และคณะ วัดระดับการรู้คิดโดยใช้แบบคัดกรอง Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย

ผลการวิจัย: พบความชุกของ Mild cognitive impairment ร้อยละ 67.4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่า อายุเพิ่มขึ้น 1 ปีมีแนวโน้มที่จะเกิด Mild cognitive impairment มากขึ้นคิดเป็น 1.062 เท่า (95%CI = 1.024 – 1.103) และการใช้ยา Metformin มีแนวโน้มที่จะเกิด Mild cognitive impairment มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้ยา Metformin คิดเป็น 2.440 เท่า (95%CI = 1.009 – 5.903) จำนวนปีการศึกษาเป็นปัจจัยป้องกัน โดยผู้ที่มีจำนวนปีการศึกษา 12-15 ปี มีแนวโน้มที่จะเกิด Mild cognitive impairment น้อยกว่าผู้ที่มีจำนวนปีการศึกษาจำนวน 0-5 ปี คิดเป็น 0.212 เท่า (95%CI = 0.070 - 0.639) และจำนวนปีการศึกษา ≥ 16 ปี มีแนวโน้มที่จะเกิด Mild cognitive impairment น้อยกว่าผู้ที่มีจำนวนปีการศึกษาจำนวน 0-5 ปี คิดเป็น 0.043 เท่า (95%CI = 0.015 -0.122)

สรุปผล: พบความชุกของภาวะ Mild cognitive impairment จำนวนมาก จึงควรมุ่งเน้นถึงการ early detection และจัดการภาวะ Mild cognitive impairment เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ความชุก, ปัจจัย, การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย, เบาหวานชนิดที่ 2

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of Mild Cognitive Impairment and Associated Factors in Type 2 Diabetes Mellitus at King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society

Received: February 3, 2021; **Revised:** February 17, 2021; **Accepted:** March 16, 2021

Abstract

Background: This study aimed to identify factors associated with mild cognitive impairment (MCI) in Thai adults with type 2 diabetes mellitus (T2DM).

Methods: A total of 262 adults participated in this study. A diagnosis of MCI was based on the criteria of Petersen. Cognitive function was assessed with the Montreal Cognitive Assessment-Thai version (MoCA-T).

Results: The prevalence of MCI was 67.4%. In a logistic regression analysis, age ($p = 0.001$, OR = 1.062, 95% CI = 1.024 - 1.103), Metformin ($p = 0.048$, OR = 2.440, 95%CI = 1.009-5.903), education level ((12-15 years vs 0-5 years) ($p = 0.006$, OR = 0.212, 95% CI = 0.070-0.639)) and education level (≥ 16 years vs 0-5 years) ($p = 0.000$, OR = 0.043, 95% CI = 0.015 -0.122)) were associated with MCI among T2DM patients.

Conclusion: More concentrated efforts focused on early detection and appropriate management of MCI may be required in Thai adults with type 2 diabetes mellitus.

Keywords: prevalence, factors, mild cognitive impairment, type 2 diabetes mellitus

Waranrada Rotchanabut, MD.^{1*}

Assoc. Prof. Solaphat Hemrungronj, MD.²

Bhorn-ake Manasvanish, MD.¹

Asst. Prof. Surin Assawawitoontip, MD.¹

¹Department of Family Medicine,
King Chulalongkorn

Memorial Hospital

²Department of Psychiatry,
Faculty of Medicine,

Chulalongkorn University

*Corresponding author email:
tantan_nt@hotmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ¹ ในประเทศไทยจากการรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 8.9 เพิ่มจากปี พ.ศ. 2552 ร้อยละ 6.9²

โรคเบาหวานส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น จอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ยังมีการศึกษาพบว่า โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment) และยังเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ภาวะ Mild cognitive impairment กลายเป็นภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นด้วย³ โดยมีการศึกษาพบว่าโรคเบาหวานจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็น 1.5-2.5 เท่า⁴ เนื่องจากพบว่าโรคเบาหวานทำให้ในหลอดเลือดเกิด endothelial dysfunction ส่งผลทำให้เกิดการสะสมของไขมันและโปรตีน เกิดการลดลงของ cerebral blood flow ทำให้เกิด hypoxic neuronal injury อีกทั้งยังทำให้เกิดการอักเสบ การบาดเจ็บของ blood brain barrier และการบาดเจ็บของสมองส่วน white matter⁵

จากแผนการดูแลรักษาโรคเบาหวานนั้น ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาเป็นทีม ทั้งครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ และยังมีมุ่งเน้นให้ความรู้ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน ดังนั้นการนึกถึงภาวะ Mild cognitive impairment จึงเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อการดูแล

ตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะการรู้คิดด้านการบริหารจัดการ (executive function) เพราะส่งผลถึงการหยั่งรู้การแก้ไขปัญหาของตนเอง การตัดสินใจ การหยุดพฤติกรรมเก่า และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่⁴

จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานและภาวะ Mild cognitive impairment เป็นปัจจัยเกี่ยวพันกันที่หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจทำให้การดำเนินโรคแย่ลงได้ และจากสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นการคัดกรองหาภาวะ Mild cognitive impairment จึงเป็นส่วนสำคัญในการวินิจฉัยเบื้องต้น และนำไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ อีกทั้งยังเป็นการคัดกรองเพื่อหาปัญหาภาวะความรู้คิดบกพร่องในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อวางแผนแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านการดูแลผู้ป่วยที่ปัญหาภาวะ Mild cognitive impairment เพื่อให้มีการดูแลรักษาเบาหวานในผู้ป่วยที่ดีขึ้นร่วมกันต่อไป

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อหาความชุกของภาวะ Mild cognitive impairment ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วัตถุประสงค์รอง เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะ Mild cognitive impairment ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นแบบ Cross-sectional Descriptive Study ประชากรเป้าหมายคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่แผนกตรวจโรคผู้วัยนอกของฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ อ้างอิงจากงานวิจัยของ Wei Li และคณะ⁶ ที่ศึกษาความชุกและ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะ Mild Cognitive Impairment ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีความชุกร้อยละ 21.8 โดยนำมาคำนวณโดยใช้สูตร Cochran WG⁷ ได้ขนาดตัวอย่าง N = 262 คน

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (IRB No. 355/63) อาสาสมัครจะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนและตอบข้อสงสัยจนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดี อาสาสมัครสามารถตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และมีอิสระที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ควรจะได้รับตามมาตรฐาน

เกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria) คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปีบริบูรณ์ เชื้อชาติไทย สามารถพูดคุยสื่อสารได้รู้เรื่อง อ่าน-เขียนภาษาไทยได้ และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับ HbA1C, ระดับ FBS, ระดับ Lipid profile และค่า eGFR

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria) คือ มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ทั้งจากประวัติหรือจาก TMSE (คะแนน ≤ 23 คะแนน) มีประวัติโรคทางระบบประสาท เช่น Parkinson disease, Meningitis, Brain tumor, Epilepsy ฯลฯ มีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะ ติดสารเสพติด มีความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน และการเคลื่อนไหวที่รุนแรง และปฏิเสธหรือขอลงตัวจากงานวิจัย

ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment)

มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะ Mild Cognitive Impairment โดย Petersen และคณะ ที่กำหนดโดย European Consortium on Alzheimer's Disease คือ⁸

- ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีปัญหาเรื่องความรู้คิด หรืออาจได้รับการยืนยันจากญาติร่วมด้วย
- ผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นให้ประวัติว่าผู้ป่วยมีความรู้คิดลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา
- มีภาวะความรู้คิดบกพร่อง โดยมีหลักฐานการประเมินทางคลินิก (อาจบกพร่องทางด้านความจำหรือความสามารถของสมองด้านอื่นก็ได้)
- ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน
- ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์การวินิจฉัยนี้ในการวินิจฉัยภาวะ Mild Cognitive Impairment ร่วมกับเกณฑ์คะแนนในการประเมินโดยใช้แบบคัดกรอง Montreal Cognitive Assessment ฉบับภาษาไทย (MoCA-T)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของภาวะ Mild Cognitive Impairment ดังนี้

1. ระดับ HbA1C ที่สูง^{3, 9-11}
2. ระดับ FBS ที่สูง⁹⁻¹¹
3. ดัชนีมวลกายมาก^{9, 12}
4. ระดับไขมันสูง^{9, 10, 13}
5. ระดับ Systolic blood pressure สูง^{10, 13, 14}
6. อายุมาก^{10, 14}
7. เส้นรอบเอวมาก¹⁰
8. ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานนาน^{9, 10, 15}
9. มีการสูบบุหรี่^{10, 13}
10. เพศหญิง^{13, 16, 17}
11. ระดับการศึกษา (Education level) น้อย^{3, 6, 13, 14, 16-18}
12. มีภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน เช่น ประวัติ Stroke, เบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Retinopathy),

- Ischemic heart disease และเบาหวานขึ้นไต (Nephropathy)^{13, 15}
 13. มี Neuropsychiatric symptom เช่น Depression, Anxiety^{6, 16}
 14. มีประวัติน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia)^{13, 19, 20}
 15. ชนิดของยาที่รักษาเบาหวาน^{13, 20}
 16. สถานะโสด¹³
 17. การออกกำลังกายที่น้อย¹³

งานวิจัยนี้จึงได้เก็บข้อมูลเพื่อศึกษาปัจจัยดังกล่าว โดยได้ให้นิยามของการออกกำลังกายคือ การออกแรงกล้ามเนื้อเพื่อทำให้เกิดการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อจุดประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง²¹

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสอบถามที่ใช้มีทั้งหมด 4 ชุด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Thai-Mental State Examination (TMSE)

แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม TMSE ถูกพัฒนาจาก MMSE ของ Folstein และคณะ โดย Train the Brain Forum Thailand แบบสอบถามมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม²² จึงใช้เพื่อเป็นการคัดกรองกลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมออกจากการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม Demographic Data ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ประวัติการสูบบุหรี่ ค่าความดันโลหิต ประวัติชนิดยารักษาเบาหวานที่ใช้ในปัจจุบัน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับ HbA1C ระดับ FBS ระดับ Lipid profile และค่า eGFR ประวัติน้ำตาลในเลือดต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรอง Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย ในการคัดกรองภาวะ Mild Cognitive Impairment ที่สามารถประเมินการรู้คิดได้หลายด้าน โดยมีคะแนนเต็มทั้งหมด 30 คะแนน หากมีคะแนนในแบบทดสอบ น้อยกว่า 25 บ่งชี้ถึงภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยมี Sensitivity 0.8 และ Specificity 0.8 และจะต้องบวกอีก 1 คะแนน ในผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี²³ และมีการศึกษาเปรียบเทียบกับแบบคัดกรองมาตรฐานเดิมคือ Mini-Mental Status Exam (MMSE) ในการวินิจฉัยภาวะ Mild cognitive impairment ในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าแบบคัดกรอง MoCA เป็นแบบคัดกรองที่ดีกว่า²⁴

ส่วนที่ 4 แบบทดสอบ Hospital anxiety and depression scales (HADS) ฉบับภาษาไทย โดยในกลุ่มอาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อดีทั้งหมด (1,3,5,7,9,11,13) รวมกัน และกลุ่มอาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2,4,6,8,10,12,14) ค่าคะแนนรวมในกลุ่มอาการใดที่ ≥ 11 คะแนน บ่งถึงความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มนั้น²⁵ การใช้ HADS ในการประเมินกลุ่มอาการวิตกกังวล มีความไว ร้อยละ 100 และความจำเพาะร้อยละ 86 ส่วนการประเมินอาการซึมเศร้ามีความไวร้อยละ 85.7 และความจำเพาะร้อยละ 91.3²⁶ ซึ่งแบบทดสอบนี้ใช้ประเมินระดับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยนี้

คำนวณผลโดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for Social Science) version 22 ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าพุทธิพิสัย (cognitive domains) โดยใช้ Independent T-test หรือ Mann-Whitney U test และนำปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นทั้งหมดทำการวิเคราะห์ Univariate logistic regression โดยใช้เกณฑ์ตัวแปรที่ $P < 0.25$ เข้าสู่ final model จากนั้นใช้การวิเคราะห์ด้วย Binary logistic regression

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานและประวัติส่วนบุคคล จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 262 คน พบข้อมูลพื้นฐานและประวัติส่วนบุคคล ชาย 90 คน คิดเป็นร้อยละ 34.1 และหญิง 172 คน คิดเป็นร้อยละ 65.2 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี จำนวน 194 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 73.5 ด้านระดับการศึกษาแบ่งเป็นช่วง 0-5 ปี ช่วง 6-11 ปี ช่วง 12-15 ปี และ ช่วงระดับการศึกษามากกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.4, 18.9, 20.8 และ 31.1 ตามลำดับ ด้านสถานภาพพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส และด้านการออกกำลังกายพบว่า กลุ่มที่ออกกำลังกายมีจำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 53.4 และกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายมีจำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 45.8 ดังตารางที่ 1

ด้านข้อมูลการใช้ยาของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ใช้ยาคินิดไม่ใช้อินซูลิน คิดเป็นร้อยละ 87.3 โดยส่วนมากใช้ยา Metformin, Glipizide, Pioglitazone, Glimepiride, Linagliptin และ Empagliflozin ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 84.5, 40.1, 7.6, 1.5, 1.5 และ 1.1 ตามลำดับ พบความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกของฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน 2563 คือ 178 คน คิดเป็นร้อยละ 67.4 และจากคะแนนของแบบคัดกรอง MoCA ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่ม Mild cognitive impairment พบว่า คะแนน cognitive domains มีคะแนนลดลงทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ Univariate logistic regression โดยใช้เกณฑ์ตัวแปรที่ $p < 0.25$ จากตารางที่ 1 มาวิเคราะห์ Binary logistic regression ซึ่งมี 5 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ ยา Metformin, ยา Empagliflozin, ระดับ eGFR ที่ ≥ 60 ml/min/1.73m² และระดับการศึกษา พบว่าอายุและการใช้ยา Metformin เป็นปัจจัยเสี่ยงใน

การเกิดภาวะ Mild cognitive impairment โดยผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้น 1 ปีมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะ Mild cognitive impairment มากขึ้น คิดเป็น 1.062 เท่า (95%CI = 1.024 - 1.103) และการใช้ยา Metformin มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะ Mild cognitive impairment มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้ยา Metformin คิดเป็น 2.440 เท่า (95%CI = 1.009 - 5.903) ขณะที่ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยป้องกัน โดยระดับการศึกษาช่วง 12-15 ปี มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะ Mild cognitive impairment น้อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาช่วง 0-5 ปี คิดเป็น 0.212 เท่า (95%CI = 0.070 - 0.639) และระดับการศึกษา ≥ 16 ปี มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะ Mild cognitive impairment น้อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาช่วง 0-5 ปี คิดเป็น 0.043 เท่า (95%CI = 0.015 - 0.122) ดังตารางที่ 3

อภิปรายผล

ความชุกของภาวะ Mild cognitive impairment ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คือร้อยละ 67.4 และเมื่อนำความชุกจากการศึกษานี้ไปเปรียบเทียบกับความชุกของภาวะ Mild cognitive impairment ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศจีนจากการศึกษาของ Wei Li⁶ พบว่ามีความชุกร้อยละ 21.8 เนื่องจากมีการใช้เครื่องมือในการคัดกรองภาวะ Mild cognitive impairment แตกต่างกัน โดยในการศึกษาของประเทศจีนได้ใช้ MMSE ในการคัดกรอง ซึ่งมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) น้อยกว่าแบบคัดกรอง MoCA และแตกต่างจากการศึกษาของ Yun Jeong Lee และคณะ⁴ ในผู้ป่วยสูงอายุชาวเกาหลีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผลการศึกษาพบว่า มีความชุกของภาวะ Mild cognitive Impairment ร้อยละ 32.7 ซึ่งมีลักษณะของประชากรที่คล้ายกับการศึกษานี้ และยิ่งสูงกว่าของประเทศอื่น เช่น การศึกษาของ Corepath Venugopal Lalithambika และคณะ ในประเทศอินเดีย¹¹ การศึกษาของ Louren Blanquisco และคณะ ในประเทศฟิลิปปินส์¹⁸ อาจเป็นเพราะลักษณะของกลุ่ม

ตัวอย่างในงานวิจัยนี้ที่ไม่ได้คัดกลุ่มที่มีประวัติของภาวะซึมเศร้าออกจากการศึกษาเหมือนกับ การศึกษาอื่น แม้ว่ากลุ่มประชากรจะเป็นกลุ่มที่อายุน้อยกว่าปกติที่มีการคัดกรองในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

จากคะแนนของแบบคัดกรอง MoCA ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่ม Mild cognitive impairment พบว่า

cognitive domains มีคะแนนลดลงทุกด้าน คือ ด้าน Visuospatial/executive, Naming, Memory, Attention, Abstraction, Language และ Delayed Recall ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paula S Koekkoek และคณะ ที่กล่าวว่า cognitive domains ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลง ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเบาหวานใน

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูล	กลุ่มการรู้คิดปกติ (normal) (คะแนน ≥ 25) n = 84	กลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) (คะแนน < 25) n = 178	P-value
เพศ ^a			
หญิง (%)	54 (31.4%)	118 (68.6%)	0.857
ชาย (%)	30 (33.3%)	60 (67.9%)	
สถานภาพ ^a			
โสด (%)	27 (29.3%)	65 (70.7%)	0.650
แต่งงาน (%)	55 (32.9%)	112 (67.1%)	
อายุ, ปี ^b	61.21 \pm 8.55 *	66.65 \pm 8.56 *	< 0.001
ดัชนีมวลกาย (BMI), kg/m ² ^b	27.03 \pm 4.30 *	26.40 \pm 5.17 *	0.338
เส้นรอบเอว, นิ้ว ^b	35.36 \pm 7.78 *	35.90 \pm 7.21 *	0.586
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน, ปี ^b	10.16 \pm 8.52 *	10.98 \pm 9.54 *	0.504
ระดับความดันโลหิตช่วงบน (SBP), mmHg ^b	135.27 \pm 13.40 *	137.55 \pm 15.74 *	0.254
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C), mg% ^b	7.28 \pm 1.26 *	7.20 \pm 1.26 *	0.666
ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (FBS), mg/dl ^b	142.98 \pm 50.51 *	137.66 \pm 34.15 *	0.322
ระดับไขมันโคเลสเตอรอล (Cholesterol), mg/dl ^b	171.86 \pm 39.50 *	175.33 \pm 31.99 *	0.452
ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride), mg/dl ^b	132.73 \pm 53.90 *	140.66 \pm 71.40 *	0.371
ระดับไขมันเอชดีแอล (HDL), mg/dl ^b	48.60 \pm 11.25 *	48.40 \pm 10.42 *	0.892
ระดับไขมันแอลดีแอล (LDL), mg/dl ^b	107.12 \pm 30.55 *	105.01 \pm 27.98 *	0.583
ระดับค่าครีเอตินีน (Cr), mg/dl ^b	0.92 \pm 0.90 *	0.92 \pm 0.70 *	0.959
ระดับค่าไนโตรเจนจากยูเรีย (BUN), mg/dl ^b	16.12 \pm 10.63 *	16.09 \pm 11.80 *	0.987
ระดับคะแนน HADS (Anxiety) ^b	1.64 \pm 2.31 *	1.49 \pm 2.05 *	0.586
ระดับคะแนน HADS (Depression) ^b	0.82 \pm 1.26 *	0.89 \pm 1.25 *	0.667
ระดับคะแนน HADS (Total) ^b	2.46 \pm 3.28 *	2.38 \pm 2.85 *	0.836
ระดับการศึกษา ^a			
0-5 ปี (%)	5 (6.7%)	70 (93.3%)	< 0.001
6-11 ปี (%)	8 (16.0%)	42 (84.0%)	
12-15 ปี (%)	16 (29.1%)	39 (70.9%)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี (%)	55 (67.1%)	27 (32.9%)	
ระดับอัตราการกรองของไต (GFR), ml/min/1.73m ² ^a			
< 60 ml/min/1.73m ²			
≥ 60 ml/min/1.73m ²	75 (33.9%)	146 (66.1%)	0.184
การใช้ยา empagliflozin ^c	9 (22%)	32 (78.0%)	
ใช้ยา (%)			
ไม่ใช้ยา (%)	3 (100.0%)	0 (0%)	0.032
การใช้ยา Metformin ^a	81 (31.3%)	178 (68.7%)	

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐาน (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มการรู้คิดปกติ (normal) (คะแนน ≥ 25) n = 84	กลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) (คะแนน < 25) n = 178	P-value
ใช้ยา (%)	68 (30.4%)	156 (69.6%)	0.212
ไม่ใช้ยา (%)	16 (42.1%)	22 (57.9%)	
การใช้ยา Glimpiride ^a			
ใช้ยา (%)	0 (0%)	4 (100.0%)	0.309
ไม่ใช้ยา (%)	84 (32.6%)	174 (67.4%)	
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ^a			
ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (%)	74 (31.8%)	163 (68.2%)	1.00
มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (%)	10 (34.8%)	15 (65.2%)	
ออกกำลังกาย ^a			
ไม่ออกกำลังกาย (%)	36 (29.8%)	85 (70.2%)	0.542
ออกกำลังกาย (%)	48 (34.0%)	93 (66.0%)	
ภาวะแทรกซ้อนทางตา ^c			
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (%)	83 (32.3%)	174 (67.7%)	1.000
มีภาวะแทรกซ้อน (%)	1 (20.0%)	4 (80.0%)	
ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง ^c			
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (%)	83 (32.0%)	176 (68.0%)	1.000
มีภาวะแทรกซ้อน (%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	
ภาวะแทรกซ้อนทางไต ^c			
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (%)	83 (32.5%)	172 (67.5%)	0.435
มีภาวะแทรกซ้อน (%)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	
ภาวะแทรกซ้อนทางโรคหัวใจ ^c			
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (%)	83 (32.0%)	176 (68.0%)	1.000
มีภาวะแทรกซ้อน (%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	
การสูบบุหรี่ ^a			
ไม่สูบบุหรี่ (%)	82 (32.5%)	170 (67.5%)	0.509
สูบบุหรี่ (%)	2 (20.0%)	8 (80.0%)	

a = ค่าความแตกต่างทางสถิติของตัวแปรถูกทดสอบด้วย Chi-squared test

b = ค่าความแตกต่างทางสถิติของตัวแปรถูกทดสอบด้วย Independent T test

c = ค่าความแตกต่างทางสถิติของตัวแปรถูกทดสอบด้วย Fisher's exact test

* ค่าที่แสดงในตารางเป็นค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 2 คะแนน MoCA ของผู้ที่มีภาวะ Mild cognitive impairment เปรียบเทียบกับภาวะปกติ

คะแนนแบบคัดกรอง MoCA (คะแนนเต็ม)	กลุ่มการรู้คิดปกติ (normal) n = 84	กลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) n = 178	P-value
Visuospatial/executive ^a (5)	4.45 \pm 0.67	2.67 \pm 1.36	< 0.001
Naming ^a (3)	2.95 \pm 0.21	2.63 \pm 0.73	< 0.001
Attention ^a (6)	5.75 \pm 0.53	4.72 \pm 1.22	< 0.001
Language ^a (3)	2.27 \pm 0.75	1.15 \pm 0.97	0.003
Abstraction ^b (2)	1.45 \pm 0.77	0.58 \pm 0.73	< 0.001
Delayed recall ^a (5)	3.62 \pm 1.20	1.57 \pm 1.46	< 0.001
Orientation ^a (6)	6.00 \pm 0.00	5.94 \pm 0.24	0.020
Total score ^a (30)	26.67 \pm 1.44	19.53 \pm 3.51	< 0.001

ค่าที่แสดงในตารางเป็นค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

P < 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

a = ค่าความแตกต่างทางสถิติของตัวแปรถูกทดสอบด้วย Independent T test

b = ค่าความแตกต่างทางสถิติของตัวแปรถูกทดสอบด้วย Mann-Whitney U test เนื่องจากไม่เป็นการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution)

ตารางที่ 3 ตารางตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ Mild cognitive impairment จากการศึกษา Binary logistic regression

ตัวแปรอิสระ	Adjusted Odds Ratio	95% Confidence Interval		P - Value
		Lower	Upper	
อายุ	1.062	1.024	1.103	0.001
ยา Metformin	2.440	1.005	5.903	0.048
ระดับการศึกษา				0.000
ช่วง 0-5 ปี เทียบกับ ช่วง 6-11 ปี	0.455	0.136	1.521	0.201
ช่วง 0-5 ปี เทียบกับ ช่วง 12-15 ปี	0.212	0.070	0.639	0.006
ช่วง 0-5 ปี เทียบกับ ช่วง ≥ 16 ปี	0.043	0.015	0.122	0.000

ตัวแปรที่เข้าสู่ Binary logistic regression model มีทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ อายุ, ยา Metformin, ยา Empagliflozin, ระดับ eGFR ที่ ≥ 60 ml/min/1.73m² และระดับการศึกษา

ด้านของประสิทธิภาพในการรับข้อมูลที่ไม่เป็นโครงสร้างได้ลดลง จึงเป็นผลให้การทดสอบด้านการรู้คิดลดลงและมีกระบวนการจำยากขึ้น²⁷ และจากการศึกษาของ Rachel Hopkins และคณะ ที่กล่าวว่า การลดลงของ Memory, Attention, Visuospatial/executive มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลรักษาเบาหวานของตนเองที่ลดลง รวมถึงการยินยอมการใช้ยา การกินอาหารและการออกกำลังกายตามคำแนะนำลดลง ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และมีการควบคุมระดับน้ำตาลที่แย่ รวมถึงทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้²⁸

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ Mild cognitive impairment ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ อายุ การใช้ยา Metformin และระดับการศึกษา โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุเพิ่มขึ้น 1 ปีมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะ Mild cognitive impairment มากขึ้นคิดเป็น 1.062 เท่า (95%CI = 1.024 - 1.103) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yun Jeong Lee ในประเทศเกาหลี¹⁴ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 74 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิด Mild cognitive impairment มากกว่ากลุ่มอายุ 65-68 ปี คิดเป็น 3.69 เท่า (95%CI = 1.55-8.82)

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการใช้ยา Metformin มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะ Mild cognitive impairment มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ใช้ยา Metformin คิดเป็น 2.440 เท่า (95%CI = 1.009 - 5.903) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alexandra M.V. Wennberg และคณะ ซึ่งพบว่าการใช้ยา Metformin มีความสัมพันธ์ในการเพิ่มความ

เสี่ยงในการเกิด Mild cognitive impairment 2.75 เท่า (subhazard ratio = 2.75, 95%CI = 1.64 - 4.63) โดยอธิบายจากการใช้ยา Metformin ทำให้เกิด vitamin B12 ลดลง และส่งผลให้เกิดการรู้คิดบกพร่อง²⁹

มีหลักฐานการศึกษาหลายการศึกษาทั้งแบบ cross-sectional study, case report และ randomized control trial ที่สนับสนุนว่ายา metformin สามารถส่งผลในการลดระดับ vitamin B12 โดยอธิบายกลไกของยา metformin ที่ส่งผลให้เกิดการขาด vitamin B12 คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กทำให้กระตุ้นการเจริญเติบโตของแบคทีเรียในลำไส้ ลดการดูดซึมของ vitamin B12 เป็นผลให้เกิดการขาด vitamin B12³⁰

การขาดของ vitamin B12 ทำให้เกิดการรู้คิดบกพร่อง เนื่องจากเกิดการขาดเจ็บของ neuron และ vascular endothelium อีกทั้งยังส่งผลให้การสร้าง neuron และ neurotransmitter บกพร่อง³⁰

ในการศึกษาบางการศึกษาพบว่า การใช้ยา Metformin ให้ผลที่ดีต่อการรู้คิด³¹ และมีการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา Metformin อาจช่วยลดความเสี่ยงการเกิด cognitive decline เนื่องจากมีผลลดการอักเสบในกล้ามเนื้อเรียบ macrophage และ endothelial cell ทำให้เกิดการป้องกัน macrovascular complication³² ซึ่งผลรายงานที่แตกต่างกันนี้ทำให้อาจบอกได้ว่า การใช้ยา Metformin อาจไม่ได้เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกคน การประเมินความเสี่ยงและ

ประโยชน์ของผู้ป่วยรายบุคคลจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น³¹ และอาจยังไม่สามารถบอกได้ว่า การใช้ยา Metformin เป็นสาเหตุหรือผลจากภาวะ Mild cognitive impairment ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์นี้

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับการศึกษาช่วง 12-15 ปี มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะ Mild cognitive impairment น้อยกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับการศึกษาช่วง 0-5 ปี คิดเป็น 0.212 เท่า (95%CI = 0.070 - 0.639) และผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับการศึกษาช่วงที่มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะ Mild cognitive impairment น้อยกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับการศึกษาจำนวน 0-5 ปี คิดเป็น 0.043 เท่า (95%CI = 0.015 -0.122) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wei Li ในประเทศจีน⁶ พบว่า การศึกษาเป็นปัจจัยป้องกันในการเกิดภาวะ Mild cognitive impairment คิดเป็น 0.869 เท่า (95%CI = 0.805 - 0.983)

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ความชุกของภาวะ Mild cognitive impairment และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบความชุกของภาวะ Mild cognitive impairment คือ ร้อยละ 67.4 ซึ่งมากกว่าประเทศอื่น ๆ และพบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด Mild cognitive impairment คือ อายุ และการใช้ยา Metformin อีกทั้งพบว่าระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยป้องกันในการเกิด Mild cognitive impairment และในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มี cognitive domains ที่ลดลงในทุก ๆ ด้านซึ่งส่งผลต่อการดูแลเบาหวานของตนเอง โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะต่อสถานพยาบาล และการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

- โรงพยาบาลอาจมีการจัดช่องทางเพิ่มสำหรับการคัดกรองภาวะ Mild cognitive impairment และภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อ early detection และร่วมกันดูแลผู้ที่เป็นโรค

เบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ อาจมีแนวทางการปฏิบัติต่อจากการคัดกรองความผิดปกติ เช่น แนะนำการควบคุมระดับน้ำตาลที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การควบคุมระดับความดันโลหิต การรับประทานอาหารที่เหมาะสม⁴ และการทำ cognitive training³³ อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับข้อจำกัดทางด้านบุคลากร เครื่องมือ และการแบ่งปันทรัพยากรที่เหมาะสม

- การศึกษาค้างต่อไปอาจพิจารณาการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของระดับ vitamin B12 และขนาดยาและระยะเวลาใช้ยา metformin มีความสัมพันธ์กันอย่างไร

- การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะแบบ cross-sectional study เท่านั้น การศึกษาวิจัยถัดไปอาจติดตามดูความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ Mild cognitive impairment และเบาหวานชนิดที่ 2

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้แปลแบบคัดกรอง Montreal Cognitive Assessment (MoCA) รศ.พญ. โสฬพัทธ์ เหมรัฐชโรจน์ ผู้พัฒนาแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Thai Mental State Examination (TMSE) รศ.พญ. วรพรรณ เสนาณรงค์ และผู้พัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ผศ.นพ.ธนา นิลชัยโกวิท ที่นำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Diabetes [Internet]. WHO. 2020 June [cited 2021 Feb 26]. Available from : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. กรมควบคุมโรค; สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, กลุ่มโรคไม่ติดต่อ. ประเด็นสารณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2561. ประเทศไทย : สำนักโรคไม่ติดต่อ; 2561
3. Mori Y, Futamura A, Murakami H, Kohashi K, Hirano T, Kawamura. Increased detection of mild cognitive impairment with type 2 diabetes mellitus using the Japanese version of the Montreal Cognitive Assessment: Apilot study. *Neurol Clin Neurosci* 2015; 3: 89-93
4. Munshi MN. Cognitive Dysfunction in Older Adults With Diabetes: What a Clinician Needs to Know. *Diabetes Care* 2017; 40(4): 461-467
5. Biessels GJ, Despa F. Cognitive decline and dementia in diabetes: mechanisms and clinical implications. *Nat Rev Endocrinol* 2018;14(10): 519-604
6. Li W, Sun L, Li G, Xiao S. Prevalence, Influence Factors and Cognitive Characteristics of Mild Cognitive Impairment in Type 2 Diabetes Mellitus. *Front Aging Neurosci* 2019; 11:180. doi: 10.3389/fnagi.2019.00180. PMID: 31417393; PMCID: PMC6682644.
7. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977
8. Portet F, Ousset PJ, Visser PS, Frisoni GB, Nobili F, Scheltens Ph, et al. Mild cognitive impairment (MCI) in medical practice: a critical review of the concept and new diagnostic procedure. Report of the MCI Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77(6):714-718.
9. Niu M, Yin F, Liu L, Fang Y, Xuan X, Wu G. Non-high-densitylipoprotein cholesterol and other risk factor of mild cognitive impairment among Chinese type 2 diabetic patients. *J Diabetes Complications* 2013; 27(5): 443-446.
10. Goa Y, Xiao Y, Miao R, Zhao J, Cui M, Huang G, et al. The prevalence of mild cognitive impairment with type 2 diabetes mellitus among elderly people in China: A cross-sectional study. *Arch Gerontol Geriat* 2016; 62:138-142.
11. Lalithambika CV, Arun CS, Saraswathy LA, Bhaskaran R. Cognitive Impairment and its Association with Glycemic Control in Type 2 Diabetes Mellitus Patients. *Indian J of Endocrinol Metab* 2019; 23(3):353-356.
12. Germert TV, Wolwer W, Weber KS, Hoyer A, Strassburger K, Bohnau N, et al. Cognitive Function Is Impaired in Patients with Recently Diagnosed Type 2 Diabetes, but Not Type 1 Diabetes. *J Diabetes Res* 2018;1470476. doi: 10.1155/2018/1470476. PMID: 30159333; PMCID: PMC6109580.
13. Gorska-Ciebiada M, Saryusz-Wolska M, Ciebiada M, Loba J. Mild Cognitive Impairment and Depressive Symptoms in Elderly Patients with Diabetes : Prevalence, Risk Factors, and Comorbidity. *J Diabetes Res* 2014; 2014:179648. doi: 10.1155/2014/179648. Epub 2014 Nov 9. PMID: 25431771; PMCID: PMC4241577.
14. Lee YJ, Kang HM, Kim NK, Yang JY, Noh JH, Ko KS, et al. Factors Associated for Mild Cognitive Impairment in Older Korean Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Metab J* 2014;38(2):150-157.
15. Albai O, Frandes M, Timar R, Roman D, Timar B. Risk factors for developing dementia in type 2 diabetes mellitus patients with mild cognitive impairment. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019; 15:167-175.
16. Robert RO, Geda YE, Knopman DS, Cha RH, Pankratz VS, Boeve BF, et al. The incidence of MCI differs bu subtype and is higher in men: the Mayo Clinic study of aging. *Neurology* 2012; 78:342-351
17. Alaama T, Baskeikh M, Khiyami A, Mutwalli M, Batawi S, Watfa G. Diabetes status is associated with poor cognitive performance in Saudi population at high metabolic risk. *J Aging Res Clin Pract* 2016; 5(4):170-174

18. Blanquisco L, Abejero JE, Ii BB, Trajano-Acampado L, Cenina A, Santiago D. Factors Associated with Mild Cognitive Impairment among Elderly Filipinos with Type 2 Diabetes Mellitus. *J ASEAN Fed Endocr Soc* 2017; 32(2):145-150
19. Biessels GJ, Whitmer RA. Cognitive dysfunction in diabetes: how to implement emerging guidelines. *Diabetologia* 2020; 63:3-9
20. McMillan JM, Mele BS, Hogan DB, Leung AA. Impact of pharmacological treatment of diabetes mellitus on dementia risk: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2018; 6
21. จักรกริช กล้าผจญ. การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษา. ใน: จักรกริช กล้าผจญ. บรรณารักษ์. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. เชียงใหม่: สุทธิการพิมพ์; 2549: 69-90
22. ตรนรินทร์ กาญจนะโนนพิณิจ, สุวิทย์ เจริญศักดิ์, ฐิติวี แก้วพรสวรรค์. การศึกษาคุณสมบัติการวัดของแบบคัดกรอง Cognistat ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2557;59(4):409-418
23. Tangwongchai S, Charernboon T, Phanasathit M, Akkayagorn L, Hemrungronj S, Phanthumchinda K, et al. The Validity of Thai version of The Montreal Cognitive Assessment (MoCA-T). *Dement Neuropsychol* 2009;3(2):172
24. Alagiakrishnan K, Zhou N, Mereu L, Senior P, Senthilselvan A. Montreal Cognitive Assessment Is Superior to Standardized Mini-Mental Status Exam in Detecting Mild Cognitive Impairment in the Middle-Aged and Elderly Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Biomed Res Int* 2013.
25. มาโนช หล่อตระกูล. บทที่ 31 เครื่องมือประเมินปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. บริษัท เรดิเอชั่น จำกัด; 2544
26. วนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2539;41(1):18-30
27. Koekkoek PS, Kappelle LJ, Berg Evd, Rutten GEHM, Biessels GJ. Cognitive function in patients with diabetes mellitus : guidance for daily care. *Lancet Neurol* 2015; 14:329-340
28. Hopkins R, Shaver K, Weinstock RS. Management of Adults With Diabetes and Cognitive Problems. *Diabetes Spectr* 2016; 29(4):224-237
29. Wennberg AMV, Hagen CE, Edwards K, Roberts RO, Machulda MM, Knopman DS, et al. Association of antidiabetic medication use, cognitive decline, and risk of cognitive impairment in older people with type 2 diabetes: Results from the population-based Mayo Clinic Study of Aging. *Int J Geriatr Psychiatry* 2018; 33(8):1114-20
30. Kibirige D, Mwebaze R. Vitamin B12 deficiency among patients with diabetes mellitus: is routine screening and supplementation justified?. *J Diabetes Metab Disord* 2013; 12:17
31. Chaudhari K, Reynolds CD, Yang SH. Metformin and cognition from the perspectives of sex, age, and disease. *Geroscience* 2020; 42:97-116
32. Ng TP, Feng L, Yap KB, Lee TS, Tan CH, Winblad B. Long-Term Metformin Usage and Cognitive Function among Older Adults with Diabetes. *J Alzheimers Dis* 2014; 41(1):61-68
33. Bahar-Fuchs A, Barendse MEA, Bloom R, Ravona-Springer R, Heymann A, Dabush H, et al. Computerized Cognitive Training for Older Adults at Higher Dementia Risk due to Diabetes: Findings From a Randomized Controlled Trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2020; 75(4):747-54

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ

Received: January 17, 2021; Revised: February 15, 2021; Accepted: March 9, 2021

แพทย์หญิงสุพิชา พวงสมบัติวนิช
แพทย์ประจำบ้าน
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
อีเมล: supipa1412@yahoo.com

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างความสามารถของสมองปกติตามอายุกับภาวะสมองเสื่อม ภาวะนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ทั้งนี้พบว่าปัญหาการนอนหลับสัมพันธ์กับการเสื่อมของระบบประสาท

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับและภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ

แบบวิจัย: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง

วัสดุและวิธีการ: ศึกษาในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มาคลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2563 โดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับภาษาไทย และ 3) แบบทดสอบประเมินความสามารถของสมอง Montreal Cognitive Assessment (MoCA test) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ multivariate logistic regression (p-value<0.05)

ผลการศึกษา: ผู้ร่วมงานวิจัย 275 คน มีความชุกของภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 60.4 มีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี ร้อยละ 53.8 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความสามารถของสมองบกพร่องในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญคือ คุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี (adjusted OR 8.23, 95% CI; 3.76-18.01) และระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี (adjusted OR 4.65, 95% CI; 1.95-11.05) ขณะที่พฤติกรรมการดื่มชา/กาแฟเป็นบางโอกาสหรือดื่มประจำ (adjusted OR 0.32; 95% CI; 0.13-0.81) มีความสัมพันธ์ในเชิงป้องกัน

สรุป: คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะนี้ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับ ควรตระหนักถึงและคัดกรองภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพการนอนหลับ, ภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย, ผู้สูงอายุ, ความชุก

ORIGINAL ARTICLE

The Association between Sleep Quality and Mild Cognitive Impairment in Older Adults

Received: January 17, 2021; **Revised:** February 15, 2021; **Accepted:** March 9, 2021

Abstract

Background: Mild cognitive impairment (MCI) is the condition between normal brain aging and dementia. However, MCI can increase the risk of developing dementia. At present, there is much evidence that sleep problems are associated with neurodegenerative disorders.

Objective: To study the association between sleep quality and mild cognitive impairment in older adults

Design: An analytical cross-sectional study

Materials and Method: This study was performed in the Department of Family Medicine and Outpatient Services, Phramongkutklao Hospital with patients who were 60 years old or older. Data were collected from August 2020-October 2020. The participants completed three questionnaires: 1) Demographic data form 2) The Pittsburgh Sleep Quality Index: PSQI Thai version and 3) Montreal Cognitive Assessment: MoCA test Thai version. Factors associated with MCI were analyzed by multivariate logistic regression (p -value <0.05).

Results: There were 275 persons, recruited in this study. The prevalence of mild cognitive impairment was 60.4%, and 53.8% of the participants were found to have poor sleep quality. The significant risk factors related to mild cognitive impairment were the poor sleep quality (adjusted OR 8.23, 95% CI; 3.76-18.01, p -value < 0.001) and education level lower than bachelor's degree (adjusted OR 4.65, 95% CI; 1.95-11.05, p -value = 0.001). Occasional or frequent tea/coffee drinking (adjusted OR 0.32; 95% CI; 0.13-0.81, p -value = 0.017) was associated with a protective effect.

Conclusions: Sleep quality had a strong association with this condition. Therefore, healthcare providers should be concerned about screening for cognition in patients who presented with sleep problems.

Keywords: sleep quality, mild cognitive impairment, older adults, prevalence

Supipa Puangsombatwanit MD.

Family Medicine Resident,
Department of Family Medicine
Phramongkutklao Hospital
E-mail: supipa1412@yahoo.com

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2562 พบว่าประเทศไทย มีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศ¹ และกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ดังนั้นปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายจึงเพิ่มขึ้นตามมา

ภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment: MCI หรือ minor neurocognitive disorder) เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของความสามารถทางสมองตามอายุปกติ และภาวะสมองเสื่อม (dementia หรือ major neurocognitive disorder) ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีหลักฐานการบกพร่องของความสามารถทางสมองจากเดิม โดยที่ผู้ป่วยยังมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเป็นปกติ^{2,3} สำหรับประเทศไทยได้มีการศึกษาถึงความชุกของภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้ Thai-mental status examination พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย 21 %⁴ ซึ่งจากการศึกษาของ Rosebud O. Roberts และคณะ⁵ พบว่า ภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษา จะมีโอกาสกลายเป็นภาวะสมองเสื่อมได้ถึง 42.5% ภายใน 5 ปี

เนื่องจากภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย ผู้ป่วยยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ และการ

ประเมินภาวะนี้ด้วยแบบทดสอบมาตรฐาน จำเป็นต้องใช้เวลาและความเชี่ยวชาญในการใช้ทดสอบ ทำให้ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการประเมินและวินิจฉัยได้ทัน จนเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมในที่สุด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคม อย่างไรก็ตาม มีหลายงานวิจัย พบว่า ความผิดปกติด้านการนอนหลับเป็นอาการแสดงเริ่มต้นของโรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท⁶ และการนอนหลับที่ไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะความสามารถของสมองเสื่อมถอยลง และโรคอัลไซเมอร์⁷

จากข้อมูลข้างต้น ทำให้เห็นว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของสมองในผู้สูงอายุได้ และเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาอย่างชัดเจนในประเทศไทย งานวิจัยนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ ซึ่งการค้นพบคุณภาพการนอนที่ไม่ดี และ/หรือมีภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยตั้งแต่เริ่มต้น รวมถึงทราบความสัมพันธ์ระหว่างกัน อาจช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจนนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในอนาคตได้

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาดังนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytic study) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

กลุ่มประชากรตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มาคลินิกตรวจโรค

เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า

หลักเกณฑ์คัดเข้า

- ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มา
คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- ผู้ที่สามารถอ่านออก เข้าใจ และ
สื่อสารภาษาไทยได้
- ผู้ที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการเก็บ
ข้อมูลงานวิจัย

หลักเกณฑ์คัดออก

- ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเกี่ยวกับภาวะ
ความสามารถของสมองผิดปกติมา
ก่อน
- ผู้ที่มีโรคประจำตัวทางจิตเวชที่มีผล
ต่อสมาธิและความจำ เช่น โรคซึม
เศร้า โรควิตกกังวล
- ผู้ป่วยติดเตียง หรือไม่สามารถดำเนิน
กิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานได้
- ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือภาวะ
วิกฤต

จากการคำนวณ จะได้ขนาด
ตัวอย่างอย่างน้อย 255 คน⁴ และเพื่อ
ป้องกันความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล จึง
เพิ่มขนาดตัวอย่าง เป็น 275 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

• แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

และข้อมูลด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ
การสมรส ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วน
สูง โรคประจำตัว การออกกำลังกาย
พฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์
พฤติกรรมการดื่มชา/กาแฟ พฤติกรรม
การสูบบุหรี่/ยาเส้น

• แบบสอบถามประเมิน

คุณภาพการนอนหลับ The
Pittsburgh Sleep Quality Index
(PSQI) ฉบับภาษาไทย ได้รับการแปล
โดย ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ และ
วรัญ ตันชัยสวัสดิ์ โดยมีค่าความไว
เท่ากับร้อยละ 89.6 และค่าความจำเพาะ
เท่ากับร้อยละ 86.5 คำถามแบ่งเป็น 7
องค์ประกอบ ได้แก่ คุณภาพการนอน
หลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาในการเข้านอน
ระยะเวลาที่นอนหลับ ประสิทธิภาพการ
นอนหลับ ปัญหาการนอนหลับ
การใช้ยานอนหลับ และผลกระทบในช่วง
กลางวัน โดยให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
เป็นผู้ประเมินการนอนหลับของตนเอง
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งมีแพทย์ผู้
ดำเนินโครงการ 1 คน เป็นผู้แปลผล
คะแนนที่ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน
หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับโดย
รวมดีกว่า คะแนนที่สูงกว่า 5 คะแนน
หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับโดย
รวมไม่ดี⁸

• แบบทดสอบประเมินการ

ทำงานของสมอง Montreal
Cognitive Assessment (MoCA test)
ฉบับภาษาไทย พัฒนาเป็นภาษาไทย
โดย โสฬพัทธ์ เหมรัญโรจน์ สำหรับ
ภาวะความสามารถของสมองบกพร่อง
เล็กน้อย มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 80
และค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 80
โดยแบบทดสอบจะประเมินหน้าที่ของ
cognition ดังนี้ ความตั้งใจ สมาธิ
การบริหารจัดการ ความจำ ภาษา
visuoconstructional skills ความคิด
รวบยอด การคิดคำนวณ และการรับรู้
สภาวะรอบตัว โดยมีแพทย์ที่มี
ประสบการณ์การใช้แบบประเมิน 1 คน

เป็นผู้ดำเนินการทดสอบให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผล คะแนนตั้งแต่ 25 ขึ้นไปจึงจะถือว่าปกติ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 ถือว่า มีความสามารถของสมองบกพร่อง⁹

การเก็บข้อมูล

เมื่อโครงการผ่านการรับรองด้านจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก รหัส RO05q/63 และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในการเก็บข้อมูลแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนเป็นรายบุคคลตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มาคลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2563 ถึง 31 ตุลาคม 2563 มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และได้ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ จำนวน 275 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง และบันทึกในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA/MP 12 จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังนี้

- การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อมูลด้านคุณภาพการนอนหลับ ใช้สถิติเชิงพรรณนา กรณีสถิติเชิงกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงปกติ แสดงด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- การวิเคราะห์ความชุกของภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย แสดงเป็นร้อยละ และ 95% confidence interval

- การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม ใช้ Independent Sample t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ (continuous data) และ Chi-square test สำหรับ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (categorical data) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

- การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย ด้วยสถิติ Univariate logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญ 0.02 และนำมาพิจารณาด้วย Multivariate logistic regression นำเสนอ Adjusted odds ratio และ 95% confidence interval ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 275 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.41 ± 5.45 ปี เป็นเพศหญิง 158 คน (ร้อยละ 57.5) ส่วนใหญ่สถานภาพการสมรส คือแต่งงาน (ร้อยละ 66.9) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 75 คน (ร้อยละ 27.3) มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เท่ากับ 25.08 ± 3.85 กิโลกรัม/เมตร² โดยผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวทั้งสิ้น 261 คน (ร้อยละ 94.9) ออกกำลังกาย 184 คน (ร้อยละ 66.9) ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 59.3) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 81.1) ดื่มชา/กาแฟเป็นประจำ (ร้อยละ 48.4)

ข้อมูลด้านความสามารถของสมอง

ด้านความสามารถของสมอง พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย 166 คนคิดเป็นความชุกเท่ากับ ร้อยละ 60.4 (95%CI: 54.5–66.0) และมีคะแนนเฉลี่ย MoCA เท่ากับ 23.3 ± 3.15 คะแนน (ดังตารางที่ 1)

ข้อมูลด้านการนอนหลับ

ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับดี 177 คน (ร้อยละ 64.4) โดยส่วนใหญ่ใช้เวลาเข้านอนน้อยกว่า 30 นาที (ร้อยละ 52.7) แต่นอนได้น้อยกว่า 7 ชั่วโมง/คืน (ร้อยละ 58.2) ผู้สูงอายุ 173 คน (ร้อยละ 62.9) นอนหลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมาก (ร้อยละ 69.8) ถูกรบกวนการนอนหลับจากการตื่นมาปัสสาวะ โดยส่วนน้อยมีการใช้ยานอนหลับมากกว่าเท่ากับ 3 ครั้ง/สัปดาห์ (ร้อยละ 3.3) และมีผลกระทบช่วงกลางวันจากปัญหาการนอนหลับเล็กน้อย 127 คน (ร้อยละ 46.2)

เมื่อวิเคราะห์คุณภาพการนอนหลับโดยรวมพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 148 คน คิดเป็นความชุกเท่ากับร้อยละ 53.8 มีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี (ดังตารางที่ 2)

ข้อมูลด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย

จากการศึกษานี้พบว่า ระดับการศึกษา พฤติกรรมการดื่มชา/กาแฟ และคุณภาพการนอนหลับโดยรวม มีความสัมพันธ์กับภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) (ดังตารางที่ 3)

เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ แล้ว พบว่าคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี (adjusted OR 8.23, 95%CI: 3.76–18.01, $p\text{-value} < 0.001$) และระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี (adjusted OR 4.65, 95%CI: 1.95–11.05, $p\text{-value} = 0.001$) มีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มความเสียหายในการเกิดภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่พฤติกรรมการดื่มชา/กาแฟบางโอกาส หรือดื่มเป็นประจำ (adjusted OR 0.32, 95%CI: 0.13–0.81, $p\text{-value} = 0.017$) มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันการเกิดภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ข้อมูลการประเมินภาวะความสามารถของสมองบกพร่อง

ลักษณะ	จำนวน (n = 275)	ร้อยละ
ภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย		
ไม่เป็น (MoCA score \geq 25)	109	39.6
เป็น (MoCA score $<$ 25)	166	60.4
(MoCA score min = 13, max = 30, mean \pm SD: 23.3 \pm 3.15)		

หมายเหตุ: MoCA; Montreal Cognitive Assessment

ตารางที่ 2 ข้อมูลคุณภาพการนอนหลับ

ลักษณะ	จำนวน (n = 275)	ร้อยละ
คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา		
ดีมาก	17	6.2
ดี	177	64.4
ไม่ค่อยดี	78	28.3
ไม่ได้เลย	3	1.1
ระยะเวลาในการเข้านอน		
น้อยกว่า 30 นาที	145	52.7
มากกว่าเท่ากับ 30 นาที	130	47.3
ระยะเวลาที่นอนหลับ		
มากกว่าเท่ากับ 7 ชั่วโมง	115	41.8
น้อยกว่า 7 ชั่วโมง	160	58.2
ประสิทธิภาพการนอนหลับ		
มากกว่าเท่ากับ 85%	173	62.9
75-84%	47	17.1
65-74%	29	10.5
น้อยกว่า 65%	26	9.5
มีปัญหาการนอนหลับ		
ถูกรบกวนการนอนหลับจากการตื่นขึ้นมาปัสสาวะกลางคืน	192	69.8
การใช้ยานอนหลับ		
ไม่ใช้	178	64.7
ใช้น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	65	23.6
ใช้ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	23	8.4
ใช้มากกว่าเท่ากับ 3 ครั้ง/สัปดาห์	9	3.3
ผลกระทบช่วงกลางวันที่เกิดจากปัญหาการนอนหลับ		
ไม่มีผลกระทบ	141	51.3
มีผลกระทบเล็กน้อย	127	46.2
มีผลกระทบปานกลาง	7	2.5
คุณภาพการนอนหลับโดยรวม		
ดี (score <= 5)	127	46.2
ไม่ดี (score > 5)	148	53.8

(PSQI score min=0, max=16, mean±SD = 6.39±3.38)

หมายเหตุ: PSQI; The Pittsburgh Sleep Quality Index

อภิปรายผล

ความซุกของภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ

การศึกษานี้พบว่า ความซุกของภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ ที่มาคลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เท่ากับร้อยละ 60.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jiranan Griffiths และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาความซุกของ

ภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบททางภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า มีความซุกเท่ากับ ร้อยละ 71.4 นอกจากนี้ยังใกล้เคียงกับการศึกษาของ Akekalak Sangsirilak¹¹ ที่พบ ความซุกของภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องในผู้สูงอายุจังหวัดยโสธร เท่ากับร้อยละ 64.3 จากการศึกษาต่างๆ ทำให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีความซุกของภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย มากกว่าร้อยละ 50 ซึ่ง

ตารางที่ 3 ข้อมูลปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย

ปัจจัย	Non-MCI (n = 109)	MCI (n = 166)	X ² or t	p-value
อายุ (mean±SD)	67.44±6.03	67.40±5.06	0.06	0.949
อายุแบ่งตามช่วง				
60 – 69 ปี	79 (41.1%)	113 (58.9%)		
70 – 79 ปี	26 (35.1%)	48 (64.9%)	0.90	0.639
80 ปี ขึ้นไป	4 (44.4%)	5 (55.6%)		
เพศ				
หญิง	61 (38.6%)	97 (61.4%)	0.16	0.685
ชาย	48 (41.0%)	69 (59.0%)		
สถานภาพการสมรส				
โสด	9 (36.0%)	16 (64.0%)	0.65	0.723
แต่งงาน	76 (41.3%)	108 (58.7%)		
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	24 (36.4%)	42 (63.6%)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	0 (0.0%)	5 (100.0%)	31.29	<0.001*
ประถมศึกษา	15 (21.4%)	55 (78.6%)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	16 (33.3%)	32 (66.7%)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า	30 (41.1%)	43 (58.9%)		
ปริญญาตรี	44 (58.7%)	31 (41.3%)		
สูงกว่าปริญญาตรี	4 (100.0%)	0 (0.0%)		
ดัชนีมวลกาย (mean±SD)	25.26±4.09	24.96±3.69	0.62	0.533
มีโรคประจำตัว	104 (39.8%)	157 (60.2%)	0.10	0.758
โรคเบาหวาน	25 (37.3%)	42 (62.7%)	0.20	0.655
โรคความดันโลหิตสูง	85 (37.8%)	140 (62.2%)	1.79	0.181
โรคไขมันในเลือดสูง	85 (40.7%)	124 (59.3%)	0.39	0.533
โรคไตวายเรื้อรัง	4 (30.8%)	9 (69.2%)	0.45	0.503
โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ	1 (100%)	0 (0.0%)	1.53	0.216
การออกกำลังกาย	70 (38.0%)	114 (62.0%)	0.59	0.443
ระยะเวลาในการออกกำลังกาย/สัปดาห์				
ออกกำลังกายน้อยกว่า 60 นาที	4 (44.4%)	5 (55.6%)	2.28	0.516
ออกกำลังกาย 61-120 นาที	20 (30.8%)	45 (69.2%)		
ออกกำลังกาย 121-180 นาที	11 (42.3%)	15 (57.7%)		
ออกกำลังกายมากกว่า 180 นาที	35 (41.7%)	49 (58.3%)		
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	64 (39.3%)	99 (60.7%)	1.21	0.751
เคยดื่มแอลกอฮอล์ (ปัจจุบันไม่ดื่ม)	15 (34.1%)	29 (65.9%)		
ดื่มแอลกอฮอล์บ้างโอกาส	28 (43.8%)	36 (56.3%)		
ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	2 (50.0%)	2 (50.0%)		
พฤติกรรมการดื่มชา/กาแฟ				
ไม่ดื่มชา/กาแฟ	16 (22.5%)	55 (77.5%)	13.73	0.003*
เคยดื่มชา/กาแฟ (ปัจจุบันไม่ดื่ม)	3 (50.0%)	3 (50.0%)		
ดื่มชา/กาแฟบางโอกาส	25 (38.5%)	40 (61.5%)		
ดื่มชา/กาแฟเป็นประจำ	65 (48.9%)	68 (51.1%)		
พฤติกรรมการสูบบุหรี่/ยาเส้น				
ไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น	87 (39.0%)	136 (61.0%)	0.94	0.626
เคยสูบบุหรี่/ยาเส้น (ปัจจุบันไม่สูบ)	18 (40.0%)	27 (60.0%)		
สูบบุหรี่/ยาเส้น	4 (57.1%)	42.9 (42.9%)		
คุณภาพการนอนหลับโดยรวม				
ดี	79 (62.2%)	48 (37.8%)	50.24	< 0.001*
ไม่ดี	30 (20.3%)	118 (79.7%)		

หมายเหตุ: MCI; Mild cognitive impairment, X²; Chi-square test, t; Independent sample t-test

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเกิดภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ

ปัจจัย	Adjusted Odd ratio	95% CI	p-value
คุณภาพการนอนหลับโดยรวม			
ดี (Good sleep quality)	1		
ไม่ดี (Poor sleep quality)	8.23	3.76 – 18.01	<0.001*
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	4.65	1.95 – 11.05	0.001*
ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	1		
พฤติกรรมการศึกษา/กาแฟ			
ไม่ดื่ม/เคยดื่มแต่ปัจจุบันหยุดดื่มแล้ว	1		
ดื่มบางโอกาส/ดื่มเป็นประจำ	0.32	0.13 – 0.81	0.017*

หมายเหตุ: วิเคราะห์โดย Multivariate logistic regression

หากไม่ได้รับการประเมินและดูแลรักษา จะมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ และจบการศึกษา ระดับปริญญาตรี จึงอาจเป็นส่วนที่ทำให้ ความชุกของภาวะความสามารถของสมอง บกพร่องเล็กน้อยต่ำกว่าการศึกษาอื่นได้

คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า ความชุก ของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี คือร้อยละ 53.8 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Weerakorn Thichumpa และคณะ¹² รวมถึงการศึกษาของ Rosdinom Razali และคณะ¹³ ที่พบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 44 และร้อยละ 47.2 (ตามลำดับ) มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีเช่นกัน

ทั้งนี้เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ Suprachiasmatic nucleus (SCN) เสื่อมลง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของนาฬิกาชีวิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้ระยะเวลาในการเข้านอนที่นานขึ้น รวมถึงการหลั่งฮอร์โมน Melatonin ที่ลดลง ผู้สูงอายุจึงพบปัญหา การนอนหลับเพิ่มมากขึ้น¹⁴ นอกจากนี้เมื่ออายุมากขึ้น ทำให้มีโรคประจำตัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุ ให้ผู้สูงอายุต้องลุกมาเข้าห้องน้ำกลางคืน

จนกระทบกับการนอนหลับ โดยการศึกษาที่ พบว่า มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 69.8 ที่ถูกรบกวนการนอนหลับจากการตื่นขึ้นมา บัสสาวะตอนกลางคืน อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในงานวิจัยนี้มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 94.9) จึงอาจส่งผลให้ พบความชุกของคุณภาพการนอนหลับไม่ดี สูงกว่าการศึกษาอื่นได้

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับ และภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า คุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี มีความสัมพันธ์ต่อ ความเสี่ยงในการเกิดภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shanna L Burke และคณะ¹⁵ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย (HR = 1.36; 95% CI; 1.11-1.67) อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน และใกล้เคียงกับการศึกษาของ Yue Jirong และคณะ¹⁶ ที่พบว่า คุณภาพการนอนหลับไม่ดี เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อม (adjusted OR 1.759, 95%CI; 1.012-3.057)

เนื่องจากปัญหาการนอนหลับ ส่วนหนึ่ง มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative disorders)⁶ ซึ่งภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยและภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่นั้นมีสาเหตุจากการเสื่อมของระบบประสาทเช่นกัน ดังนั้นปัญหาในการนอนหลับ จึงมีความสัมพันธ์กับภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ในร่างกาย จึงพบทั้งปัญหาด้านการนอนหลับ และภาวะความสามารถของสมองบกพร่องได้มาก

ปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย

ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรีมีความสัมพันธ์กับภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zijun Xu และคณะ¹⁷ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่การศึกษาน้อยกว่าเท่ากับ 6 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความสามารถของสมองบกพร่อง 2.37 เท่า (HR 2.37, 95% CI: 1.29-4.34) เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษามากกว่า 6 ปี

เนื่องจากการศึกษาเป็นส่วนหนึ่ง ที่ช่วยกระตุ้นการพัฒนาความสามารถของสมอง และสร้างเสริมประสบการณ์ด้านการจัดการกับสถานการณ์ที่ซับซ้อน ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่น้อยจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยมากขึ้น

พฤติกรรมการดื่มชา/กาแฟ ใน การศึกษานี้พบว่า การดื่มชา/กาแฟบาง

โอกาส หรือดื่มเป็นประจำ เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของ F. PANZA และคณะ⁸ ที่พบว่า กลุ่มที่ดื่ม ชา กาแฟ หรือคาเฟอีน มีความสามารถของสมองบกพร่องน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่ม และใกล้เคียงกับการศึกษาของ Vincenzo Solfrizzi และคณะ¹⁹ ที่พบว่า การดื่มกาแฟ 1-2 แก้ว/วัน ช่วยลดการเกิดภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย (HR 0.31 95% CI; 0.13 to 0.75) อย่างมีนัยสำคัญ

ทั้งนี้เนื่องจากคาเฟอีน เป็นสารที่ออกฤทธิ์กระตุ้นจิตประสาท (Psychoactive stimulant) กระตุ้น Cholinergic neurons จึงทำให้เกิดการตื่นตัว เพิ่มความจดจ่อ ส่งผลให้ความสามารถของสมองดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ผลการกระตุ้นประสาทกระทบต่อการนอนหลับด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อาจใช้เวลามากกว่าในการกำจัดคาเฟอีนจากร่างกาย อาจทำให้ใช้เวลาในการเข้านอนนานขึ้น แต่เนื่องจากผู้เข้าร่วมงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่ดื่มชา/กาแฟในช่วงเช้า ปริมาณ 1 แก้วเป็นหลัก จึงอาจมีผลต่อการนอนหลับน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ดื่มมากกว่า 1 แก้วหรือดื่มในช่วงใกล้เวลาเข้านอน

จุดแข็งและข้อจำกัดของงานวิจัย

จุดแข็งของงานวิจัย: เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย MoCA test มีความไว และความเฉพาะต่อภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยสูง ทำให้สามารถประเมินความชุกของภาวะนี้ได้แม่นยำมากยิ่งขึ้น รวมถึงมีการศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ ซึ่งตรงกับปัญหาที่พบ

บ่วย และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเวชปฏิบัติจริง สามารถนำไปศึกษาต่อยอดได้

ข้อจำกัดของงานวิจัย: งานวิจัยนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถบอกความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการเกิดภาวะความสามารถของสมองบกพร่องได้ และกลุ่มประชากรที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษามากกว่าระดับประถมศึกษา อาจทำให้มีผลต่อการประเมินความสามารถของสมอง จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนผู้สูงอายุทั้งหมดได้

การนำข้อมูลในงานวิจัยไปใช้

ภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากอาการแสดงน้อย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที จนกลายเป็นภาวะสมองเสื่อมในที่สุด นอกจากนี้แบบประเมินที่เป็นมาตรฐานค่อนข้างทำยาก และใช้เวลาในการทดสอบ จึงทำให้ไม่สามารถประเมินในผู้สูงอายุได้ทุกคน งานวิจัยนี้ทำให้เห็นว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นถึงแม้ผู้สูงอายุจะไม่ได้มาตรวจ หรือมีปัญหาด้านความจำ การสอบถามถึงคุณภาพการนอนหลับซึ่งทำได้ง่าย อาจช่วยให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยได้ก่อน นำไปสู่การทดสอบและการดูแลรักษาได้เร็วกว่าเดิม

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป

การศึกษาต่อยอดควรมีการศึกษาคุณภาพการนอนหลับที่เป็นการตรวจร่างกาย หรือทางห้องปฏิบัติการ (Objective testing) ร่วมด้วย นอกจากนี้จะ

ช่วยให้ประเมินคุณภาพการนอนหลับได้ชัดเจนยิ่งขึ้นแล้ว ยังช่วยหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความสามารถของสมองบกพร่อง เช่น ไทรอยด์พร่อง เป็นต้น ได้อีกด้วย

ทั้งนี้เพื่อให้ทราบทิศทางของความสัมพันธ์ที่ชัดเจน ควรมีรูปแบบงานวิจัยที่เหมาะสม เช่น cohort study และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแทนประชากรเป้าหมายได้ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ควรศึกษาจากงานวิจัยที่เหมาะสมกับประชากรที่สนใจ และมีความเป็นปัจจุบัน การศึกษาในประชากรจำนวนมากขึ้น และหลากหลาย เช่น ศึกษาในประชากรที่ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มวัยทำงาน จะช่วยให้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของคุณภาพการนอนหลับ และภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยได้มากยิ่งขึ้น

สรุป

ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 มีภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย และส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี โดยพบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการเกิดภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อย ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับ จึงควรตระหนักถึงและคัดกรองภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พันโทหญิง พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ และอาจารย์กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทุกท่านที่สนับสนุนในการทำงานวิจัยฉบับนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว และผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่ช่วยในงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามอายุ เพศ และจังหวัด พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563[วันที่เข้าถึง 12 ธันวาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
2. American Psychiatric Association. Neurocognitive Disorder. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. 2013;591-643.
3. วลี รัตนวัตร, ดาวชมพู นาคะวีโร, ภัทรพร วิสาจันทร์. ความชุกของภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเล็กน้อยในบุคลากรโรงพยาบาลช่วงวัยก่อนเกษียณ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561;63(1):55-64.
4. Senanarong V, Harnphadungkit K, Pongvarin N, Vannasaeng S, Chonwisal S, Chakorn T, et al. The dementia and disability project in Thai elderly: rational, design, methodology and early results. BMC neurol 2013; 13:3.
5. Roberts RO, Knopman DS, Mielke MM, Cha RH, Pankratz VS, Christianson TJ, et al. Higher risk of progression to dementia in mild cognitive impairment cases who revert to normal. Neurology 2014; 82:317-325.
6. Postuma RB, Gagnon JF, Vendette M, Fantini ML, Massicotte-Marquez J, Montplaisir J, et al. Quantifying the risk of neurodegenerative disease in idiopathic REM sleep behavior disorder. Neurology 2009;72(15):1296-1300.
7. Spira AP, Chen-Edinboro LP, Wu MN, Yaffe K. Impact of Sleep on the Risk of Cognitive Decline and Dementia. Curr Opin Psychiatry 2014;27(6):478-483.
8. ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, วรัญ ตันชัยสวัสดิ์. ปัญหาคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540;42(3):123-132.
9. Hemrungronj S. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Thai version [Internet]. 2007[cited 2019 Nov 27]. Available from: http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCATest-Thai.pdf
10. Griffiths J, Thaikruea L, Wongpakaran N, Munkhetvit P. Prevalence of Mild Cognitive Impairment in Rural Thai Older People, Associated Risk Factors and their Cognitive Characteristics. Dement Geriatr Cogn Disord Extra 2020;10: 38-45.
11. Sangsirilak A. The prevalence of cognitive impairment in elderly. Medical journal of Srisaket Surin Burirum Hospitals. 2016;31(2):121-128.
12. 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; 40: e2018018. PMID: 29807410.
13. Razali R, Ariffin J, Aziz AFA, Puteh SEW, Wahab S, Daud TIM. Sleep quality and psychosocial correlates among elderly attendees of an urban primary care centre in Malaysia. Neurology Asia 2016;21(3):265-273.
14. Sleep Foundation. Aging and sleep [Internet]. 2019[cited 2020 Dec 25]. Available from: <http://www.sleepfoundation.org/aging-and-sleep>
15. Burke SL, Hu T, Spadola CE, Li T, Naseh M, Burgess A, et al. Mild cognitive impairment: associations with sleep disturbance, apolipoprotein e4, and sleep medications. Sleep Med 2018;52:168-176.

16. Jirong Y, Changquan H, Hongmei W, Bi-Rong D. Association of sleep quality and dementia among long-lived Chinese older adults. *AGE* 2013;35(4):1423-1432.

17. Xu Z, Zhang D, Sit RWS, Wong C, Tiu JYS, Chan DCC, et al. Incidence of and Risk factors for Mild Cognitive Impairment in Chinese Older Adults with Multimorbidity in Hong Kong. *Scic Rep* 2020;10(1):4137.

18. Panza F, Solfrizzi V, Barulli MR, Bonfiglio C, Guerra V, Osella A, et al. Coffee tea and caffeine consumption and prevention of late-life cognitive decline and dementia: A systematic review. *JNutrHealth Aging* 2015;19(3):313-328.

19. Solfrizzi V, Panza F, Imbimbo BP, D'Introno A, Galluzzo L, Gandin C, et al. Coffee Consumption Habits and the Risk of Mild Cognitive Impairment: The Italian Longitudinal Study on Aging. *J Alzheimers Dis* 2015;47(4):889-899.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกปรีชานในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะปรีชานบกพร่องระยะต้นในชุมชน

Received: January 19, 2021; Revised: February 14, 2021; Accepted: March 12, 2021

แพทย์หญิงศวิตา ทองขุนวงศ์*
แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว
ชั้นปีที่ 3

นพ.พิภพ จิตรนำทรัพย์
ว. สาขาการเวชศาสตร์,
อ.สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน
แขนงสุขภาพจิตชุมชน
อ. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว,
MHS. (Master of Health
Science) in Family and
Community Medicine)
University of Toronto, Canada

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลนครราชสีมา
*Corresponding Author email:
korat8995@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกปรีชานในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องระยะต้นในชุมชน

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาแบบการทดลองขั้นต้นโดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดี่ยว วัดผลก่อนและหลังการทดลองในผู้สูงอายุเขตพื้นที่อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ทำโปรแกรมฝึกปรีชานที่บ้าน ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ผลคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติค่าที

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องระยะต้น (mild cognitive impairment: MCI) จำนวน 42 คน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องได้ครบ 30 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนปรีชานหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 16.20 ± 2.62 คะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งเท่ากับ 14.20 ± 2.35 คะแนนโดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (95%CI: 1.36-2.64)

สรุป: โปรแกรมฝึกปรีชานที่ออกแบบสอดคล้องกับบริบทของไทยโดยผู้สูงอายุทำกิจกรรมเองที่บ้านนี้ สามารถเพิ่มค่าเฉลี่ยคะแนนปรีชานของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องระยะต้นในชุมชนได้

คำสำคัญ: ภาวะปรีชานบกพร่องระยะต้น, โปรแกรมฝึกปรีชาน, ผู้สูงอายุ

ORIGINAL ARTICLE

Effectiveness of Cognitive Training Program of Community Elderly Persons with Mild Cognitive Impairment

Received: January 19, 2021; **Revised:** February 14, 2021; **Accepted:** March 12, 2021

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of a cognitive training program designed for community elderly persons with mild cognitive impairment (MCI).

Materials and Methods: This pilot single-arm pre and post-experiment research studied elderly MCI patients in the Sung Noen District, Nakhonratchasima. The home-based cognitive training program incorporating Thai culture spanned eight weeks. The results of the basic information of participants were reported as descriptive statistics. The pre-post intervention cognitive function score means were analyzed by Paired t-test

Results: The samples consisted of 42 elderly persons with MCI and 30 of them completed the program activities. The mean of post-intervention the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) scores (mean = 16.2, SD = 2.62) was higher than the mean of pre-intervention MoCA scores (mean = 14.2, SD = 2.35) at a statistically significant difference, mean change scores (2, 95% CI: 1.36-2.64, P-value < 0.001).

Conclusions: The home-based cognitive training program which incorporated Thai culture increased the average MoCA scores of community elderly persons with mild cognitive impairment.

Keywords: mild cognitive impairment, cognitive training program, elderly

Sawita Tongkunwong, MD.*

3rd year Family Medicine Resident

Pipope Jitnumsub, MD.

Diploma Thai Board of Pediatrician, Diploma Thai Board of Preventive Medicine, Community Mental Health Diploma Thai Board of Family medicine,

MHSc. (Master of Health Science) in Family and Community Medicine) University of Toronto, Canada

Department of Social Medicine, Maharat

Nakhon Ratchasima hospital
Corresponding author email:
korat8995@gmail.com

บทนำ

ภาวะปรีชานบกพร่องระยะต้น (mild cognitive impairment: MCI) เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงปรีชานในผู้สูงอายุปกติกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก โดยความสามารถในการทำกิจวัตรชนิดพื้นฐานประจำวัน (Basic activities of daily living: Basic ADLs) ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่อาจสูญเสียความสามารถของสมองในบางด้าน และมักจะนำไปสู่ภาวะแรกของโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัวตามมาได้¹ มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงถึงผลของการฝึกกระตุ้นสมองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI หรือมีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นนั้น มีผลเพิ่มการทำงานของสมองในผู้สูงอายุเหล่านี้ได้²⁻⁷ อย่างไรก็ตาม ความหลากหลายของโปรแกรมการฝึกกระตุ้นสมองมีผลต่อการทำงานของสมองที่แตกต่างกัน⁸ โดยพบว่าโปรแกรมที่มีการฝึกกระตุ้นหลายองค์ประกอบได้ผลมากกว่าโปรแกรมที่ฝึกกระตุ้นเพียงองค์ประกอบเดียว⁹ ซึ่งบริบททางภาษา วัฒนธรรม และการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจทำให้ไม่สามารถนำโปรแกรมการกระตุ้นสมองจากการศึกษาต่าง ๆ มาใช้ในผู้สูงอายุในประเทศไทยได้ทันที ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมฝึกสมองโดยอาศัยพื้นฐานมาจากแนวคิดการฝึกปรีชาน (Cognitive training) ของ Kwok¹⁰ ซึ่งมีความใกล้เคียงกับบริบทของไทยมากกว่าจากทางตะวันตก โดยผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้โดยการผสมผสาน

วัฒนธรรมไทยเข้าไปในโปรแกรมเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุของไทย โปรแกรมประกอบด้วย การฝึกความจำ การฝึกความเร็วของการประมวลข้อมูล การใช้เหตุผล และความสามารถด้านการรับรู้มิติสัมพันธ์

การจัดกิจกรรมฝึกสมองสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยทั่วไปมีข้อจำกัดหลายอย่างและมีการใช้ทรัพยากรมาก ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงของประชาชน เช่น การเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุระยะเวลา ตลอดจนข้อจำกัดเรื่องงบประมาณและสถานที่ และเนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ยิ่งทำให้สถานการณ์การจัดกิจกรรมดังกล่าวมีข้อจำกัดมากขึ้นอีก ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือฝึกการรู้คิดในผู้สูงอายุโดยอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ได้ทำกิจกรรมด้วยตนเองผ่านโปรแกรมที่บ้าน เพื่อรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) โดยมีญาติคนสนิทใกล้ชิดหรือผู้ดูแล (caregiver) เป็นผู้ช่วยเหลือขณะทำกิจกรรม โดยมีสมมุติฐานว่าโปรแกรมฝึกสมองนี้ จะช่วยให้การทำงานของสมองผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะ MCI ดีขึ้น อันอาจนำไปสู่การลงความสามารถของสมองไว้ได้นานขึ้น ชะลอการดำเนินไปของโรค ลดการเกิดภาวะสมองเสื่อม และดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในอนาคต¹¹

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกปรีชานในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องระยะต้นในชุมชน

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัยเป็นการทดลองขั้นต้น โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดี่ยวเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง (A pilot single arm pre and post experiment study) ช่วงเดือนกันยายน 2563 ถึงตุลาคม 2563 งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ 103/2020 ลงวันที่ 16 กรกฎาคม 2563

เกณฑ์การคัดเลือกการศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุอายุระหว่าง 60-80 ปีบริบูรณ์ ในเขตตำบลมะเกลือเก่า อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ที่มีภาวะ MCI โดยวินิจฉัยจากแบบคัดกรองปรีชาน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ได้คะแนนน้อยกว่า 26 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และแบบประเมิน Basic ADLs ได้คะแนนมากกว่า 12 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน มีผู้ดูแลใกล้ชิดที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถด้านการได้ยิน การพูด การอ่าน และการเขียน และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ตลอดช่วงเวลาที่ศึกษาและติดตามผล

เกณฑ์การคัดออกการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร่วมที่เป็นอุปสรรคต่อการทำ

วิจัย ได้แก่ มีโรคหรือภาวะทางจิตเวชที่ต้องรับประทานยารักษาทางจิตเวชเป็นประจำ

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างประชากร คำนวณความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Two relate-group) จากการวิเคราะห์ power analysis ด้วยสูตรมาตรฐาน ใช้สถิติการวิเคราะห์ Paired t-test ที่ระดับ .08 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าความแปรปรวนของผลต่างที่ 3.8 โดยใช้ค่าอ้างอิงจากงานวิจัยของคุณวิภา ลีสมกุล เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมกระตุ้นความสามารถสมองในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น¹² ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 12 คน โดยผู้วิจัยได้อาสาสมัครตามเกณฑ์การคัดเลือก 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมิน MoCA และแบบประเมิน Basic ADLs

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการฝึกปรีชาน (cognitive training program) โดยผู้วิจัยออกแบบขึ้นตามแนวคิดการฝึกปรีชานของ Kwok¹⁰ ประกอบด้วย การฝึกความจำ (memory training) การฝึกความเร็วของการประมวลผล (speed of process training) การใช้เหตุผล (reasoning training) และความสามารถด้านการรับรู้มิติสัมพันธ์ (visuoconstructional-perceptual ability) ควบคู่ไปกับเทคนิคการฝึกความจำที่ผสมผสานกับวัฒนธรรมไทยผ่านสมุดคู่มือประจำตัว โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ทำแบบประเมินก่อนจัดกิจกรรม “จำฉันได้ไหม” เพื่อฝึกทักษะความใส่ใจ (attention)

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเกมส์เติมภาพให้เท่ากัน และเกมส์เขียนเข็มนาฬิกา โดยใช้เทคนิคการเชื่อมโยง (association) เพื่อฝึกการทำงานของสมองเกี่ยวกับความใส่ใจหรือสมาธิ (attention)

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมสำนวนสุภาษิตคำพังเพย โดยใช้เทคนิคฝึกการทำงานของสมองเกี่ยวกับการเรียนรู้และความจำ (learning and memory training)

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมเล่าเทศกาลโบราณไทย เพื่อฝึกการทำงานของสมองเกี่ยวกับการใช้ภาษา (language) และความคล่องในการใช้ภาษา (verbal fluency)

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมบอกรักชีวิตใหม่ไทย (new normal) ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 โดยใช้เทคนิคตระหนักถึงสภาวะรอบตัว (environment awareness) และเกมส์บอกความในใจ เพื่อฝึกการทำงานของสมองเกี่ยวกับสภาวะการรับรู้ความรู้สึกรอบตัวและสังคม (social cognition of emotion)

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมบอกจุดสังเกต (method of loci) เพื่อฝึกการทำงานของสมองเกี่ยวกับการรับรู้ต่อมิติสัมพันธ์

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมเมนูอาหารพื้นบ้านสามตำไทย เพื่อฝึกสมองเกี่ยวกับความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการ (executive function)

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรม “ประเมินสมองลองดูจะ” เป็นการสรุปผลการทำกิจกรรมทั้งหมดตลอด 7 สัปดาห์ที่ผ่านมา พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ

เพิ่มเติม ขึ้นชมทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามเกณฑ์ และทำแบบประเมินซ้ำหลังจัดกิจกรรม

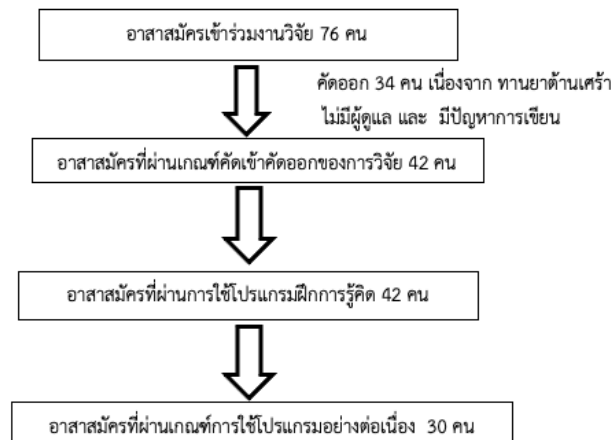
ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชนที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ 2 ท่าน ก่อนนำไปใช้จริง ค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ด้วยแบบประเมิน MoCA และแบบประเมิน Basic ADLs โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่าได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97, 0.97 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลองประกอบด้วย แบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมโดยผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้บันทึก ความสม่ำเสมอในการทำโปรแกรมและสมุดบันทึกกิจกรรมโปรแกรมฝึกปรีชาของผู้สูงอายุ

การเก็บข้อมูล

เตรียมการทดลอง ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการฝึกปรีชาเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความสมัครใจ (volunteer sampling) โดยดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด (แผนภาพที่ 1)

ดำเนินการทดลอง โดยการจัดกิจกรรมผ่านโปรแกรมคู่มือฝึกปรีชารวม 8 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15 –20 นาที

แผนภาพที่ 1 แสดงผังไหลของอาสาสมัครขณะดำเนินการวิจัย (study flow diagram)

ประเมินผลการทดลอง ด้วยแบบประเมิน MoCA ในสัปดาห์ที่ 1 และ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลคะแนน MoCA ก่อนและหลังการทดลองโดยการคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน MoCA ของผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฝึกปรีชานโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับเท่ากับ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เป็นเพศชาย 28 คน (ร้อยละ 60.0) อายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี (ร้อยละ 46.7) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.0) ระดับการศึกษาจบระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 50.0) มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30.0) และมีผู้ดูแลประจำเป็นบุตร (ร้อยละ 90.0) ดังตารางที่ 1

ข้อมูลผลของโปรแกรมฝึกปรีชาน

ค่าเฉลี่ยคะแนนจากแบบประเมิน MoCA ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฝึกปรีชานเท่ากับ 14.20 ± 2.35 และ 16.20 ± 2.62 คะแนนตามลำดับ เปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Paired t-test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001 (95%CI: 1.36, 2.64) ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฝึกปรีชาน ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนน MoCA เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฝึกปรีชานเท่ากับ 14.2 ± 2.35 และ 16.2 ± 2.62 คะแนนตามลำดับ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2 (95% CI: 1.36-2.64), P value < 0.001 สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทย¹³⁻¹⁶ และงานวิจัยในต่างประเทศ^{10,17-18} ที่มีการศึกษาถึงการฝึกกระตุ้นปรีชานของผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI หรือสมองเสื่อมในด้านต่าง ๆ โดยการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม สามารถทำให้การทำงานของสมองดีขึ้นได้ แต่อย่างไร

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	60.0
หญิง	12	40.0
อายุ (ปี)		
60-64	14	46.7
65-69	9	30.0
70-74	5	16.7
75-79	2	6.7
สถานภาพ		
โสด	4	13.3
สมรส	21	70.0
หม้าย	5	16.7
หย่าร้าง	0	0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	0	0
ประถมศึกษา	8	26.7
มัธยมศึกษา	15	50.0
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	7	23.3
โรคประจำตัว		
ไม่มี	7	23.3
มี		
ความดันโลหิตสูง	9	30.0
หลอดเลือดสมอง	3	10.0
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	6	20.0
อื่น ๆ	5	16.7
ผู้ดูแลประจำ		
บุตร	27	90.0
หลาน	3	10.0

ตารางที่ 2 ข้อมูลผลคะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมินภาวะรู้คิดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฝึกการรู้คิด

ตัวแปรที่ศึกษา	MoCA test		Mean diff (95% CI)	p-value
	ก่อนเข้าโปรแกรม Mean (S.D.)	หลังเข้าโปรแกรม Mean (S.D.)		
คะแนน	14.2 (2.35)	16.2 (2.62)	2 (1.36, 2.64)	< 0.001*

*p < 0.05

ก็ตาม โปรแกรมฝึกปรีชานในไทยมีการใช้แบบประเมินที่ต่างกันจากผู้วิจัย เช่นแบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-Thai2002) แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา (ADAS-Cog) เป็นต้น ในขณะที่การศึกษาของผู้วิจัยใช้แบบประเมินปรีชาน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ซึ่งเป็นอีกแบบประเมินที่เหมาะสมสำหรับการประเมินผู้ที่มี

ปรีชานบกพร่อง มีความไวในการแยกผู้ที่มีปรีชานบกพร่องระยะต้น และผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 90 และ 100 ตามลำดับ จึงทำให้การประเมินผลแตกต่างกันตามแต่ละบริบท และเนื่องจากการศึกษาทำการวัดผลระยะสั้น จึงบอกไม่ได้ว่าผลการทำงานของสมองที่ดีขึ้นนี้ จะสามารถคงอยู่ได้นานเท่าไรหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม อีกทั้งผู้เข้าร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า

70 ปี และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา เป็นส่วนมาก (ร้อยละ 50) ซึ่งอาจเป็นปัจจัย ที่ส่งผลต่อผลการวิจัย ทำให้การประยุกต์ใช้ โปรแกรมฝึกปรีชานสามารถนำไปใช้ได้กับผู้ สูงอายุ MCI บางกลุ่ม

จุดแข็งของงานวิจัย

ผู้วิจัยได้มีการปรับโปรแกรมให้ผู้ สูงอายุที่มีภาวะ MCI ให้ได้ทำกิจกรรมด้วย ตนเองผ่านโปรแกรมที่บ้าน เพื่อรักษา ระยะ ห่างทางสังคม โดยมีญาติคนสนิทใกล้ชิด หรือผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือขณะทำกิจกรรม ซึ่งเป็นภาวะปกติใหม่ (new normal) ของ โปรแกรมฝึกสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และอนาคต

แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์

สามารถนำโปรแกรมฝึกปรีชาน ไปใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียงที่ สงสัยภาวะ MCI แต่มีข้อจำกัดต่าง ๆ ใน การเดินทางมาร่วมกิจกรรม เช่น งบประมาณ สถานที่หรือเวลา

ข้อจำกัดของการศึกษา

เป็นการศึกษาในช่วงสถานการณ์ การแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้อาสา สมัคมาร่วมกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ และทำแบบทดสอบประเมินปรีชานใน สัปดาห์สุดท้ายจำนวนลดลง

รูปแบบการศึกษาเป็นแบบวัดผล ก่อนและหลังการทดลองโดยประเมินผล ภายใต้อาสาสมัครก่อนข้างสั้น ทำให้ผู้เข้า ร่วมกิจกรรมอาจจำแบบทดสอบก่อนการ ทดลองได้ จึงอาจส่งผลต่อคะแนนประเมิน ปรีชานหลังการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

ควรเพิ่มความถี่ ระยะเวลาของ โปรแกรมฝึกและการวัดผลให้มากขึ้น และ ทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มควบคุม (control group) เพื่อให้ทราบถึงความ สามารถในการคงอยู่ของปรีชานในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะ MCI ที่ชัดเจนยิ่งขึ้นต่อไป

ควรมีการเพิ่มเติมวิธีการอื่น ๆ ที่ มีการศึกษาว่าได้ผลในการทำให้การทำงานของ สมองดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย (physical exercise)¹⁹⁻²³ การออกกำลังกาย เสริมสร้างศักยภาพทางจิตใจ (Mind-Body Exercise)²⁴⁻²⁶ การกระตุ้นสมองด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (computerized cognitive training)²⁷ หรือการใช้ดนตรี (music therapy)^{28,29}

นอกจากประสิทธิผลของ โปรแกรมในแง่การเพิ่มคะแนน MoCA แล้ว ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) ถึงความคิดเห็นของญาติต่อ พฤติกรรมผู้ป่วยหลังจากทำกิจกรรมเพิ่ม เติมต่อไป

สรุป

ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึก ปรีชานของผู้สูงอายุที่มีปรีชานบกพร่อง ระยะต้นในชุมชนหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนปรีชานเพิ่มขึ้นกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโปรแกรมการฝึกปรีชานที่มีการผสมผสานวัฒนธรรมพื้นบ้านจะสามารถช่วย สร้างแรงจูงใจในการฝึกและเพิ่มคะแนนปรี ชานให้กับผู้สูงอายุได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาจากคณาจารย์กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ดร. กัญญาลักษณ์ ณ รังสี อ. พญ. นชพร อธิริวิศวกุล และ พญ. วุฒิยาภรณ์ พิมวรรณ ที่ได้ให้คำปรึกษาให้ งานวิจัยนี้ผ่านลุล่วงไปได้ด้วยดี ตลอดจน ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มะเกลือเก่า อาสาสมัครและอส. ทุกท่านที่มีส่วนร่วมทำให้งานวิจัยเป็นไปอย่างราบรื่น

และขอขอบคุณเงินทุนสนับสนุนจาก โครงการฝึกและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปี พ.ศ. 2563

เอกสารอ้างอิง

1. กัมมันต์ พันธุมจินดาและศรัจิตรา บุนนาค. สมองเสื่อม โรคหรือวัย:รวบรวมข้อมูลน่ารู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมก่อนวัย อัลไซเมอร์และการดูแลรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ: 2540.
2. Shimizu N, Umemura T, Matsunaga M, Hirai T. Effects of movement music therapy with a percussion instrument on physical and frontal lobe function in older adults with mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. *Aging Ment Health* 2018 ;22(12):1614–1626.
3. Domínguez-Chávez CJ, Murrock CJ, Guerrero PIC, Salazar-González BC. Music therapy intervention in community-dwelling older adults with mild cognitive impairment: A pilot study. *Geriatr Nurs.* 2019;40(6):614–619.
4. Zou L, Loprinzi PD, Yeung AS, Zeng N, Huang T. The Beneficial Effects of Mind-Body Exercises for People With Mild Cognitive Impairment: a Systematic Review With Meta-analysis. *Arch Phys Med and Rehabil* 2019;100(8):1556–1573.
5. Zhang L, Li B, Yang J, Wang F, Tang Q, Wang S. Meta-analysis: Resistance Training Improves Cognition in Mild Cognitive Impairment. *Int J Sports Med.* 2020 ;41(12):815–823.
6. Bahar-Fuchs A, Martyr A, Goh AM, Sabates J, Clare L. Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 ;3(3):CD013069
7. Wang Y, Jia R, Liang J, Li J, Qian S, Li J, et al. Effects of non-pharmacological therapies for people with mild cognitive impairment. A Bayesian network meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2020 J;35(6):591–600
8. Liang J, Xu Y, Lin L, Jia R, Zhang H, Hang L. Comparison of multiple interventions for older adults with Alzheimer disease or mild cognitive impairment: A PRISMA-compliant network meta-analysis. *Medicine.* 2018;97(20):e10744
9. Basak C, Qin S, O'Connell MA. Differential effects of cognitive training modules in healthy aging and mild cognitive impairment: A comprehensive meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Aging* 2020;35(2):220–249.

เอกสารอ้างอิง

10. Kwok T Wong A, Chan G, Shiu YY, Lam K, Young D. Effectiveness of cognitive training for Chinese elderly in Hong Kong. *Clin Interv Aging* 2013; 8:213-219.)
11. สุพรรณ ศรีธรรมมา. บทที่ 7 รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ ภาวะสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2559
12. วิมา ลัมสกุล, เกศรา ตันเซ่ง, จวง เผือกคง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมกระตุ้นความสามารถสมองในผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น. *พยาบาลสาร* 2561(3):63-68.
13. จิตติมา ดวงแก้ว. ผลของโปรแกรมฝึกการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐ[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต] กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2558
14. รัชดาภรณ์ หงส์ทอง. ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2556
15. สุดารัตน์ ปุณโณทก. ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคลต่อความสามารถในการรู้คิดและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา. 2554
16. ตรีการกุล ฉัตรวงศวิวัฒน์, วิภาวี คงอินทร์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒน์นนท์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมด้านความจำต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้สูงอายุ. *วารสารสภาการพยาบาล* 2556;28(2),98-108
17. Belleville, S. Gilbert, B. Fontaine, F. Gagnon, L. Menard, E. and Gauthier, S. Improvement of episodic memory in person with mild cognitive impairment and healthy older adult: Evidence from cognitive intervention program. *DementGeriatr Cogn Disorder* 2006;22(5): 486-499.
18. ปิ่นมณี สุวรรณโมลี. ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2557
19. Sanders LMJ, Hortobágyi T, la Bastide-van Gemert S, van der Zee EA, van Heuvelen MJG. Dose-response relationship between exercise and cognitive function in older adults with and without cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. Regnaud J-P, editor. *PLoS ONE* 2019;14(1):e0210036
20. Loprinzi PD, Blough J, Ryu S, Kang M. Experimental effects of exercise on memory function among mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis. *Phys and Sportsmed*. 2019 ;47(1):21-26.
21. Biazus-Sehn LF, Schuch FB, Firth J, Stigger F de S. Effects of physical exercise on cognitive function of older adults with mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr* 2020; 89:104048
22. Wang Y, Jia R, Liang J, Li J, Qian S, Li J, et al. Effects of non-pharmacological therapies for people with mild cognitive impairment. A Bayesian network meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2020 ;35(6):591-600.
23. de Souto Barreto P, Demougeot L, Vellas B, Rolland Y. Exercise Training for Preventing Dementia, Mild Cognitive Impairment, and Clinically Meaningful Cognitive Decline: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Geront Sci Med Sci: Series A*. 2018 ;73(11):1504-1511.
24. Law C-K, Lam FM, Chung RC, Pang MY. Physical exercise attenuates cognitive decline and reduces behavioural problems in people with mild cognitive impairment and dementia: a systematic review. *J Physiother* 2020 ;66(1):9-18.

เอกสารอ้างอิง

25. Karssemeijer EGA , Aaronson JA, Bossers WJ, Smits T , Olde Rikkert MGM , Kessels RPC . Positive effects of combined cognitive and physical exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2017 ;40:75–4083
26. Chan JSY, Deng K, Wu J, Yan JH. Effects of Meditation and Mind–Body Exercises on Older Adults’ Cognitive Performance: A Meta-analysis. *Gerontologist.* 2019 ;59(6):e782–790
27. Zhang H, Huntley J, Bhome R, Holmes B, Cahill J, Gould RL, et al. Effect of computerised cognitive training on cognitive outcomes in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2019 ;9(8):e027062
28. Sherman DS, Mauser J, Nuno M, Sherzai D. The Efficacy of Cognitive Intervention in Mild Cognitive Impairment (MCI): a Meta-Analysis of Outcomes on Neuropsychological Measures. *Neuropsychol Rev* 2017 ;27(4):440–484.
29. Liang J, Shen W, Li J, Qu X, Li J, Jia R, et al. The optimal treatment for improving cognitive function in elder people with mild cognitive impairment incorporating Bayesian network meta-analysis and systematic review. *Ageing Res Rev.* 2019;51:85–96.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่สำเร็จของผู้ที่มาเข้ารับการรักษาน ณ คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสระบุรี

Received: December 29, 2020; Revised: January 25, 2021; Accepted: February 22, 2021

แพทย์หญิงศุภิสรา ธรรมสุรักษ์*
แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อสอบุฒิบัตร
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

นายแพทย์ศรัณย์ วีระเมธัชชัย
ว.เวชศาสตร์ ครอบครัว

คลินิกหมอครอบครัว
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลสระบุรี

*Corresponding author email:
s.thamsuruk@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่สำเร็จของผู้เข้ารับการรักษานที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสระบุรี

แบบวิจัย: Prognostic retrospective cohort study

วัสดุและวิธีการ: เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้เข้ารับการรักษานที่คลินิกเลิกบุหรี่โรงพยาบาลสระบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 มิถุนายน 2562 และติดตามผลการเลิกบุหรี่เป็นเวลา 1 ปี นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ multivariable logistic regression

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 158 คน เป็นผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ 22 คน และไม่สำเร็จ 136 คน พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่สำเร็จอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับยา Nortriptyline ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ มีแนวโน้มเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ 5.37 เท่าของการรักษาแบบอื่น (Adjusted OR 5.37, 95% CI: 1.35-21.37, p-value 0.017) การติดนิโคตินระดับปานกลางมีแนวโน้มให้เลิกบุหรี่สำเร็จ 9.14 เท่าของผู้ที่ติดนิโคตินระดับรุนแรง (Adjusted OR 9.14, 95% CI: 1.05-79.25, p-value 0.045) และการติดนิโคตินระดับน้อยมีแนวโน้มให้เลิกบุหรี่สำเร็จ 11.62 เท่าของผู้ที่ติดนิโคตินระดับรุนแรง (Adjusted OR 11.62, 95% CI: 1.34-100.40, p-value 0.026)

สรุป: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่สำเร็จมากขึ้น ได้แก่ การได้รับยา Nortriptyline ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่และการติดนิโคตินระดับน้อยถึงปานกลาง

คำสำคัญ: การเลิกบุหรี่ คลินิกเลิกบุหรี่

ORIGINAL ARTICLE

Factors Associated with Successful Smoking Cessation in Smoking Cessation Clinic, Saraburi Hospital

Received: December 29, 2020; **Revised:** January 25, 2021; **Accepted:** February 22, 2021

Abstract

Objective: This study aimed to evaluate factors associated with successful smoking cessation in the Smoking Cessation Clinic, Saraburi Hospital.

Design: Prognostic retrospective cohort study

Materials and Methods: Data were collected from medical records of the Smoking Cessation Clinic, Saraburi Hospital between 1 October 2018 to 31 June 2019. The follow-up period was one year, starting from the first visit. Participants were categorized into two groups which were successful or failed to quit smoking. The factors associated with successful smoking cessation were analyzed by multivariate logistic regression analysis (p-value < 0.05).

Results: Out of 158 participants, 22 participants succeeded in quitting smoking and 136 failed. The study showed that the associated factors were receiving Nortriptyline with nitrate solution (Adjusted OR 5.37, 95% CI: 1.35-21.37, p-value 0.017) and mild to moderate nicotine dependence (Adjusted OR 11.62, 95% CI: 1.34-100.40, p-value 0.026) (Adjusted OR 9.14, 95% CI: 1.05-79.25, p-value 0.045), respectively.

Conclusion: Receiving Nortriptyline with nitrate solution and having mild to moderate nicotine dependence in smokers significantly resulted in an increased success rate of smoking cessation.

Keywords: smoking cessation, smoking cessation clinic, quitting smoking

Supisara Thamsuruk, MD *

Family Medicine In-Service
Trainee

Saran Weerametachai, MD

Diploma Thai Board of Family
Medicine

Department of Social
Medicine, Saraburi Hospital

*Corresponding author: Email:
s.thamsuruk@gmail.com

บทนำ

บุหรี่เป็นสาเหตุของโรคต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็งช่องปาก¹ รวมทั้งยังส่งผลต่อเด็กทารกในครรภ์ ทำให้เกิดความผิดปกติแต่กำเนิด² ในปี พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลกได้ทำการสำรวจพบว่า ทั่วโลกจำนวนการเสียชีวิตจากบุหริ่มากกว่า 8 ล้านคนต่อปี ในประเทศไทยพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 54,512 ราย เป็นชาย 47,770 ราย หญิง 6,742 ราย เมื่อดำเนินจำนวนปีที่เสียชีวิตก่อนวัยและเวลาอันควร พบว่าคนสูบบุหรี่ตายก่อนวัยเฉลี่ยคนละ 17.8 ปี และก่อนตายแต่ละคนต้องเจ็บป่วย ทุกข์ทรมานเป็นโรคเรื้อรังจนสูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดีไปเฉลี่ยคนละ 3 ปี³

การศึกษาในประเทศจีนปี พ.ศ. 2558 พบว่าคนเพียงร้อยละ 26.6 ที่รับรู้ถึงปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพของบุหริ่ ทำให้ยังมีผู้สูบบุหริ่อยู่เป็นจำนวนมาก แต่คนส่วนใหญ่ที่รับรู้ถึงปัญหานี้ พร้อมและต้องการที่จะเลิกบุหริ่ โดยพบอีกว่าการได้รับการช่วยเหลือด้วยการให้คำแนะนำและใช้ยา ช่วยให้เลิกได้สำเร็จมากกว่าเลิกเอง⁴ ในประเทศไทยได้มีการออกแนวทางเรื่องการช่วยเลิกบุหริ่ โดยกล่าวว่าในทุกสถานพยาบาล แนะนำอย่างยั้งให้มีคลินิกบริการการช่วยเลิกบุหริ่ โดยมีแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ดูแล และระบุเป็นตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลนั้น ๆ⁵

งานวิจัยที่ผ่านมาจากหลายประเทศพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหริ่สำเร็จ ได้แก่ การรับรู้พิษภัยบุหริ่ในระดับมาก^{6,7} การได้รับยาในการช่วยเลิกบุหริ่⁷ การไม่มีคนรอบตัวสูบ^{6,7} ระดับการติดนิโคตินน้อย⁸⁻¹⁰ แต่ปัจจัยที่ยังไม่ได้ข้อสรุปต่อการเลิกบุหริ่อย่างชัดเจน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความตั้งใจที่จะเลิกบุหริ่ การที่เคยเลิกบุหริ่มาก่อน จำนวน pack year¹⁰ อายุที่เริ่มสูบ^{9,11} และปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์^{6,9}

จากข้อมูลคลินิกเลิกบุหริ่โรงพยาบาลสระบุรี มีผู้ที่เข้ามารับการรักษาในปี พ.ศ. 2559-2562 จำนวน 80, 223, 189 และ 238 อัตราการเลิกบุหริ่ได้ในแต่ละปียังอยู่ที่ประมาณ 1 ใน 6 ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาคลินิกนี้ จึงต้องการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหริ่ได้สำเร็จสำหรับลักษณะประชากรของคลินิกเลิกบุหริ่ โรงพยาบาลสระบุรี เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมายังมีหลายปัจจัยที่ให้ผลไม่ชัดเจน เพื่อนำไปพัฒนาแนวทางการให้คำแนะนำและการรักษาให้มีอัตราการเลิกบุหริ่สำเร็จสูงขึ้นในอนาคต ตามบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คือ การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรค และดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งบุหริ่เป็นสาเหตุของโรคมากมายโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงมีหน้าที่สำคัญในการส่งเสริมการเลิกบุหริ่

วัตถุประสงค์และวิธีการ

วิธีวิจัย

เป็นวิธีวิจัยแบบ Prognostic retrospective cohort study

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสระบุรี ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 มิถุนายน 2562 จำนวน 206 คน โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน เกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน และผู้ที่ไม่สามารถโทรตามผลได้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่สำเร็จของผู้ที่มาเข้ารับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสระบุรี โดยใช้โปรแกรม STATA version 14 ภายใต้สมมติฐานว่าการที่ไม่มีผู้คนรอบตัวสูบบุหรี่เลย ส่งผลให้เลิกบุหรี่สำเร็จร้อยละ 58.6 และเลิกไม่สำเร็จร้อยละ 27⁶ กำหนดการทดสอบเป็น two-sided ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (significance) ที่ 5% และ power 80% โดยสัดส่วนผู้เลิกบุหรี่สำเร็จต่อผู้เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จเป็น 1:6 จากสถิติที่ผ่านมาของคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสระบุรี ได้จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 154 คน แบ่งเป็นผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ 22 คน และเลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ 132 คน

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของคลินิกเลิกบุหรี่ โดยขั้นตอนของคลินิกคือ ผู้ที่เข้ารับการรักษาก็ได้รับการขอคำยินยอมเพื่อสอบถามข้อมูลและบันทึกลงใน

แบบฟอร์มของคลินิกเลิกบุหรี่โดยนักสูบบุหรี่ตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้าร่วมคลินิกเลิกบุหรี่ ข้อมูลที่เก็บ ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะของผู้เข้ารับการรักษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์ และข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ได้แก่ อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ จำนวนมวนต่อวัน ชนิดบุหรี่ที่สูบ มีสมาชิกคนอื่นในครอบครัว สูบบุหรี่หรือไม่ เคยเลิกบุหรี่หรือไม่ สาเหตุที่ทำให้อยากเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ ระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom test for Nicotine dependence) ความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ การรับรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่⁶ และการรักษาที่ได้รับ หลังจากเก็บข้อมูล ผู้เข้ารับการรักษาก็ได้รับการ Counseling 15-20 นาที มีนัดติดตามที่คลินิกเลิกบุหรี่ที่เวลา 3 เดือน นัดติดตามโดยการโทรสอบถามผลการเลิกบุหรี่ที่เวลา 6 เดือน และ 1 ปี นับจากวันที่เข้ารับการรักษารวันแรก โดยผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จคือ ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เลยเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปก่อนวันโทรติดตามผลที่ 1 ปี นำข้อมูลมาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่สำเร็จ แยกเป็นกลุ่มที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และไม่สำเร็จ ดังแผนภาพที่ 1

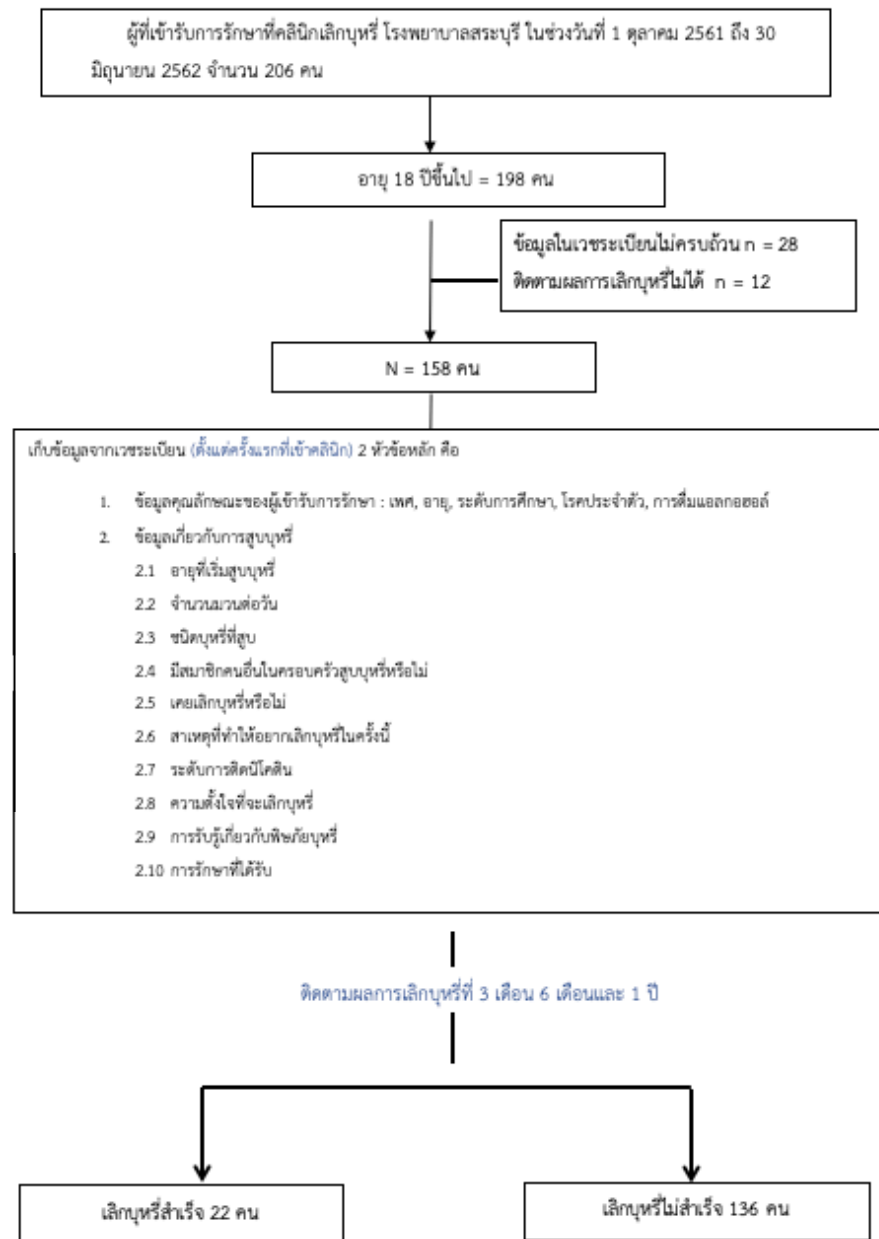
การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ตามรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลเชิงพรรณนา

- ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Categorical data) นำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลด้วย Fisher exact probability test
- ข้อมูลต่อเนื่อง (Numerical data) ที่เบี่ยงเบนแบบปกติ (normal distribution) นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

แผนภาพที่ 1 Study flow



(Standard Deviation) ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่ากลางของข้อมูลต่อเนืองสองกลุ่มด้วย Student t-test ข้อมูลเชิงอนุมาน

- หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่สำเร็จด้วย multivariable logistic regression

การรับรองด้านจริยธรรมโครงการงานวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติการรับรองด้านจริยธรรมโครงการงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2563 เลขที่โครงการวิจัย SRBR63-016

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 158 คน เป็นผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ 22 คน โดยเป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 54.55 ปี ส่วนใหญ่จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันน้อยกว่า 10 มวน ไม่มีคนในครอบครัวสูบร้อยละ 59.09 ครึ่งหนึ่งมีระดับการติดนิโคตินน้อยและมีผู้ได้รับยา Nortriptyline ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ ร้อยละ 22.73 ส่วนกลุ่มคนที่เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ 136 คน เป็นเพศชายร้อยละ 88.97 อายุเฉลี่ย 47.71 ปี จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันน้อยกว่า 10 มวนร้อยละ 56.62 และ 11-20 มวน ร้อยละ 33.09 ไม่มีคนในครอบครัวสูบร้อยละ 76.47 ระดับการติดนิโคตินจำนวนใกล้เคียงกัน ทั้งระดับน้อย (ร้อยละ 37.5) ปานกลาง (ร้อยละ 30.15) มาก (ร้อยละ 32.35) และมีเพียงร้อยละ 6.62 ที่ได้รับยา Nortriptyline ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ ส่วนมากจะไม่ได้รับยาหรือได้รับเพียงน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่อย่างเดียวเท่านั้น (ตารางที่ 1)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่สำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การได้รับยา Nortriptyline ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ มีแนวโน้มเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ 5.37 เท่าของการรักษาแบบอื่น (Adjusted OR 5.37, 95% CI: 1.35-21.37, p-value 0.017) การติดนิโคตินระดับปานกลางมีแนวโน้มให้เลิกบุหรี่สำเร็จ 9.14 เท่าของผู้ที่ติดนิโคตินระดับรุนแรง (Adjusted OR 9.14, 95% CI: 1.05-79.25, p-value 0.045) และการติดนิโคตินระดับน้อยมีแนวโน้มให้เลิกบุหรี่สำเร็จ 11.62 เท่าของผู้ที่ติดนิโคตินระดับรุนแรง (Adjusted OR 11.62, 95% CI: 1.34-100.40, p-value 0.026) (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

จากผลการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกบุหรี่สำเร็จของผู้เข้ารับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสระบุรี อย่างมีนัยสำคัญ คือ การได้รับยา Nortriptyline ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ (Adjusted OR 5.37, 95% CI: 1.35-21.37, p-value 0.017) โดยที่การได้รับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่เพียงอย่างเดียวไม่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่สำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ จึงคิดว่าอาจจะเป็นผลมาจากยา Nortriptyline ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{12,13} ว่าช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น ถึงแม้ว่าประสิทธิภาพในการเลิกบุหรี่อาจจะไม่เท่ากับ Varenicline ที่มีกลไกของยาเป็น agonist และ antagonist ของ nicotine receptor ส่งผลให้ลดอาการอยากบุหรี่และป้องกัน positive reinforcement จากการสูบบุหรี่ได้ ทำให้มีประสิทธิภาพสูงในการเลิกบุหรี่⁵ แต่แนวทางการบำบัดผู้เสพยาสูบในประเทศไทย แนะนำให้ใช้ Nortriptyline มากกว่า และได้คัดเลือก Nortriptyline ไว้ในบัญชียก ในกลุ่มยาเลิกบุหรี่ เนื่องจากเป็นยาที่มีประสิทธิผลในการเลิกบุหรี่เมื่อให้ร่วมกับการให้คำปรึกษา มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในบริบทของประเทศไทยและเนเธอร์แลนด์ และเป็นไปตามเกณฑ์ off-label indication^{5,14,15} โดยกลไกการออกฤทธิ์ในการช่วยเลิกบุหรี่ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากฤทธิ์แก้มิเซตราของยา และลดอาการถอนบุหรี่ โดยพิสูจน์ได้จากการศึกษาในยาแก้มิเซตรา อื่น ๆ ที่นอกเหนือไปจาก bupropion และ nortriptyline^{16,17} ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาทางคลินิกที่สนับสนุนทฤษฎีดังกล่าว

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะที่ศึกษา	เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ N = 22		เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ N = 136		p-value
	N	%	N	%	
1. คุณลักษณะทั่วไป					
เพศ					0.132*
ชาย	22	100	121	88.97	
หญิง	0	0	15	11.03	
อายุ (mean±SD)	54.55	12.23	47.71	13.41	0.026**
ระดับการศึกษา					0.057*
ประถมศึกษา	12	54.55	58	42.65	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	9.09	30	22.06	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	9.09	31	22.79	
ปวส./อนุปริญญา	5	22.73	9	6.62	
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	4.55	8	5.88	
โรคประจำตัว					0.128*
มี	19	86.36	94	69.12	
การดื่มแอลกอฮอล์					0.718*
ไม่ดื่มเลย หรือดื่มน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	13	59.09	67	49.26	
ดื่มมากกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	7	31.82	53	38.97	
ดื่มทุกวัน	2	9.09	16	11.76	
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่					
อายุที่เริ่มสูบครั้งแรก					0.813*
< 20 ปี	15	68.18	87	63.97	
≥ 20 ปี	7	31.82	49	36.03	
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน					0.494*
≤ 10	16	72.73	77	56.62	
11-20	6	27.27	45	33.09	
21-30	0	0.00	9	6.62	
≥ 31	0	0.00	5	3.68	
ชนิดของบุหรี่ที่สูบ					0.570*
ก้นกรอง	19	86.36	107	78.68	
บุหรี่ปริมาณเอง	3	13.64	29	21.32	
ไม่มีสมาชิกคนอื่นในครอบครัวสูบบุหรี่	13	59.09	104	76.47	0.114*
เคยเลิกบุหรี่มาก่อน	17	77.27	95	69.85	0.616*
สาเหตุที่ทำให้ไม่อยากเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)					
สุขภาพไม่ดี	20	90.91	103	75.74	0.166*
สิ้นเปลืองเงิน	1	4.55	29	21.32	0.079*
เพื่อครอบครัว / ลูก	5	22.73	55	40.44	0.155*
ระดับการติดนิโคติน					0.014*
น้อย	12	54.55	51	37.50	
ปานกลาง	9	40.91	41	30.15	
มาก	1	4.55	44	32.35	

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ N = 22		เลิกบุหรี่ไม่สำเร็จ N = 136		p-value
	N	%	N	%	
การรับรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่					0.654*
น้อย	0	0.00	1	0.74	
ปานกลาง	4	18.18	36	26.47	
มาก	18	81.82	99	72.79	
ความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่					0.196*
เลิกวันนี้	10	45.45	46	33.82	
ค่อยๆลดจำนวนลง และเลิกภายใน 6 เดือน	12	54.55	73	53.68	
ยังไม่คิดเลิกภายใน 6 เดือน	0	0.00	17	12.50	
ชนิดยาช่วยเลิกบุหรี่ที่ได้รับ					
ไม่ได้ยา	8	36.36	56	41.18	0.816*
Nortriptyline+น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่	5	22.73	9	6.62	0.028*
Nortriptyline + ชาสมุนไพรดอกขาว	0	0.00	1	0.74	1.000*
น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่	9	40.91	72	52.94	0.360*

* คือ วิเคราะห์ด้วย Fisher exact probability test, ** คือ วิเคราะห์ด้วย Student t-test

ตารางที่ 2 ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบ logistic

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	p-value
Age	1.03	0.99-1.07	0.138
Nortriptyline+น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่	5.37	1.35-21.37	0.017
Nicotine dependence			
severe	1.00		
moderate	9.14	1.05-79.25	0.045
mild	11.62	1.34-100.40	0.026

นอกจากนี้ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่แน่ชัดเรื่องประสิทธิภาพของน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ (Nitrate solution) ต่อการเลิกบุหรี่สำเร็จ แต่ในงานวิจัยนี้จะสามารถบอกได้ชัดเจนเพียงว่า การเลิกบุหรี่สำเร็จในคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสระบุรี เกี่ยวข้องกับการได้ยา Nortriptyline ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่

การติดนิโคตินระดับปานกลาง และระดับน้อย มีแนวโน้มให้เลิกบุหรี่สำเร็จ 9.14 เท่า และ 11.62 เท่าของผู้ที่ติดนิโคตินระดับรุนแรง ตามลำดับ (Adjusted OR 9.14, 95% CI: 1.05-79.25, p-value 0.045) (Adjusted OR 11.62, 95% CI: 1.34-100.40, p-value 0.026) ตรงกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁸⁻¹⁰ เนื่องจากการติดนิโคตินเกิดจากกลไกสำคัญในสมองที่เรียก

ว่า Brain reward system เมื่อสูบบุหรี่มากขึ้นเรื่อย ๆ จะเกิดภาวะ nicotine tolerance ทำให้ผู้สูบต้องเพิ่มปริมาณการใช้นิโคตินให้มากขึ้นเพื่อให้ได้ผลความรู้สึกเป็นสุขเท่าเดิม จึงเป็นเหตุว่าผู้สูบเสพติดความสุข ความพึงพอใจที่ได้จากนิโคตินร่วมกับถ้าหากหยุดสูบจะทำให้เกิดอาการถอนนิโคติน (Nicotine withdrawal syndrome) ซึ่งทำให้เกิดอาการหงุดหงิด ไม่สุขสบาย และไม่มีความสุข ดังนั้นยิ่งติดมาก ก็จะทำให้มีอาการถอนนิโคตินได้มาก จึงเป็นสาเหตุให้เลิกบุหรี่ได้ยากขึ้น¹⁸

ปัจจัยเรื่องอายุ ไม่มีนัยสำคัญทั้งทางคลินิกและทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่สำเร็จ เช่นเดียวกับปัจจัยเรื่องระดับการศึกษา อายุที่เริ่มสูบ ความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ การที่เคยเลิกบุหรี่มาก่อน จำนวน pack year และปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลิกบุหรี่สำเร็จในบริบทของงานวิจัยนี้ ตรงกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{6,9-11}

ปัจจัยเรื่องการไม่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ไม่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่สำเร็จในงานวิจัยนี้ อาจเป็นจากในงานวิจัยต่างประเทศใช้คำว่า ไม่มีคนรอบตัวสูบ⁶ แต่ในแบบฟอร์มคลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสระบุรี เป็นการถามเพียงว่า ไม่มีคนในครอบครัวสูบ ซึ่งไม่สามารถบอกได้ว่าคนรอบตัว เช่น ในที่ทำงานหรือกลุ่มเพื่อนสูบบุหรี่หรือไม่ จึงทำให้ผลลัพธ์แตกต่างกัน

ข้อจำกัดของการศึกษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่ในการศึกษานี้ มีผล 95% Confidence interval กว้าง (Random error) เพราะรูปแบบการศึกษาที่เป็นแบบ retrospective

study ทำให้ผู้เข้ารับการรักษาที่มีข้อมูลสำคัญในเวชระเบียนไม่ครบถ้วนถูกคัดออก sample size จึงน้อยลง

คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสระบุรีดำเนินการโดยนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์เป็นหลัก ไม่มีแพทย์ออกตรวจประจำ การส่งยาเลิกบุหรี่ขึ้นกับแพทย์ที่ส่งผู้ป่วยมาเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ทำให้ผู้เข้ารับการรักษาที่คลินิกเลิกบุหรี่หลายคน ที่เมื่อประเมินแล้วมีระดับการติดนิโคตินมากแต่ไม่ได้รับยาช่วยเลิกบุหรี่ จึงมีโอกาสเลิกสำเร็จได้น้อยลง รวมทั้งยาเลิกบุหรี่ที่มีให้ใช้ในโรงพยาบาลสระบุรีมีอย่างจำกัด มีเพียง Nortriptyline ชาชงหญ้าดอกขาวและน้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่เท่านั้นที่มีใช้ต่อเนื่อง ยาตัวอื่นมีให้ใช้ได้แค่บางช่วงเวลาเนื่องจากปัญหาเรื่องงบประมาณการเบิกยา และทุกคนที่ได้ยา Nortriptyline จะได้น้ำยาบ้วนปากอดบุหรี่ร่วมด้วย ทำให้ไม่สามารถหาความสัมพันธ์ของยา Nortriptyline ต่อการเลิกบุหรี่สำเร็จได้

การโทรติดตามผลการเลิกบุหรี่เป็นการสอบถามจากผู้ป่วยเองเท่านั้น ไม่ได้นัดมาเพื่อตรวจวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยัน ทำให้อาจมีผลคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้ (Information bias)

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรเพิ่มจำนวนผู้ร่วมวิจัย (Sample size) เพื่อให้มี precision มากขึ้น เป็นการลด random error

อาจมีการศึกษาต่อเนื่องติดตามว่ามีผู้ที่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำหรือไม่ (Relapse) และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ เพื่อเป็นประโยชน์ในการป้องกัน

การกลับมาสูบซ้ำได้ นอกจากนี้ อาจเพิ่ม การนัดติดตามที่คลินิกเลิกบุหรี่มากขึ้น เป็นการติดตามที่ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีหลังเข้าร่วมคลินิกเลิกบุหรี่ รวมถึง อาจมีการวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ใน ลมหายใจ หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บางอย่างเพื่อยืนยันการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ เข้าร่วมวิจัยได้มากขึ้น

ศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องความ สัมพันธ์ของการรับรู้พิษภัยของบุหรี่ สาเหตุ ที่ทำให้อยากเลิกบุหรี่ และความตั้งใจใน การเลิกบุหรี่ เพื่อสามารถนำไปเป็นแนวทาง ในการให้คำปรึกษาผู้ที่มารับบริการได้ดีขึ้น

แนวทางในการนำไปใช้ประโยชน์

นำไปพัฒนาคลินิกเลิกบุหรี่ ที่โรงพยาบาลสระบุรี โดยจัดแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัวเข้าไปประจำในคลินิก เพื่อประเมิน ให้คำแนะนำและการรักษาที่ เหมาะสมกับแต่ละบุคคลได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่ เข้าคลินิก โดยคำนึงถึงการรับรู้พิษภัยของ บุหรี่ ความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ ใช้หลักการ motivation interview ในผู้ที่มีความ ตั้งใจน้อย อยู่ในระยะ precontemplation ของ Stage of change model ให้ความรู้ เพิ่มเติมในกลุ่มที่มีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับ ผลกระทบต่อสุขภาพของบุหรี่ และให้ยา เลิกบุหรี่ที่เหมาะสมกับระดับการติดนิโคติน ของแต่ละคน

ผู้ที่มีระดับการติดนิโคตินสูงควร ได้รับยาในการช่วยเลิกบุหรี่ เพื่อให้ลด อาการถอนนิโคตินและมีโอกาสเลิกบุหรี่ได้ สำเร็จมากขึ้น โดยพิจารณาใช้ยา Nortriptyline ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอด บุหรี่ได้ หากไม่มีข้อห้ามใช้ เช่น ผู้ป่วยโรค หัวใจ เป็นต้น

สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับ คลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลศูนย์อื่นได้ แต่อาจมีปัจจัยที่แตกต่างกันในแต่ละบริบท ของโรงพยาบาล

สรุป

ในบริบทของคลินิกเลิกบุหรี่ ที่ โรงพยาบาลสระบุรี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ เลิกบุหรี่สำเร็จได้มากขึ้น คือการได้รับยา Nortriptyline ร่วมกับน้ำยาบ้วนปากอด บุหรี่ และระดับการติดนิโคตินน้อยถึงปาน กลาง สามารถนำปัจจัยทั้ง 2 อย่างนี้ไป พัฒนาแนวทางการให้การรักษาในคลินิก เพื่อให้มีผู้ที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือให้ งานวิจัยนี้ผ่านไปได้ด้วยดี รวมถึงขอบคุณ ความร่วมมือจากนักสุขศึกษาประจำคลินิก เลิกบุหรี่ โรงพยาบาลสระบุรีที่ดูแลเรื่อง ข้อมูลทางเวชระเบียนให้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Health U, Services H. The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General [Internet]. 2014[cited 2020 Feb 11]; Available from: www.cdc.gov/tobacco
2. ผลกระทบของการสูบบุหรี่. สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน [อินเทอร์เน็ต]. 2547[เข้าถึงเมื่อ 11 ก.พ. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://saranukromthai.or.th/sub/book/book.php?book=28&chap=6&page=t28-6-infodetail05.html>
3. สถิติผู้เสียชีวิตจากบุหรี่. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 25 เม.ย.2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N31-08-61-1.aspx>
4. World Health Organization. Tobacco [Internet]. 2019[cited 2020 Feb 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
5. อารยา ทองผิว, สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, สุรจิต สุนทรธรรม. คู่มือเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพติดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2561. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสินทิรกิจ; 2561
6. El-Khoury Lesueur F, Bolze C, Melchior M. Factors associated with successful vs. unsuccessful smoking cessation: Data from a nationally representative study. *Addict Behav* 2018 1;80:110-115.
7. Monshi SS, Halpern MT. Factors associated with smoking cessation and smoking cessation interventions in the Gulf Cooperation Council countries. *Saudi Med J*. 2019;40(2):119-125.
8. Jampaklay A, Borland R, Yong HH, Sirirassamee B, Fotuhi O, Fong GT. Predictors of successful quitting among Thai adult smokers: Evidence from ITC-SEA (Thailand) survey. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12(10):12095-109
9. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control* 1997;6 Suppl 2
10. Vangeli E, Stapleton J, Smit ES, Borland R, West R. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction* 2011 Dec;106(12):2110-2121.
11. Siahpush M, Borland R, Scollo M. Factors associated with smoking cessation in a national sample of Australians. *Nicotine Tob Res* 2003 Jul 1;5(4):597-602.
12. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Nortriptyline for smoking cessation: A review. *Nicotine Tob Res* 2005;7(4):491-500.
13. Khairod P, Apichartkulchai S, Thavorncharoensap M. Efficacy of Varenicline and Nortriptyline in Smoking Cessation: Indirect Comparison of Randomized Controlled Trials. *Pharm Sci Asia* 2013;40(4):31-39.
14. Hoogendoorn M, Welsing P, Rutten-van Mölken MPMH. Cost-effectiveness of varenicline compared with bupropion, NRT, and nortriptyline for smoking cessation in the Netherlands. *Curr Med Res Opin* 2008;24(1):51-61

เอกสารอ้างอิง

15. จิรบูรณ์ โตสงวน, ณรร ชัยญาคุณาพิทักษ์. การประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบต่อต้นทุนประมาณของมาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย. โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2555.
16. Nides M. Update on Pharmacologic Options for Smoking Cessation Treatment. *Am J Med* 2008;121(4 SUPPL.):20-31.
17. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(1): CD00031.
18. Benowitz NL. Nicotine Addiction. *New England Journal of Medicine* 2010;362(24):2295-303

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ในคลินิกการดูแลระดับประคอง โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

Received: November 20,2020; **Revised:** December 29,2020; **Accepted:** January 29,2021

แพทย์หญิงภรณ์รัตน์ ศรีธาราริคุณ*
แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อสออบุฒิบัตร
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ. แม่สอด
จังหวัดตาก

พญามลวิชาติ ศิริจิต เนติภูมิกุล
พญามลวิชาติชำนาญการ
กลุ่มงานการพยาบาล
รพ. แม่สอด จังหวัดตาก

*Corresponding Author email:
Pamornrut.mu@gmail.com

บทคัดย่อ

ที่มา: การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan: ACP) เป็นหนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย แต่การศึกษาเกี่ยวกับผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้ายังมีจำกัด

วัตถุประสงค์: ศึกษาผลของ ACP ต่อการใส่ท่อช่วยหายใจและสถานที่การเสียชีวิต

วิธีการศึกษา: การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study)

ผลการศึกษา: ร้อยละ 81.8 เป็นผู้ป่วยมะเร็งจากผู้ป่วยระดับประคอง 292 ราย ได้ ACP ร้อยละ 74.3 โดยเป็นกลุ่มที่ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแบบผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม (Family Care Plan: FCP) ร้อยละ 28.1 และกลุ่มที่ครอบครัวเป็นผู้กำหนดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Conventional Advance Care Plan: cACP) ร้อยละ 46.2 พบว่า cACP ลดโอกาสการใส่ท่อช่วยหายใจ (OR = 0.08, 0.015 - 0.423) ผู้ป่วยมะเร็งจะมีโอกาสใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง (OR = 0.291, 0.100 - 0.847) ส่วน ACP ไม่มีผลต่อสถานที่การเสียชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลคือ การศึกษาสูง (OR 10.627, 2.074 - 54.397) การวินิจฉัยมะเร็ง (OR 0.374 , 0.180 - 0.776) เคยมีประวัติรับบริการที่ห้องฉุกเฉินในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต (OR 3.031, 1.260 - 7.289) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต (OR 1.036, 1.009 - 1.063)

สรุป: การวางแผนการดูแลล่วงหน้าจะลดการใส่ท่อช่วยหายใจได้ แต่สถานที่ในการเสียชีวิตจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพียงอย่างเดียว

คำสำคัญ: การดูแลระดับประคอง, การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, การดูแลระยะท้าย, การรักษาแบบรุกราน, สถานที่การเสียชีวิต

ORIGINAL ARTICLE

Impact of Advance Care Planning on the End-of-Life Care in Maesot Palliative Care Clinic, Tak Province, Thailand

Received: November 20,2020; **Revised:** December 29,2020; **Accepted:** January 29,2021

Abstract

Background: An advance care plan (ACP) is a process for self-care planning at the end of life by patients with chronic illnesses. However, there are few studies on the benefits of advance care planning in the Thai context.

Objective: To study the impact of an ACP in terminally ill patients on intubation and place of death.

Method: A retrospective cohort study

Results: Two hundred ninety-two patients were enrolled in the palliative care study with 81.8% being cancer patients. Around Seventy-four percent of these patients had ACP records (family care plan 28%, conventional ACP 46.3%). Conventional ACP had a lower likelihood of endotracheal intubation than no ACP (OR = 0.08, 95% CI: 0.015 to 0.423). Cancer patients were less likely to receive intubation than non-cancer patients (OR = 0.291, 95% CI: 0.100 to 0.847). Having an ACP did not affect the place of death. The factors that associated with hospital death were higher education (OR = 10.627, 95% CI: 2.074 to 54.397), cancer diagnosis (OR = 0.374, 95% CI: 0.180 to 0.776), frequent emergency visits (OR = 3.031, 95% CI: 1.260 to 7.289), longer length of stay (OR = 1.036, 95% CI: 1.009 to 1.063).

Conclusion: An ACP which involved both patients and families yielded a lower likelihood of intubation. Cancer patients were less likely to receive intubation. The place of death was not significantly associated with an ACP.

Keywords: palliative care, advance care planning, end of life care, invasive treatment, place of death

Phamonrut Sritharathikun,MD. *

3rd year In-service training program
of family medicine,
Department of Social Medicine
Maesot General Hospital

Sirijit nethipoomkun, RN

Professional nurse, Maesot General
Hospital

*Corresponding author E-mail:
Pamornrut.mu@gmail.com

ที่มาและความสำคัญ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning, ACP) เป็นกระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเองหรือปรึกษาสมาชิก ครอบครัว หรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ¹ โดยครอบคลุมประเด็นที่สำคัญคือ สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือให้ความสำคัญ (Patient preference) การแสดงเจตนาว่าจะรับหรือไม่รับการดูแลรักษาเมื่อถึงวาระท้าย (Advance decisions) และการเลือก “บุคคลใกล้ชิด” ทำหน้าที่แสดงเจตนาแทนเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Proxy nomination) ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางผ่านกระบวนการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้การรักษาผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ดูแลใกล้ชิด (Family meeting)^{2,3} มีการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับข้อดีของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคองจะช่วยลดการนอนโรงพยาบาล และการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์⁴ ทั้งในผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง⁵ เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา⁶ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ทำตามความปรารถนาของผู้ป่วยได้⁷ โดยมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ เพศหญิงอายุที่มากกว่า 55 ปี การศึกษาสูง การจัดการอาการรบกวน การมีประวัติเข้ารับ

บริการที่ห้องฉุกเฉินและการไม่นับถือศาสนา⁸⁻¹¹ ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้วางแผนการดูแลล่วงหน้ามีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์มากกว่าอันได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดนวดหัวใจเพื่อช่วยชีวิต การรักษาเพื่อยื้อชีวิต^{12,13} ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 กำหนดให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน ตั้งแต่ พ.ศ.2550¹⁴ และมีนโยบายพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (Service Plan Palliative Care) ในปี พ.ศ. 2559¹⁵ ให้จัดตั้งคลินิกประคับประคองในโรงพยาบาลและมีทีมสำหรับดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีระบบการให้คำปรึกษาและประสานงานส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง กำหนดตัวชี้วัดครอบคลุมเรื่องการเข้าถึงผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง การใช้ opioid ในการจัดการอาการทุกข์ทรมาน และมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยกำหนดว่าผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต้องได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และกำหนดให้มีการทำ ACP ความครอบคลุมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50, 60, 70 และ 80 ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ ตั้งแต่ปี 2561 ถึง 2564 ตามลำดับ¹⁶ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในบริบทประเทศไทยต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตยังมีจำกัด

โรงพยาบาลแม่สอด มีระบบการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยประคับประคอง ประเมินอาการทุกข์ทรมานและมีการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ที่ดูแลในหน่วยประคับประคอง ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลทั้งกลุ่มที่เป็นมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งปีละประมาณ 150 คน และมีผู้ป่วยที่ได้ทำการวางแผนการรักษาล่วงหน้า ร้อยละ 57.53 มีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลถึง ร้อยละ 40 และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 6.85 การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาถึงผลการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ การกอดนวดหัวใจ เพื่อยื้อชีวิตและสถานที่เสียชีวิตในวาระสุดท้าย

วิธีการศึกษา

คำถามของการวิจัย

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายมีผลต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ การกอดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิตและสถานที่เสียชีวิตในวาระสุดท้ายในการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาเปรียบเทียบผลการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ การกอดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิตและสถานที่เสียชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับและไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใส่ท่อช่วยหายใจ การกอดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิตและสถานที่เสียชีวิต กับรูปแบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก หนังสือรับรองเลขที่ MSHP O29/2563

ประชากรที่ศึกษา

ทำการศึกษาโดยการทบทวนบันทึกเวชระเบียนและข้อมูลบันทึกการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคอง ที่ได้รับการดูแลจากคลินิกการดูแลประคับประคองโรงพยาบาลแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2563

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา

1. กลุ่มโรคที่สามารถจะเข้าสู่การดูแลทางการดูแลประคับประคองที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยประคับประคอง ICD-10 รหัส Z515 ในโรคร่วม (comorbidity) และมีโรคหลักดังต่อไปนี้ (principal diagnosis)

- กลุ่มโรคมะเร็ง ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย
- กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ICD-10 รหัส F03
- โรคไตในระยะเวลาที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต

การรักษาเป็นไปเพื่อระดับประคอง และชะลอการเสื่อมของไต ICD-10 รหัส N185

- โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50
- โรคตับแข็ง ICD-10 รหัส K74 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure ICD-10 รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure ICD-10 รหัส K70.4 หรือ hepatic failure with toxic liver disease ICD-10 รหัส K71.7
- ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 (ใช้ข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย)

2. ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

3. มีบันทึกการเสียชีวิตในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561- 30 กันยายน 2563

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

ไม่มีบันทึกเกี่ยวกับการดูแลที่ได้รับจริงก่อนเสียชีวิต

ข้อมูลที่บันทึก ได้แก่

ข้อมูลทั่วไป: ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานะสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา

ข้อมูลปัจจัยทางคลินิก: การวินิจฉัยระยะท้าย การมีโรคร่วม อาการเหนื่อยหรืออาการปวด (numeric rating scale 0-10), Palliative Performance Scale, ระยะเวลาในการเข้ารับการดูแลกับทีมดูแลระดับประคองก่อนเสียชีวิต (care time) จำนวนวันการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล 30 วันก่อนเสียชีวิต (length of

stay (LOS)) และเคยเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินหรือไม่ในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต

การบันทึกผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าหลัง family meeting และการรักษาในวาระท้ายที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วย ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube) การกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต (CPR) และสถานที่ในการเสียชีวิต (Place of death)

ปัจจัยที่ให้ความสนใจ

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามรูปแบบกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ได้รับเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่

1. กลุ่มที่ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแบบผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม (conventional ACP; cACP)
2. กลุ่มที่ครอบครัวเป็นผู้กำหนดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Family Care Plan; FCP)
3. กลุ่มที่ไม่มีการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเลย (no ACP)

ผลลัพธ์

- การใส่ท่อช่วยหายใจ
- การกวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต
- สถานที่เสียชีวิตในวาระสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 25 ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ
- วิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนโดยใช้สถิติ Chi-square และค่ามัธยฐานโดยใช้สถิติ Nonparametric test พิจารณาค่า $P < 0.05$ มีนัยสำคัญ

ทางสถิติในการเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานทางคลินิก (clinic characteristics) การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube) การกดขนาดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต (CPR) สถานที่ในการเสียชีวิต (Place of death) ที่เกิดขึ้นจริง และ Length of Stay (LOS) ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้กำหนด (conventional ACP) กลุ่มที่ครอบครัวเป็นผู้กำหนดการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Family CP) และกลุ่มที่ไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (No ACP)

- Binary logistic regression รายงานค่าเป็น Odd Ratio (OR) และ 95% confidence interval (CI) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการใส่ท่อช่วยหายใจ การกดขนาดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต และสถานที่เสียชีวิต กับปัจจัยด้านรูปแบบการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อายุ PPS แรกรับ ระดับการศึกษา การจัดการอาการรบกวน เคยเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต และระยะเวลาเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (care time)

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่เสียชีวิตตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2563 ทั้งสิ้นจำนวน 311 คน ผ่านเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 292 คน

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยชายและหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61-80 ปี เรียนจบชั้นประถมศึกษา มีสิทธิการรักษาประเภทประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ถึงร้อยละ 86.0 และประมาณครึ่งมีโรคร่วมดังรายละเอียดในตารางที่ 1

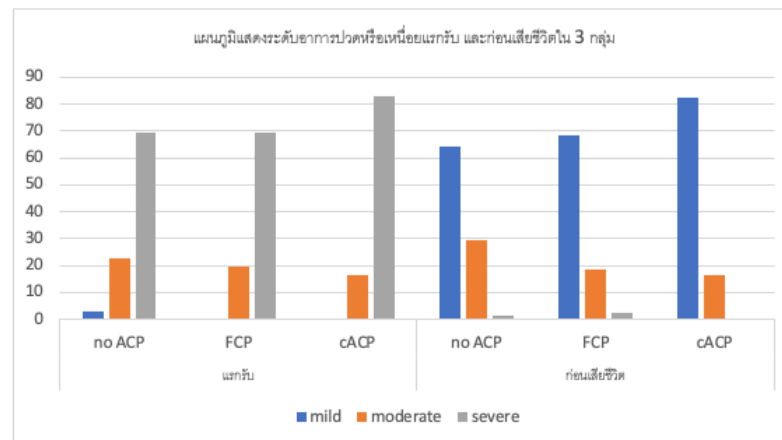
ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 81.8 เป็นผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มเข้าสู่การดูแลของทีมประคับประคอง มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง (PPS 40-60) เป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการดูแลจากพยาบาลระดับประคับประคอง ผู้ป่วยร้อยละ 37 ดูแลโดยแพทย์เจ้าของไข้ ในขณะที่ร้อยละ 63 ดูแลโดยแพทย์ระดับประคับประคอง ผู้ป่วยที่ไม่มี ACP ร้อยละ 75 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์เจ้าของไข้ ส่วนผู้ป่วยที่มี ACP ทั้งแบบ FCP และ cACP ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.9 และ 82.2 ตามลำดับ) ได้รับการดูแลโดยแพทย์ระดับประคับประคอง มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาดูแลกับทีมประคับประคอง 38 วัน นับจากวันที่ลงทะเบียนใกล้เคียงกันทั้งสามกลุ่ม ผู้ป่วยมีอาการปวดร้อยละ 66.1 และอาการเหนื่อยร้อยละ 28.1 จำนวนผู้ป่วยที่เคยเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิตเพียงร้อยละ 11 และมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิตใกล้เคียงกันที่ 4-5 วัน ผู้ป่วยไม่มี ACP ร้อยละ 25.7 ในขณะที่ผู้ป่วยมี ACP ร้อยละ 74.3 แบ่งเป็นกลุ่ม FCP ร้อยละ 28.1 และกลุ่ม cACP ร้อยละ 46.2

กลุ่ม FCP และกลุ่ม cACP ส่วนใหญ่เลือกที่จะรับการรักษาที่ไม่รุกราน โดยกลุ่ม FCP เลือกที่จะไม่รับการใส่ท่อช่วย

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	292	100.0
เพศ		
ชาย	155	53.10
หญิง	137	46.90
อายุ		
≤60 ปี	79	27.1
61-80 ปี	151	51.7
≥ 81 ปี	62	21.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	91	31.20
ประถมศึกษา	153	52.40
มัธยมศึกษา	37	12.70
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	11	3.80
สถานะสมรส		
ไม่มีคู่สมรส	142	48.60
โสด	17	5.80
หย่า	11	3.80
หม้าย	114	39.00
มีคู่สมรส	150	51.40
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	251	86.00
เบิกตรงข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	8.90
ประกันสังคม	7	2.40
ไม่มีสิทธิการรักษา/ต่างชาติชำระเงินเอง	8	2.70
โรคร่วมอื่น ๆ		
มีโรคร่วม	158	54.10
ไม่มีโรคร่วม	134	45.90

กราฟแสดงระดับความรุนแรงของอาการปวดหรือเหนื่อยแรกเริ่มและก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วยทั้งสามกลุ่ม



ACP= advance care planning, FCP = family care plan, cACP = conventional ACP

ระดับอาการปวดหรือเหนื่อย

Mild (numeric rating scale 0-3) Moderate (numeric rating scale 4-6) Severe (numeric rating scale 7-10)

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทางคลินิกของกลุ่มผู้ป่วยจำแนกตามลักษณะ ACP

ตัวแปร	กลุ่มผู้ป่วยจำแนกตามลักษณะ ACP จำนวน(ร้อยละ)			
	Total 292 คน (100)	No ACP 75 คน (25.7)	FCP 82 คน (28.1)	cACP 135 คน (46.2)
การวินิจฉัยระยะท้าย (คน)				
Cancer	239 (81.8)	55 (73.1)	59 (72.0)	125 (92.6)
Lung cancer	92 (31.5)	21 (28.0)	21 (25.6)	50 (37.0)
Gastrointestinal cancer	92 (31.5)	25 (33.3)	29 (35.4)	38 (28.1)
Head and neck cancer	14 (4.8)	2 (2.7)	3 (3.7)	9 (6.7)
others	41 (14.0)	7(9.1)	6 (7.3)	28 (20.8)
Non-cancer	53 (18.2)	20 (26.7)	23 (28.0)	10 (7.4)
COPD	15 (5.1)	9 (12.0)	4 (4.9)	2 (1.5)
ESRD	14 (4.8)	2 (2.7)	5 (6.1)	7 (5.2)
Bed ridden	14 (4.8)	4 (5.3)	10 (12.2)	0
Others	10 (3.5)	5 (6.7)	4 (4.8)	1 (0.7)
ที่มาการดูแลแบบประคับประคอง (คน)				
ดูแลโดยแพทย์เจ้าของไข้	108 (37.0)	56 (74.7)	28 (34.1)	24 (17.8)
ดูแลโดยแพทย์ระดับประคอง	184 (63.0)	19 (25.3)	54 (65.9)	111 (82.2)
Palliative Performance Scale, PPS (คน)				
10-30	79 (21.1)	23 (30.7)	34 (41.5)	22 (16.3)
40-60	188 (64.4)	51 (68.0)	45 (54.8)	92 (68.1)
70-100	25 (8.6)	1 (1.3)	3 (3.7)	21 (15.6)
อาการรบกวน (คน)				
ปวด	193 (66.1)	47 (24.4)	48 (24.9)	98 (50.8)
เหนื่อย	82 (28.1)	23 (28.0)	24 (29.3)	35 (23.7)
อื่น ๆ	39 (13.4)	11 (28.2)	17 (43.6)	11 (28.2)
จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉิน	32 (11.0)	4 (5.3)	6 (7.3)	22 (16.3)
จำนวนวันการดูแลประคับประคอง	38	45	37	38
ก่อนเสียชีวิต (median, IQR)	(12.00-88.0)	(11.0-115.0)	(12.75-93.25)	(14.0-84.0)
จำนวนวันการนอนโรงพยาบาล	5.0 (1-12.0)	4 (0.0-11.0)	5 (1.0-12.0)	5 (1.0-12.0)
ก่อนเสียชีวิต (median, IQR)				
ผลการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP)				
No tube	-	-	76 (92.7)	134 (99.3)
No CPR	-	-	82 (100)	135 (100)
Home death	-	-	49 (59.8)	118(87.4)

ACP = advance care planning, FCP = family care plan, cACP = conventional ACP

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ความสำเร็จในการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า

ประเด็นการดูแลและระยะท้าย	ผลลัพธ์ความสำเร็จในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (concordance)*	
	Family care plan	Conventional ACP
ET-Tube	77 (93.9%)	134 (99.3%)
CPR	82 (100%)	135 (100%)
Place of death	69 (84.1%)	107 (79.3%)

*ผลลัพธ์ความสำเร็จในการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า หมายถึง การได้รับการดูแลระยะท้ายตรงตามความต้องการที่บันทึกไว้ในประเด็นเรื่อง ET-tube, CPR, place of death

หายใจร้อยละ 92.7 ส่วนกลุ่ม cACP เลือกที่จะไม่รับการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 99.3 ผู้ป่วยทั้งหมดเลือกที่จะไม่รับการกดขนาดหัวใจเพื่อยื้อชีวิตในวาระสุดท้าย ส่วนประเด็นเรื่องการเลือกสถานที่เสียชีวิต กลุ่ม FCP เลือกเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 59.8 ในขณะที่กลุ่ม cACP เลือกเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 87.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

จากกราฟแสดงระดับความรุนแรงของอาการปวดหรือเหนื่อยก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วยสามกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการรบกวนทำให้ระดับความรุนแรงลดลง จากระดับรุนแรงเมื่อแรกรับร้อยละ 82.2 เหลือเพียงร้อยละ 0.8 ก่อนเสียชีวิต โดยที่ระดับความรุนแรงของอาการจะลดลงเหลือระดับเล็กน้อยทั้งสามกลุ่ม โดยกลุ่มที่ระดับความรุนแรงก่อนเสียชีวิตเหลือระดับเล็กน้อยมีสัดส่วนมากที่สุดคือกลุ่ม cACP (ร้อยละ 82.2)

ผลลัพธ์ความสำเร็จของการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า เมื่อพิจารณาการดูแลที่ได้รับจริงในวาระท้ายเทียบกับความต้องการที่บันทึกไว้ พบว่า ในกลุ่ม FCP และ cACP ได้รับการดูแลจริงในระย่ายตรงตามความต้องการที่บันทึกไว้ในด้านการใส่ท่อช่วยหายใจคิดเป็นร้อยละ 93.9 และ 99.3 ตามลำดับ ด้านการกดขนาดหัวใจเพื่อยื้อชีวิตคิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่ม และด้านสถานที่เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 84.1 และ 79.3 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

การเปรียบเทียบการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจริงในวาระสุดท้าย พิจารณาตามรูปแบบการทำการวางแผนครอบครัว พบว่ากลุ่ม No ACP, FCP และ cACP มีสัดส่วนผู้ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ

17.3, 13.4 และ 0.7 ตามลำดับ, $P < 0.01$) และเสียชีวิตที่บ้านที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 66.7, 56.1 และ 75.6 ตามลำดับ, $P = 0.012$) ในขณะที่มีผู้ป่วยรายเดียวที่ได้รับการกดขนาดหัวใจก่อนเสียชีวิต (p -value = 0.237) และจำนวนวันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนเสียชีวิตคือ 4, 5 และ 6 วันตามลำดับ ($P = 0.704$) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล โดยพิจารณาทั้งปัจจัยด้านตัวบุคคลและปัจจัยทางคลินิก พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ คือ โรคมะเร็ง (OR = 0.291, 95%CI: 0.100 to 0.847) และการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแบบผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม (cACP) (OR = 0.08, 95%CI: 0.015 to 0.423) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ได้แก่ การศึกษาที่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป (OR = 10.627, 95% CI: 2.074 to 54.397) การได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง (OR 0.374, 95%CI: 0.180 to 0.776) การมีประวัติเคยรับบริการที่ห้องฉุกเฉินในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต (OR = 3.031, 95%CI: 1.260 to 7.289) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต (OR = 1.036, 95%CI = 1.009 to 1.063) ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้าถึงบริการประคับประคองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาที่ประเทศเยอรมัน¹⁷ ประเทศ

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบการดูแลในวาระท้ายด้าน การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube) การกอดหน้าอกเพื่อช่วยชีวิต (CPR) สถานที่ในการเสียชีวิต (Place of death) และจำนวนวันการเข้ารับการรักษาระหว่างครั้งสุดท้ายก่อนเสียชีวิต (LOS)

ตัวแปร	รวม	การดูแลที่ได้รับจริงในวาระท้าย			p-value
		No ACP (75 คน)	FCP (82 คน)	cACP (135 คน)	
การใส่ท่อช่วยหายใจ (ET tube)					
ใส่	25 (8.6%)	13 (17.3%)	11 (13.4%)	1 (0.7%)	<0.001*
ไม่ใส่	267 (91.4%)	62 (82.7%)	71 (86.6%)	134 (99.3%)	
การกอดหน้าอกเพื่อช่วยชีวิต (CPR)					
ได้รับการ CPR	1(0.3%)	1 (1.3%)	0 (0%)	0 (0%)	
ไม่ได้รับการ CPR	291 (99.7%)	74 (98.7%)	82 (100%)	135 (100%)	0.237*
สถานที่ในการเสียชีวิต (Place of death)					
บ้าน	198 (67.8%)	50 (66.7%)	46 (56.1%)	102 (75.6%)	
โรงพยาบาล	94 (32.2%)	25 (33.3%)	36 (43.9%)	33 (24.4%)	0.012*
จำนวนวันการเข้ารับการรักษาระหว่างครั้งสุดท้ายก่อนเสียชีวิต (LOS) (median, IQR)					
Total	292	75	82	135	0.704**

ACP = advance care planning, FCP= family care plan, cACP = conventional ACP

*วิเคราะห์โดยสถิติ chi-square กำหนด p-value ≤ 0.05

**วิเคราะห์โดยใช้สถิติ independence-sample Kruskal-Wallis test กำหนด p-value ≤ 0.05

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อสถานที่เสียชีวิต และการใส่ท่อช่วยหายใจ

ตัวแปร	เสียชีวิตที่โรงพยาบาล			การใส่ท่อช่วยหายใจ		
	OR	95%CI	p-value	OR	95%CI	P-value
ปัจจัยด้านตัวบุคคล						
อายุ > 65 ปี	0.899	0.494-1.636	0.728	1.707	0.549-5.306	0.356
การศึกษาสูง (ปริญญาตรีขึ้นไป)	10.627	2.076-54.397	0.005*	2.024	0.197-20.769	0.553
ปัจจัยทางคลินิก						
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า**			0.083			0.008
FCP	1.319	0.630-2.762	0.463	0.387	0.129-1.164	0.091
cACP	0.591	0.286-1.224	0.157	0.08	0.015-0.423	0.003*
โรคมะเร็ง	0.374	0.180-0.776	0.008*	0.291	0.100-0.847	0.024*
PPS \leq 30	1.726	0.899- 3.312	0.101	2.152	0.729-6.355	0.165
มีประวัติรับบริการห้องฉุกเฉิน	3.031	1.260-7.289	0.013*	3.945	0.844-18.439	0.081
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	1.036	1.009-1.063	0.009*	1.014	0.969-1.062	0.541
การคุมอาการได้ดี***	0.600	0.305-1.182	0.140	0.626	0.215-1.818	0.389

วิเคราะห์โดยใช้สถิติ binary logistic regression

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

**เปรียบเทียบกับ No ACP

***อาการปวดหรือเหนื่อยก่อนเสียชีวิต numeric rating scale = 0-3

สกอตแลนด์¹⁸ และสหรัฐอเมริกา¹⁹ ที่ผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งจะเข้าถึงบริการดูแลระดับประคองได้น้อยกว่าผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการในช่วงที่ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง มีสติและสามารถสื่อสารได้พอสมควร ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการดูแลประมาณ 1 เดือนก่อนเสียชีวิต มากกว่าครึ่งทุกรายมาจากอาการปวดและได้รับการจัดการอาการรบกวนทั้งหมด ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีอาการรบกวนก่อนเสียชีวิตในระดับน้อย ทำให้การเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิตมีน้อยเพียงร้อยละ 10 และมีวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิตเพียง 5 วัน

ผู้ป่วยในการศึกษาคั้งนี้ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าถึงร้อยละ 74.3 ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับตัวเลขการรายงานในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 2 และทั่วประเทศซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 28.29 และ 25.6 ตามลำดับ²⁰ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ทั้งหมดปฏิเสธการกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต และส่วนใหญ่เลือกเสียชีวิตที่บ้าน ผู้ป่วยรับการดูแลโดยแพทย์ระดับประคองถึงร้อยละ 63 ของผู้ป่วยระดับประคองทั้งหมด และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการโอกาสได้ทำการวางแผนดูแลล่วงหน้าแบบผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม (cACP) ได้ถึงร้อยละ 82 และเลือกเสียชีวิตที่บ้านมากกว่าโรงพยาบาล อีกทั้งยังควบคุมอาการทุข์ทรมานได้ดีกว่ากลุ่มที่ดูแลโดยแพทย์เจ้าของไข้ จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การเข้าถึงบริการระดับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเป็นผลดีต่อผู้ป่วยทั้งในแง่การบำบัดอาการทุข์ทรมาน การลดการใช้บริการห้องฉุกเฉิน มีการวางแผนการ

ดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเลือกการรักษาที่ไม่รุกรานและเลือกเสียชีวิตที่บ้าน ใกล้เคียงกับงานวิจัยหลายประเทศ²¹⁻²³ การศึกษาคั้งนี้ยังแสดงให้เห็นถึงบริบทของสังคมไทยที่ครอบครัวจะมีบทบาทอย่างมากต่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่กระทำโดยครอบครัว โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้มีส่วนร่วมถึงร้อยละ 28 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศแถบเอเชีย ที่การวางแผนการดูแลล่วงหน้ามักจะเป็นการสื่อสารกันระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว เนื่องจากเรื่องของความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติที่ญาติมักจะกังวลกลัวว่าผู้ป่วยจะกลัวและเสียใจ จึงมักจะให้ญาติเป็นผู้ตัดสินใจแทน²⁴

ส่วนการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจริงในวาระสุดท้ายเมื่อเทียบกับความต้องการของผู้ป่วยหรือครอบครัวพบว่า ทั้งสองกลุ่ม FCP และ cACP ได้รับการดูแลวาระสุดท้ายตรงตามความต้องการที่บันทึกไว้เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80-100) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเทศอังกฤษ ที่พบว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิตตามสถานที่ที่ตนเองต้องการตามที่ได้ระบุไว้ใน ACP ร้อยละ 75⁹ และเมื่อพิจารณาการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับจริงในวาระสุดท้าย พบว่าการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยทั้งหมดมีเพียงร้อยละ 8.6 และเสียชีวิตที่บ้านถึงร้อยละ 67.8 โดยกลุ่มที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (cACP) จะมีสัดส่วนการไม่ใส่ท่อช่วยหายใจและเสียชีวิตที่บ้านสูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วม (FCP) และกลุ่มที่ไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (no ACP) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ดังกล่าวด้วย binary logistic regression การวางแผนการดูแลล่วงหน้าแบบที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม มีผลต่อการลด

อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อเทียบกับการไม่ได้ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าได้ร้อยละ 92 (OR 0.08, P = 0.03) สอดคล้องกับการวิจัยที่อยู่ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีโอกาสได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจถึง 10 เท่า²⁵ และผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งถึงร้อยละ 71 (OR = 0.29, P = 0.024) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แต่มีปัจจัยอื่นที่มีผลมากกว่า ได้แก่ การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปจะเสียชีวิตที่โรงพยาบาลมากกว่าถึง 10 เท่า (OR 10.627, P = 0.005) มีประวัติเคยรับบริการห้องฉุกเฉินในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิต จะเพิ่มการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล 3 เท่า (OR 3.031, P = 0.013) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในช่วง 30 วันก่อนเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น 1 วันจะเพิ่มการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลขึ้น 1 เท่า (OR 1.036, P = 0.009) ส่วนผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งมีโอกาสการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นมะเร็งร้อยละ 63 (OR 0.374, P = 0.008)

งานวิจัยฉบับนี้แสดงให้เห็นว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมจะส่งผลให้เป้าหมายที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการไว้ล่วงหน้าเป็นจริง คือลดการใส่ท่อช่วยหายใจ ลดอาการรบกวน แม้ว่าสถานที่การเสียชีวิตส่วนใหญ่จะเป็นไปตามที่ผู้ป่วยเลือกคือที่บ้าน แต่ก็ยังมีปัจจัยที่ส่งผลอื่น ๆ ระดับการศึกษา ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่จะดูแลที่บ้าน

ปัจจัยความสำเร็จจากบทเรียนของทีมระดับประคองโรงพยาบาลแม่สอด

จังหวัดตาก คือการมีทีมดูแลระดับประคองที่เข้าถึงได้สะดวกทั้งในหอผู้ป่วยคลินิกระดับประคอง และการเยี่ยมบ้านที่เชื่อมโยงกัน ทางทีมใช้กลยุทธ์ในการประสานแพทย์เจ้าของไข้ผ่านองค์กรแพทย์ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยา strong opioids และทีมพยาบาลจะไปเยี่ยมบ้าน โดยแจ้งผลการรักษาให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ รวมถึงแจ้งผลการเบิกงบประมาณ palliative care จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ผู้บริหารทราบทุกปี ทีมระดับประคองมีความพยายามเข้ารับการดูแลตั้งแต่เริ่มเข้าสู่การดูแลแบบประคองเมื่อถูกวินิจฉัยโรคระยะท้าย และลงทะเบียนควบคู่กับการดูแลตามโรคเฉพาะ ทำให้มีการจัดการอาการรบกวน การเข้าถึง strong opioids และการดูแลเรื่องของสภาพจิตใจและจิตวิญญาณได้เร็วขึ้น ถึงแม้จะยังไม่มี การส่งปรึกษาอย่างเป็นทางการก็ตาม โอกาสพัฒนาที่สำคัญคือ การเข้าบริการของผู้ป่วยระยะท้ายที่มีใช้โรคมะเร็งคงเป็นโจทย์สำคัญที่ทางทีมต้องหากกลยุทธ์การเข้าถึงบริการที่มากขึ้น

สรุปผลงานวิจัย

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถลดโอกาสการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีโอกาสใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง ส่วนสถานที่ในการเสียชีวิตจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพียงอย่างเดียว โดยมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสถานที่เสียชีวิต ได้แก่ การศึกษาสูง มีประวัติเคยรับบริการห้องฉุกเฉินและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลจะเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยที่เป็น

มะเร็งพบว่าจะลดโอกาสการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล

ข้อจำกัดงานวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน อาจจะมีข้อจำกัดของความหลากหลาย และความครบถ้วนของข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๗ ตอนพิเศษ ๒๖๑ ง. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓ [Internet]. 2563 [cited 2020 Dec 28]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T_0003.PDF
2. กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2557 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2557.
3. เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care plan) | โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ [Internet]. www.budnet.org. 2554 [cited 2020 Aug 9]. Available from: <http://www.budnet.org/sunset/node/213>
4. Tran M, Grant M, Clayton J, Rhee J. Advance care decision making and planning. Aust J Gen Pract [Internet] 2018 [cited 2020 Jul 28];47(11):753-757. Available from: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/november/advance-care-decision-making-and-planning>
5. Quinn KL, Stukel T, Stall NM, Huang A, Isenberg S, Tanuseputro P, et al. Association between palliative care and healthcare outcomes among adults with terminal non-cancer illness: Population based matched cohort study. BMJ [Internet]2020 [cited 2020 Nov 15];370:2257. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136>
6. Thompson TDB, Barbour RS, Schwartz L. Health professionals' views on advance directives: a qualitative interdisciplinary study. Palliat Med [Internet] 2003 [cited 2020 Aug 2];17(5):403-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12882258>
7. Van Wijmen MPS, Pasma HRW, Widdershoven GAM, Onwuteaka-Philipsen BD. Continuing or forgoing treatment at the end of life? Preferences of the general public and people with an advance directive. J Med Ethics [Internet] 2015[cited 2020 Aug 17];41(8):599-606. Available from: <https://jme.bmj.com/content/41/8/599>
8. Enguidanos S, Ailshire J, Davis L. Timing of Advance Directive Completion and Relationship to Care Preferences HHS Public Access. J Pain Symptom Manag 2017;53(1):49-56.
9. Abel J, Pring A, Rich A, Malik T, Verne J. The impact of advance care planning of place of death, a hospice retrospective cohort study. BMJ Support Palliat Care [Internet] 2013 [cited 2020 Aug 17];3(2):168-73. Available from: <http://spcare.bmj.com/>
10. Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: Predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. J Clin Oncol [Internet] 2010 [cited 2020 Sep 6];28(7):1203-8. Available from: [/pmc/articles/PMC2834470/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC2834470/?report=abstract)

เอกสารอ้างอิง

11. Van Der Steen JT, Van Soest-Poortvliet MC, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L, De Boer ME, Van Den Block L, et al. Factors associated with initiation of advance care planning in dementia: A systematic review. *J Alzheimer's Dis* [Internet] 2014 [cited 2020 Aug 15];40(3):743–57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24531163/>
12. Cardona-Morrell M, Kim JCH, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: A systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Heal Care* [Internet] 2016 [cited 2020 Aug 26];28(4):456–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27353273/>
13. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JAC, Van Der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review [Internet]. Vol. 28, *Palliative Medicine*. SAGE Publications Ltd; 2014 [cited 2020 Nov 15]. p. 1000–25. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216314526272>
14. ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอน 16ก. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. 2550.
15. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. List disease of Palliative care and Functional unit. บริษัท อาร์ท ควอลิตี้ จำกัด; 2559. p 110.
16. กระทรวงสาธารณสุข. ชื่อตัวชี้วัด ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) [Internet]. 2563 [cited 2020 Aug 26]. Available from: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=778>
17. Stiel S, Heckel M, Seifert A, Frauendorf T, Hanke RM, Ostgathe C. Comparison of terminally ill cancer-vs. non-cancer patients in specialized palliative home care in Germany-A single service analysis. *BMC Palliat Care* 2015;14(1):1–7.
18. Zheng L. How good is primary care at identifying patients who need palliative care? A mixed methods study. *Eur J Palliat Care* 2013; 20(5): 216-222.
19. Gutsell KJ, Schluchter M, Margevicius S, Degolia PA, McLaughlin B, Harris M, et al. Music therapy reduces pain in palliative care patients: A randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2013;45(5):822–831.
20. กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ปีงบประมาณ2564 [Internet]. HDC program. 2020 [cited 2020 Nov 15]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b08560518ca0ebcaf2016dab69fb38b5&id=a67ee74a4c0ff3c775b591be4ec80086
21. Tan WS, Bajpai R, Ho AHY, Low CK, Car J. Retrospective cohort analysis of real-life decisions about end-of-life care preferences in a Southeast Asian country. *BMJ Open* [Internet] 2019 [cited 2020 Aug 17];9(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33011111/>
22. Bischoff KE, Sudore R, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. Advance care planning and the quality of end-of-life care in older adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet] 2013 [cited 2020 Jul 12];61(2):209–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23411111/>
23. Kim S, Koh S, Park K, Kim J. End-of-life care decisions using a Korean advance directive among cancer patient-caregiver dyads. *Palliat Support Care* [Internet] 2017 [cited 2020 Aug 17];15(1):77–87. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27804916/>

เอกสารอ้างอิง

24. Cheng SY, Lin CP, Chan HYL, Martina D, Mori M, Kim SH, et al. Advance care planning in Asian culture. *Jpn J Clin Oncol* 2020;50(9):976–989.

25. สุนีย์ ณีคะนันท์. การรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่อยู่ในโรงพยาบาล Non-Beneficial Treatments in Hospitalized Advance Stage Cancer Patients. *สารคดีประชากรศาสตร์* 2562;16.

กรณีศึกษา

บทบาททีมเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีต่อการดูแลต่อเนื่อง: กรณีศึกษา การจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

Received: September 11, 2020; Revised: October 2, 2020; Accepted: April 13, 2021

พว.นุชจริย ธีระแนว

พิมพ์พร ใจอ่อน,

นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

พว. นิตยา ลำคำ

ผศ. นพ. นนท์ ไสวัญณะ

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว *

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

*Corresponding author E-mail:

nons2521@gmail.com

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดทางสมองเฉียบพลันเป็นโรคที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก กรณีศึกษานี้แสดงถึงบทบาทของทีมเวชศาสตร์ครอบครัวต่อผู้ป่วยและครอบครัว

รายงานผู้ป่วย: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 32 ปี มาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง 2 ชั่วโมงก่อนมาเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท หลังการนั้นผู้ป่วยเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน แผนกศัลยกรรมประสาทแผนกเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 1 ปี โดยที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยเป็นนักดนตรีกลางคืน มีประวัติสูบบุหรี่ 6-8 มวน/วัน และดื่มสุราทุกวันมาประมาณ 10 ปี ผู้ป่วยมักชอบรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ทีมเวชศาสตร์ครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วย ประชุมครอบครัวผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อม ประสานงานกับอาสาสมัครในชุมชนและติดตามให้การดูแลผู้ป่วยถึงบ้านเป็นเวลาหลายเดือน ผลลัพธ์การดูแล พบว่า ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้และสามารถกลับมาประกอบอาชีพหารายได้ให้ครอบครัวได้

สรุป: บทบาทหนึ่งของทีมเวชศาสตร์ครอบครัว คือทำงานร่วมกับแพทย์เฉพาะทางภายในโรงพยาบาล เริ่มต้นตั้งแต่ภายในโรงพยาบาลหลังผู้ป่วยพ้นวิกฤต เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีส่วนร่วม รวมถึงมีการประสานงานกับทีมสุขภาพใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และการดูแลระยะฟื้นฟูจะส่งผลดีต่อการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยจนสามารถกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การดูแลต่อเนื่อง, การประสานงาน, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, การดูแลระยะกลาง, การดูแลระยะฟื้นฟู

Case Study

Role of Family Care Team on Continuity of Care: Case Management in An Acute Stroke Patient

Received: September 11, 2020; **Revised:** October 2, 2020; **Accepted:** April 13, 2021

Abstract

Background: Acute stroke substantially impacts on the quality of life of a patient and family. This case study aims to demonstrate how continuity of care can be provided by family care team in this patient and family.

Case Report: A Thai 32-year-old male patients presented with left hemiparesis for 2 hours before admission to a neurosurgical ward. The diagnosis was acute hemorrhagic stroke. A neurosurgeon treatment planned a conservative management and consulted the family care team to prepare patients and their families before discharge from the hospital. He had a 1-year history of hypertension and refused to take pills. He works as a musician in a nightclub, smokes 6-7 cigarettes a day, drinks alcohol every day for 10 years. His diet is unhealthy. A family care team conducted a family conference to develop discharge planning, coordinate with community volunteers and follow up to take care of the patient at home for months. As the result, the patient can return to take care of himself and be able to return to work to earn income for the family.

Conclusion: One role of family care team is to work with the specialists to provide discharge planning for a stroke hospitalized patient who is medically stable. The family engagement, coordination with the local home care team and seamless referral system ensures continuity of care. Home-based intermediate care provision is an effective program for physical recovery and patient's quality of life improvement.

Keywords: acute stroke, continuity of care, family engagement, intermediate care, coordination care

Nuchjaree Teeranaw, RN
Pimonporn Jaion, PT
Nitiya Lamkham, RN
Asst. Prof. Dr. Non Sowanna, *
Diploma Thai Board of Family
Medicine

Department of Family Medicine,
Naresuan University
*Corresponding author e-mail:
nons2521@gmail.com

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน นอกจากการดูแลภายในโรงพยาบาลในระยะเฉียบพลันแล้ว จำเป็นต้องคำนึงถึงผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งมิติการดูแลตนเอง จิตใจ¹⁻³ การเตรียมตัวของครอบครัว การทำงานและบทบาททางสังคมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป

หนึ่งในกระบวนการที่สำคัญก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน คือการทำงานเชิงรุกของทีมเวชศาสตร์ครอบครัว เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว ตั้งแต่ก่อนกลับบ้านไปจนถึงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับชุมชนอย่างเต็มรูปแบบ โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนคือ ลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงไม่ได้เกิดที่ร่างกายฟื้นตัว แต่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทัศนคติใหม่ต่อการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า⁴⁻⁷ สามารถดูแลทั้งตนเองและสามารถช่วยเหลือคนที่เจ็บป่วยในครอบครัว เป็นต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพให้กับทุกคนในครอบครัวและชุมชนข้างเคียง

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 32 ปี อาชีพนักดนตรี (กีตาร์) มาด้วยอาการ แขนขาซ้ายอ่อนแรง หน้าเบี้ยวซีกซ้าย พูดไม่ชัด 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

1 ปีก่อนหน้า เคยมีอาการรูบขณะพัก จึงไปพบหมอที่คลินิก หมอบอกว่าความดันโลหิตสูง แนะนำให้รับประทานยา แต่ผู้ป่วย

ปฏิเสธ หลังจากนั้นมีอาการปวดศีรษะเรื้อรังตลอด 1 เดือน

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ช่วงเวลาประมาณ 6 โมงเช้า ขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะเอื้อมมือไปหยิบแก้วน้ำ ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกว๊านว๊าน ไม่มีแรงอย่างฉับพลัน ไม่สามารถหยิบแก้วน้ำและไม่สามารถยกแขนซ้ายขึ้นได้ แต่ยังคงเดินได้ ผู้ป่วยจึงเดินไปหาบิดาที่ห้องนอน บิดาเห็นอาการของผู้ป่วย จึงโทรเรียก 1669 นำส่งโรงพยาบาลศัลยแพทย์ระบบประสาท พิจารณาให้การรักษาแบบ conservative treatment จนเมื่ออาการเริ่มคงที่ ทางแผนกศัลยกรรมระบบประสาทจึงส่งปรึกษางานดูแลต่อเนื่องจากวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อวางแผนเตรียมความพร้อมกับผู้ป่วย และครอบครัวก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

กระบวนการ Pre-home visit และ Discharge plan

ทีมดูแลต่อเนื่องได้เยี่ยมผู้ป่วยตั้งแต่วันที่พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยใน และประชุมร่วมกับครอบครัวผู้ป่วย (family meeting) โดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย ทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด มาพูดคุยเพื่อเตรียมสำหรับการกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้าน ดังนี้

1. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมก่อนกลับบ้าน พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่วนตัว เริ่มสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 15 ปี และสูบอย่างสม่ำเสมอ ปริมาณ 6-7 มวน/วัน เป็นเวลา 10 ปี ชอบรับประทานหมูกระทะทุกวันและเนื้อที่ไหม้เกรียม พักผ่อนช่วงกลางวัน ส่วนการทำงานเล่นดนตรีตำแหน่งมือกีตาร์เวลา 22.00-03.00 น. หลังเลิกงานส่วนใหญ่มักดื่มสุรา

สังสรรค์กับเพื่อนต่อ ทำให้พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเส้นเลือดสมองแตก และได้ประเมิน Perception ของผู้ป่วยและญาติต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ พร้อมแนะนำอาการ สาเหตุ การดูแลสุขภาพหลังจากออกจากโรงพยาบาล ความจำเป็นในการรับประทานยา การทำกายภาพต่อเนื่อง การตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉิน โทร 1669 นำส่งโรงพยาบาลทันที และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ มีการสาธิตและให้ฝึกการทำกายภาพบำบัดขณะอยู่ที่โรงพยาบาล โดยประเมินก่อนกลับบ้าน

2. นัดหมายการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องด้วยตนเองตามที่ผู้ป่วยและ caregiver ได้รับการฝึกขณะอยู่โรงพยาบาล และติดตามการปรับเปลี่ยนชีวิตภายหลังการเจ็บป่วย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

3. เตรียมทีมสหวิชาชีพกับการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลงานดูแลต่อเนื่อง นักกายภาพบำบัด และพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำพื้นที่

การประเมินผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (People-centered approach)

Ideas:

ผู้ป่วยทราบว่าแขนและขาข้างซ้ายอ่อนแรง เนื่องจากมีเลือดออกในสมองจากโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยเองและการสูบบุหรี่

Feelings:

1. รู้สึกกังวล เกรงใจทุกครั้งที่เพื่อนร่วมงานมาเยี่ยมขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและที่

บ้าน เป็นห่วงและกลัวว่าจะกลับไปเล่นกีตาร์ไม่ได้

2. รู้สึกเสียใจที่ขณะเจ็บป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จึงไม่สามารถดูแลแมวที่เลี้ยงไว้จนเกิดอุบัติเหตุทำให้แมวเสียชีวิต

Function:

คิดว่าตนเองไม่สามารถกลับมาประกอบอาชีพนักดนตรีได้ดังเดิม ไม่สามารถกลับไปทำงานในวงดนตรีเพื่อเล่นกีตาร์ได้ เนื่องจากจำเป็นต้องใช้นิ้วซ้ายจับคอรัคกีตาร์ และเพิ่มภาระให้กับบิดาต้องมาดูแลตนเอง รวมถึงเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วยครั้งนี้

Expectation:

ผู้ป่วยวางแผนว่า หากอาการดีขึ้นบ้าง ถึงแม้ไม่สามารถเล่นกีตาร์ได้เหมือนเดิม จะเปลี่ยนอาชีพเป็น sound engineer แทน และตั้งใจจะบวชเพื่อทดแทนบุญคุณให้แก่บิดา เพราะรู้สึกสงสารบิดาที่ต้องมาดูแลตนเองตลอดเวลา โดยก่อนหน้านี้เมื่อหลายปีก่อนบิดาเคยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมารดาของตนซึ่งป่วยเป็นโรคเส้นเลือดสมองแตกและเสียชีวิตในเวลาต่อมา และในปัจจุบันต้องมาดูแลตนเองอีก นอกจากนั้น มีเรื่องที่ทำให้เสียใจคือ เห็นแมวที่เลี้ยงและรักมากถูกรถชนจนเสียชีวิต แต่ตนช่วยไม่ได้ ความรู้สึกเหล่านี้จึงเป็นแรงผลักดันว่าจะตั้งใจทำตามคำแนะนำของทีมดูแลต่อเนื่อง คือทำกายภาพบำบัดทุกวันตามเวลาที่กำหนด วันละ 3 ครั้ง (เช้า กลางวัน เย็น) ครั้งละ 30 นาที เพื่อตนเองจะได้กลับมาช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด

สำหรับความคาดหวังของบิดา คืออยากให้ผู้ป่วยกลับมาหายเป็นปกติ เพื่อให้สามารถกลับมาเล่นกีตาร์ ซึ่งเป็นอาชีพที่ผู้ป่วยรักมากที่สุด อย่างไรก็ตาม หากไม่สามารถรักษากลับมาเป็นปกติ ก็พร้อมที่จะดูแลบุตรชายต่อไป เพราะกังวลว่าจะมีภาวะเครียดและคิดฆ่าตัวตาย

การประเมินครอบครัว (Family-oriented approach)

จากกระบวนการทำ Family meeting ทำให้ได้ข้อมูลผังครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัว สังเกตได้ว่าครอบครัวผู้ป่วยน่าจะมีความสัมพันธ์ที่แนบชิดกันและยังมีความห่วงใยกันในระดับที่สูง การเปลี่ยนแปลงสุขภาพของคนในครอบครัว (family influence on health) เมื่อสอบถามผังครอบครัวและความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวได้ดังภาพที่ 1

จากข้อมูลกระบวนการเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน (Discharge planning) ช่างต้น จะพบว่า ผู้ป่วยรับรู้โรคของตนเองเป็นอย่างดี ขณะสนทนาสังเกตว่าผู้ป่วยสอบถามเป็นระยะว่า “สามารถกลับมาหายได้ปกติเหมือนเดิมไหมตอนนี้อยากกลับไปทำงานให้เร็วที่สุด” จากการประเมินบทสนทนาและสีหน้าที่ผู้ป่วยแสดงออก พบว่ามีความกังวลและเครียดเกี่ยวกับการหายกลับมาเป็นปกติ ประกอบกับบิดาเล่าว่าบุตรมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว เวลาช่วยฝึกกายภาพ ซึ่งก็ได้ให้กำลังใจบุตรตลอดเวลา และเข้าใจ สงสารลูก คาดหวังเพียงให้กลับมาช่วยเหลือตนเองได้ ไม่อยากให้บุตรพิการหรือเป็นอัมพาต แต่ถ้าสามารถกลับมาทำทุกอย่างได้ตามเดิมยิ่งดีที่สุดในสำหรับการ

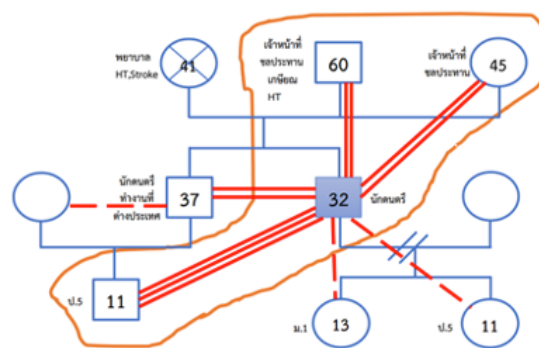
ประเมินเรื่องความหวังหรือแรงจูงใจในการทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูตนเอง ผู้ป่วยยังอยู่ในระยะของ Depression ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความเปลี่ยนแปลงของจิตใจเมื่อเผชิญกับการสูญเสีย The Five Stages of Grief ของ Elizabeth Kubler-Ross

จึงสรุป Problem lists เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ดังนี้

1. Hemorrhagic Stroke with Lt. hemiplegia
2. Stages of Grief: Depression stage
3. Chronic alcoholic (Hazardous drinking) and smoking abuse (10 pack-years)

ซึ่งจะพบว่าการป่วยทางกาย อารมณ์ และพฤติกรรมมีความเชื่อมโยงกัน จากปัญหาดังกล่าว ทีมดูแลต่อเนื่อง จึงได้วางแผนร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และสหวิชาชีพ เพื่อกำหนดเป้าหมายเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

- ออกแบบการทำการกายภาพบำบัดที่บ้าน โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว และอุบัติเหตุจากการทำการกายภาพบำบัด เช่น การหกล้ม



ภาพที่ 1 family genogram

- ประเมินความพร้อมผู้ป่วย และ caregiver รวมถึงเตรียมสถานที่ในบ้าน
- ประสานคลินิกหออกรับผู้ป่วยในชุมชน เพื่อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นสำหรับการฟื้นฟูการทำกายภาพบำบัด เช่น ไม้ค้ำยัน tripod cane
- ประสานส่งต่อข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อติดตามเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน และติดตามการทำกายภาพต่อเนื่องตามระยะเวลา คือ 2 สัปดาห์, 1 เดือน และ 3 เดือน ตามลำดับ ร่วมกับสาขาวิชาชีพ นักกายภาพบำบัดในการเป็นที่เลี้ยงให้กับ ทีมดูแลสุขภาพในพื้นที่เพื่อร่วมติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เมื่อพบปัญหาซับซ้อน สามารถปรึกษาหออกรับเพื่อพิจารณาปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขา ในโรงพยาบาลได้เป็นระยะ

Home visit assessments

ทีมดูแลต่อเนื่องได้ติดตามผู้ป่วยที่บ้านครั้งที่ 1 วันที่ 28 ตุลาคม 2560 ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ได้ผลการประเมินตามแนวทาง INHOMESSS ดังตารางที่ 1

การดำเนินงานของทีมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เน้นที่การเสริมสร้างพลังใจ (empowerment) ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล (บิดาผู้ป่วย) เนื่องจากเห็นว่าสามารถดูแลตนเองได้ตามแผนการรักษา คือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติด ข้อไหล่หลุด เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ที่ได้วางแผนไว้ตั้งแต่ในขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล และไม่พบภาวะ caregiver burden แม้ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจที่ตนเองป่วย แต่ประเมินแล้วยังไม่พบภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจนถึงระดับที่ต้องให้ยาต้านซึมเศร้า ทีมดูแลต่อเนื่องประเมินก่อนกลับบ้าน ด้านร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีภาวะการฟังฟัง

บางส่วนและต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว (Barthel index = 13 คะแนน) ด้านจิตใจพบว่าผู้ป่วยมีความกังวลว่าจะเป็นภาระของครอบครัว จึงพูดคุยเพื่อเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการทำกายภาพบำบัด

หลังจากนั้นได้ติดตามครั้งที่ 2 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2560 ห่างจากการเยี่ยมในครั้งแรกนาน 1 สัปดาห์ พบมีอาการแสบตา แต่เมื่อเห็นกีตาร์ในบ้านที่ตนเองเคยเล่นอยู่เป็นประจำ ยังรู้สึกเสียใจ ขณะเดียวกันมีความตั้งใจฝึกเดินด้วย tripod cane ตามแผนการรักษา ทำให้กล้ามเนื้อขาซ้ายเริ่มมีแรงมากขึ้น (Barthel index = 17 คะแนน)

ติดตามประเมินผลครั้งที่ 3 วันที่ 14 พฤศจิกายน 2560 ผู้ป่วยสามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องใช้ไม้เท้า แต่ยังมีอาการอ่อนแรงเล็กน้อย (Barthel index = 19 คะแนน) การปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพส่งผลให้ช่วยเหลือตนเองได้ทุกอย่างโดยไม่ต้องพึ่งพิงสีหน้าสดชื่น เริ่มกลับมาฝึกหัดใช้นิ้วมือข้างซ้ายติดสายกีตาร์อีกครั้ง ดังภาพที่ 3 ทีมดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจึงปรับรูปแบบติดตามการผู้ป่วยที่บ้านด้วยการโทรศัพท์ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ ยังประสานส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. และ อสม. ในพื้นที่ ติดตามต่อเนื่องอีก 2 เดือน โดยพบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะการฟังฟัง (Barthel index = 20 คะแนน)

เหตุการณ์ต่อมา ต้นเดือนมกราคม 2561 ทีมดูแลต่อเนื่องได้รับการปรึกษาจากหอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมระบบประสาท เนื่องจากมีผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลอื่นเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านพบว่าผู้ป่วยทำงานเป็นนักดนตรีที่ต่างประเทศ ได้รับการวินิจฉัยว่าเส้นเลือดสมองแตก motor power แขนขวา Rt gr 5 แขน Lt gr1 ขา Lt

ตารางที่ 1 ประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทาง INHOMESSS

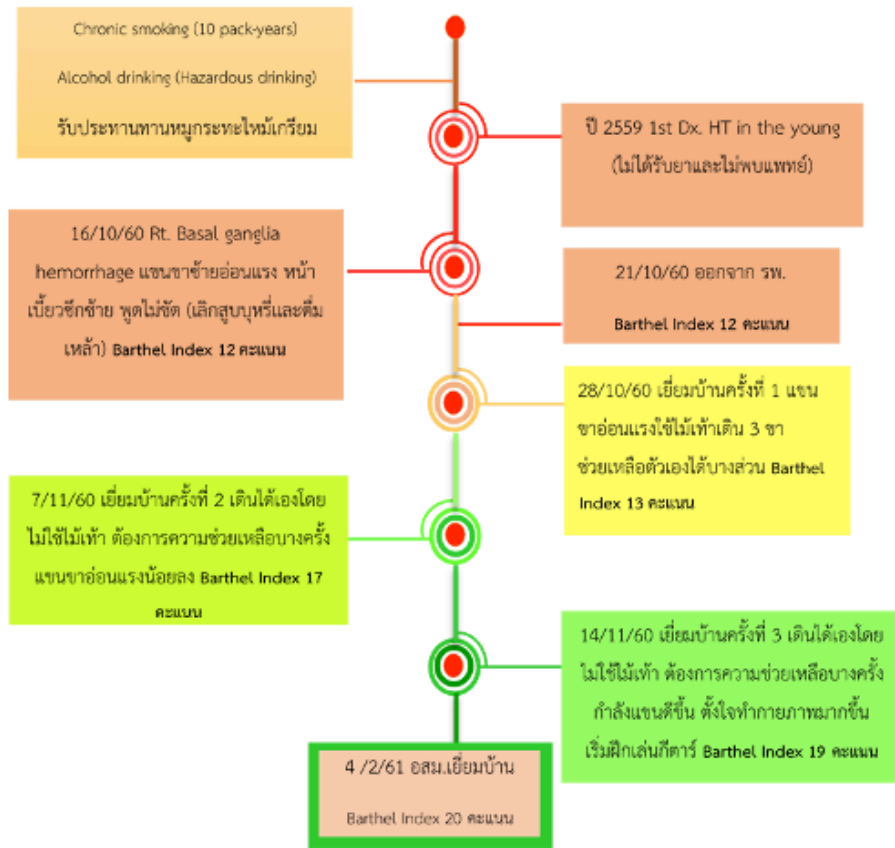
I: Immobility	ผู้ป่วยสามารถเดินได้อย่างมั่นใจ แต่ต้องใช้ไม้เท้า กิจวัตรที่ทำได้เอง เช่น ลุกจากเตียง รับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด กิจวัตรที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ เช่น การใส่เสื้อผ้า การดูแลขณะอาบน้ำเนื่องการมือไม่มีแรงกำสบู Barthel ADL = 85 คะแนน
N: Nutrition	ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เอง จำนวน 3 มื้อ/วัน BMI 30.72 kg/m ² (Obesity stage 2) ผู้ทำอาหารและปรุงอาหาร : บิดา ลักษณะอาหาร : ข้าวผัดผัด รับประทานข้าวน้อยลงหลังจากป่วย ทานถั่วผักยาว ทานส้ม เหล่า : หยุดดื่มสุราและสูบบุหรี่ หลังจากเจ็บป่วยครั้งนี้
H: Home Environment	บ้านปูนชั้นเดียว รอบบ้านของผู้ป่วยเป็นดินลูกรังแต่พื้นเรียบสม่ำเสมอ บริเวณรอบบ้านปลอดโปร่ง หน้ำบ้านติดกับถนนสายหลักของหมู่บ้าน สิ่งของจัดเป็นระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดิน มีแสงสว่างพอเพียง อากาศถ่ายเทได้สะดวก ห้องนั่งเล่นมีพื้นที่ต่างระดับห่างกันประมาณ 10 เซนติเมตร มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ห้องน้ำไม่มีราวจับในการลุกยืน
O: Other people	ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดา มารดาเลี้ยง ซึ่งมีบิดาเป็นผู้ดูแลหลัก ร่วมกับมารดาเลี้ยงเป็นผู้ดูแลรองคอยช่วยเหลือทำกายภาพให้สม่ำเสมอ (มารดาโดยกำเนิดของผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว)
M: Medication	ผู้ป่วยจัดยารับประทานเองได้ถูกต้องตามแผนการรักษา
E: Examination	Vital sign T. 37 C BP 145/100 mmHg. PR 100/min RR 17/min Extremities: no deformity, no edema, capillaries refill less than 2 seconds, no peripheral cyanosis, no palmar erythema Speech: no dysarthria, no aphasia, Motor power: Rt. extremity gr5, Lt. extremity gr4 Gait and balance: hemiplegic gait, Others neuro-sign with in normal
S: Safety	บิดาจัดเตียงนอนของผู้ป่วยให้อยู่ใกล้ห้องน้ำมากที่สุดและนำเสื้อผ้าของผู้ป่วยมาไว้ในห้องนอนความสะดวกในการเดิน ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มพบว่ามีความเสี่ยงได้แก่ พื้นต่างระดับบริเวณห้องนั่งเล่นและในห้องน้ำไม่มีราวจับในการลุกยืน
S: Spiritual Health	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ นับถือหลวงพ่อบุญการ วัดดอยศิรี จังหวัดตาก ซึ่งผู้ป่วยเคยได้รับการสักยันต์ 9 ยอด ตั้งใจไว้ว่าจะบวชทดแทนบุญคุณให้แก่บิดาและทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้แก่ผู้ที่เสียชีวิตหากอาการดีขึ้น
S: Service	ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง มีนัดติดตามที่แผนกอายุรกรรม และมีผลัด.ในพื้นที่ใกล้บ้าน แต่ผู้ป่วยยังไม่เคยใช้บริการ

gr 4 Barthel index 12 คะแนน เมื่อสอบถามประวัติครอบครัว จึงพบว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นพี่ชายของผู้ป่วยกรณีศึกษา เมื่อผู้ป่วยรายนี้ได้กลับไปพักที่บ้าน ได้พักอาศัยอยู่กับครอบครัว จึงมีผู้ดูแลหลัก คือน้องชายตนเองที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกันและรักษาจนสามารถฟื้นตัวเมื่อ 3 เดือนก่อน ทำให้ทราบแนวทางการดูแลที่ถูกต้องที่ตนเองได้รับการเรียนรู้จากเหตุการณ์จริงที่ได้ประสบมา และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักสามารถเข้าใจสภาพจิตใจพี่ชายเป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลพี่ชายตนเองอย่าง

ตั้งใจ โดยมีผู้ดูแลรองคือ บิดา มารดาเลี้ยง เมื่อเขียนเส้นเวลาการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงของคนในครอบครัว ได้ตั้งภาพที่ 2 และ 3

ผลลัพธ์ของการดูแล

หลังได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ทั้งในพื้นที่และทีมดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมถึงครอบครัวที่ตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย การได้รับกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง เพื่อนร่วมงานและคนในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจ มุ่งมั่นและ



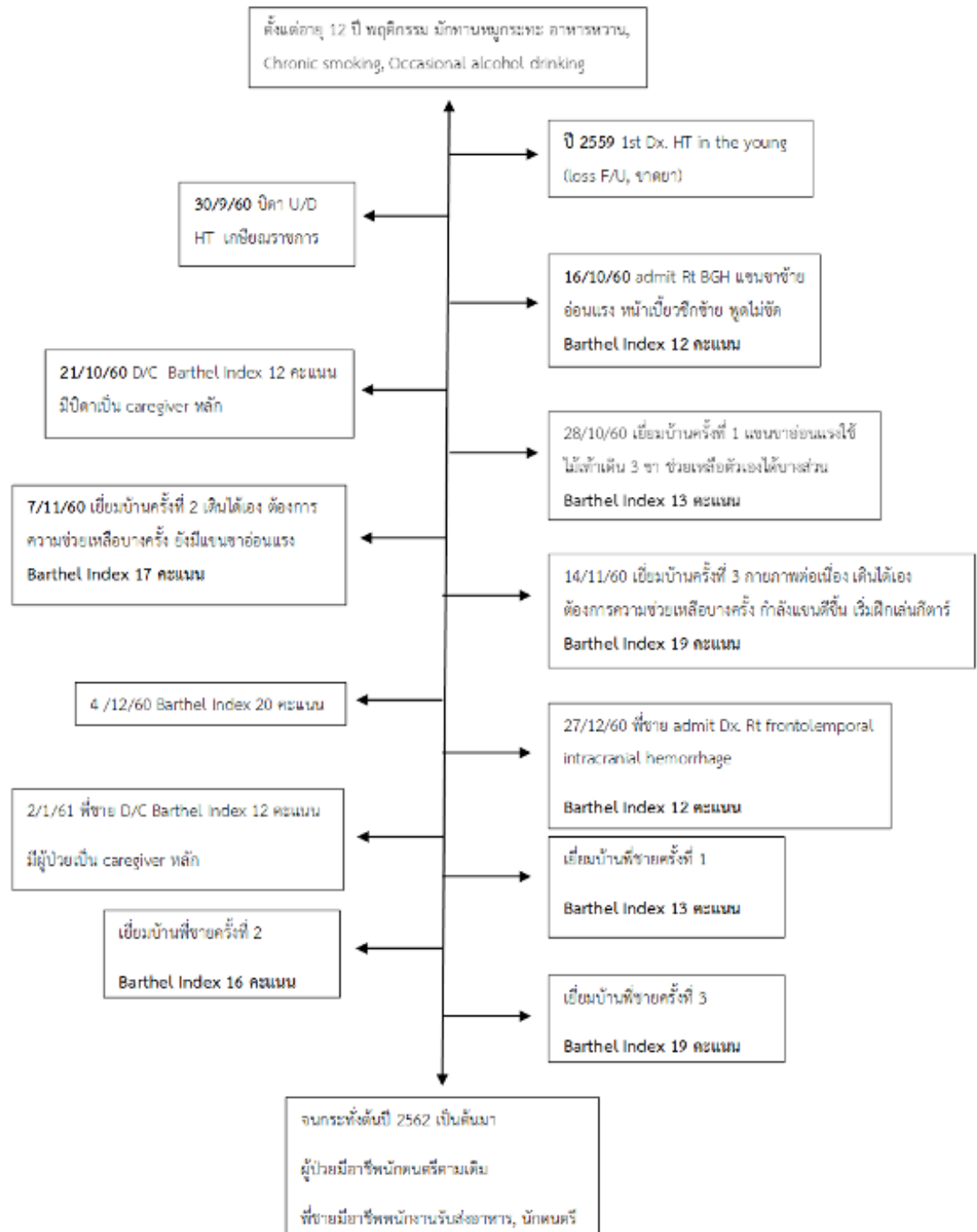
ภาพที่ 2 Time line ผู้ป่วย

เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สามารถประกอบอาชีพนักดนตรีที่ตนรักเพื่อเลี้ยงดูตนเองและครอบครัว เลิกพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในคุณค่าของตนเอง ได้นำประสบการณ์ของตนเองไปช่วยเหลือดูแลและแนะนำผู้อื่นได้ พร้อมทั้งสร้างแรงบันดาลใจให้กับพี่ชายในการฝึกทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง จนสามารถฟื้นฟูตนเองและสามารถประกอบอาชีพเป็นพนักงานรับส่งอาหาร ดูแลตนเองและครอบครัวได้จนถึงปัจจุบัน

วิจารณ์

กรณีศึกษา นี้ สะท้อนให้เห็นว่าสิ่งที่ทำให้การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายนี้ประสบความสำเร็จ มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน⁸⁻¹¹ คือ 1. การเตรียมความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ 2. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว 3. การมีส่วนร่วมระหว่างทีมสุขภาพในพื้นที่กับทีมสุขภาพในโรงพยาบาล

ด้านความพร้อมของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลและนักกายภาพบำบัด ร่วมวางแผนกำหนดวัตถุประสงค์ กิจกรรม ก่อนการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Pre-Home visiting) ทำให้การเยี่ยมบ้านมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์การเจ็บป่วยระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องจากกระบวนการเตรียมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล ทำให้สามารถประเมินฝั่งครอบครัวและพบว่ามียุทธศาสตร์ความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของคนใดคนหนึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว (family influence on health) ทำให้ทีมสามารถใช้รูปแบบความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นประโยชน์ในการฟื้นฟูสมาชิกคนที่เจ็บป่วยในครอบครัว ทั้งตัวผู้ป่วยและพี่ชายของผู้ป่วยในเวลาต่อมา

ระบบการดูแลระยะกลาง หรือการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Intermediate care) โดยการมีส่วนร่วมระหว่างทีมสุขภาพในพื้นที่กับทีมสุขภาพในโรงพยาบาล มีเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้กำหนดระยะเวลาการลงเยี่ยมภายใน 2 สัปดาห์แรก และติดตามเยี่ยมประเมินผลต่อเนื่องอีก 3 ครั้ง ภายในเวลา 2 เดือน โดยมี caregiver ในชุมชนร่วม

เยี่ยมพร้อมทั้งทีมจากโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่าย เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพการให้บริการของคลินิกหมอครอบครัวให้กับประชาชนในชุมชน^{16-20,26}

นอกจากนี้ กรณีที่ผู้ป่วยเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อหายเจ็บป่วย และต่อมาได้มีบทบาทเป็น Caregiver ให้กับพี่ชายจนทำให้พี่ชายสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันใกล้เคียงปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่สนับสนุนว่า การใช้บุคคลที่เคยประสบปัญหาหรือมีรูปแบบชีวิตคล้ายกัน²¹⁻²³ สามารถช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่ป่วยด้วยปัญหาค่อยคลายฟื้นฟูตนเองได้ ทั้งในรูปแบบของ self-help group หรือ Health influencer

ข้อเสนอแนะ

การทำงานเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยใน นอกจากเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างทีมหมอครอบครัวกับครอบครัวผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนออกจาก



ภาพที่ 4 แสดงการฟื้นฟูผู้ป่วยโดยการออกกำลังกายฝึกเดิน

โรงพยาบาลและเสริมประสิทธิภาพของการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน

กระบวนการภายในบ้าน (Family process) ในลักษณะที่มีความแน่นแฟ้น หากสามารถสนับสนุนให้คนใดคนหนึ่งในครอบครัวเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเปลี่ยนแปลงสุขภาพในทิศทางเดียวกัน แต่มีข้อควรระวังคือ หากมีใครคนใดคนหนึ่งป่วย ก็ส่งผลกระทบต่อความกังวลใจของทุกคนในครอบครัว ดังนั้นควรประเมินความทุกข์ของผู้ดูแล (Caregiver Burden) และ สมาชิกคนอื่น ๆ ในบ้านด้วยเสมอ

โรงพยาบาลควรส่งเสริมให้มีนักกายภาพบำบัดอยู่ในทีมหมอครอบครัวเพื่อสร้างระบบการดูแลและเฝ้าระวัง หรือการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Intermediate care) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูง เพื่อลดภาวะ caregiver burden และเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูของผู้ป่วย



ภาพที่ 5 ลักษณะบริเวณรอบบ้านและภายในบ้านผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Corr CA. Elisabeth Kübler-Ross and the “Five Stages” Model in a sampling of Recent American Textbooks. *OMEGA J Death Dying* 2020;82(2):294–322.
2. Rosyidah Arafat, Ratna S, Mustikasari P, Majid Abd. Spiritual Coping in People Living with Stroke. *Int J of Caring Sci* 2018;11(2):659-662.
3. Alwawi D, Helstab A, Dean E. Strategies for Coping with Sensory Changes After Stroke: A Qualitative Study...2020 AOTA Annual Conference & Expo. *Am J Occupational Ther* 2020 Supplement; 74: 1-1. (1p).
4. Ch'ng AM, French D, McLean N. Coping with the challenges of recovery from stroke: long term perspectives of stroke support group members. *J Health Psychol* 2008;13(8):1136-1146.
5. Giaquinto S, Sarno S, Dall'Armi V, Spiridigliozzi C. Religious and spiritual beliefs in stroke rehabilitation. *Clin Exp Hypertens* 2010;32(6):329-334.
6. Hartke RJ, Trierweiler R. Survey of survivors' perspective on return to work after stroke. *Top stroke rehabil* 2015;22 (5):326-34.
7. Visvanathan A, Mead G, Dennis M, Whiteley W, Doubal F, Lawton J. Maintaining hope after a disabling stroke: A longitudinal qualitative study of patients' experiences, views, information needs and approaches towards making treatment decisions. *PLoS One* 2019;14(9):e0222500.
8. A Mabunda S, London L, Pienaar D. An Evaluation of the Role of an Intermediate Care Facility in the Continuum of Care in Western Cape, South Africa. *Int J Health Policy Manag* 2018;7(2):167-179.
9. Hitch D, Leech K, Neale S, Malcolm A. Evaluating the implementation of an early supported discharge (ESD) program for stroke survivors: A mixed methods longitudinal case study. *PLoS One* 2020;15(6). e0235055.
10. Stewart C, Subbarayan S, Paton P, et al. Non-pharmacological interventions for the improvement of post-stroke activities of daily living and disability amongst older stroke survivors: A systematic review. *PLoS One* 2018;13(10):e0204774.
11. Chow SK, Wong FK, Poon CY. Coping and caring: support for family caregivers of stroke survivors. *J Clin Nurs* 2007;16(7B):133-143.
12. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the Doctor-Patient Relationship. *Prim Care Companion CNS Disord* 2015;17(5). 10.4088/PCC.15f01840. doi: 10.4088/PCC.15f01840
13. Gu L, Deng J, Xu H, et al. The impact of contract service policy and doctor communication skills on rural patient-doctor trust relationship in the village clinics of three counties. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):187.
14. Waydhas C, Herting E, Kluge S, et al. Intermediate care units: Recommendations on facilities and structure. *Intermediate Care Station. Med Klin Intensivmed Notfamed* 2018;113(1):33-44.
15. Pérez, L.M., Inzitari, M., Roqué, M. et al. Change in cognitive performance is associated with functional recovery during post-acute stroke rehabilitation: a multi-centric study from intermediate care geriatric rehabilitation units of Catalonia. *Neurol Sci* 2015; 36:1875–1880

เอกสารอ้างอิง

16. Pandhi, N., Kraft, S., Berkson, S. et al. Developing primary care teams prepared to improve quality: a mixed-methods evaluation and lessons learned from implementing a microsystems approach. *BMC Health Serv Res* 2018;18:847.
17. Van der Veen DJ, Döpp CME, Siemonsma PC, Nijhuis-van der Sanden MWG, de Swart BJM, Steultjens EM. Factors influencing the implementation of Home-Based Stroke Rehabilitation: Professionals' perspective. *PLoS One* 2019;14(7).
18. Abdul Aziz AF, Tan CE, Ali MF, Aljunid SM. The adaptation and validation of the satisfaction with stroke care questionnaire (Homesat) (SASC10-My™) for use in public primary healthcare facilities caring for long-term stroke survivors residing at home in the community. *Health Qual Life Outcomes* 2020;18(1):193.
19. Van Puymbroeck M, Rittman MR. Quality-of-life predictors for caregivers at 1 and 6 months poststroke: Results of path analyses. *J Rehabil Res Dev* 2005;42(6):747-760.
20. Bermejo-Caja, C., Koatz, D., Orrego, C. et al. Acceptability and feasibility of a virtual community of practice to primary care professionals regarding patient empowerment: a qualitative pilot study. *BMC Health Serv Res* 2019;19:403.
21. Malini MH. Impact of support group intervention on family system strengths of rural caregivers of stroke patients in India. *Aust J Rural Health* 2015;23(2):95-100.
22. Kang HS, Kim WO, Jeong Y, Kim SY, Yoo KY. Effect of a self-help program for mothers of hemophilic children in Korea. *Haemophilia* 2012;18(6):892-7.
23. Abdul Aziz AF, Mohd Nordin NA, Abd Aziz N, Abdullah S, Sulong S, Aljunid SM. Care for post-stroke patients at Malaysian public health centres: self-reported practices of family medicine specialists. *BMC Fam Pract* 2014;15:40.
24. Kegel J, Dux M, Macko R. Executive function and coping in stroke survivors. *NeuroRehabilitation* 2014;34(1):55-63.
25. Wel C. et al. Factor associated with post-stroke depression and emotional incontinence: lesion location and coping styles. *Int J Neurosci* 2016;126(7). 623-629.
26. George T, Aveyard H. Improving access to primary care services for those on low income: voluntary advocacy. *Br J Community Nurs* 2020;25(4):162-166.



*Share passion..
..Get inspired*

PCFM

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว
THE JOURNAL OF PRIMARY CARE AND FAMILY MEDICINE

