



วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว | Journal of Primary care and family Medicine

Vol. 4 No. 3 September - December 2021

ISSN 2651-0553

MIND-BODY & THE VULNERABLE





The Journal of Primary Care and Family Medicine วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะผู้จัดทำ ที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการ

พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
พญ.สายรัตน์ นกน้อย

รองบรรณาธิการ

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

สถานที่ติดต่อ

สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

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

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (มสพช.)

126/ 749 หมู่ 5 หมู่บ้านการเคหะนนทบุรี ตำบลปากเกร็ด
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 โทรศัพท์:
02-5830719 แฟกซ์: 02-9641836

สำนักงานประสานงานวารสารระบบบริการปฐมภูมิและ
เวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี
รศ.นพ.อภิชัย วรรณะพิศิษฐ์
รศ.พญ.สรญา แก้วพิบูลย์
ผศ.นพ.กฤษณะ สุวรรณภูมิ
ผศ.พญ.กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์
ผศ.ดร.พญ.ศิรินาถ ตงศิริ
ผศ.นพ.กิตติพล นาควิโรจน์
ผศ.พญ.ปัทมา โภมบุตร
ผศ.ดร.ภัทรเช แสงไชยสุริยา
พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์
นพ.กรภัทร มยุระสาคร
พญ.อรุณี ทิพย์วงศ์
พญ.สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล
นพ.นนท์ ไสวันณะ
พญ.อรรณณ ตะเวทิพงศ์
พญ.ศิริภา ศิริพร ณ ราชสีมา
ดร.นพ.วิน เตชะเคหะกิจ
ดร.พญ.จิรฐา บุตรแก้ว
ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม
ภก.จตุพร ทองอึ้ง
ภก.ธีรภัทร์ ฉันทพินธุ์
ดร.สุรศักดิ์ อธิมานนท์
นส.สุริรัตน์ ธนากิจ
นส.ผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ

ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่

Website: www.pcfmjournal.com



บทบรรณาธิการ

- ความเชื่อมโยง กาย-จิต: ประเด็นที่ตระหนักดี แต่การนำไปปฏิบัติ ยังท้าทาย
Mind and Body Connection: Aware and Practices I 3-5
- ความเชื่อมโยง ใจ กาย และกลุ่มเปราะบาง
The connection of Mind-Body and the Vulnerable I 6-8

จดหมายถึงกองบรรณาธิการ

- The vulnerable I 9-10

กิตติกรรมประกาศ I 11

บทความพิเศษ

- การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ I 12-21

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้านเพื่อพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย I 22-34
- การประเมินความแม่นยำของเครื่องมืออ่านภาพรังสีทรวงอกอัตโนมัติปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence; AI) ในการแปลผลวินิจฉัยโรคปอดจากภาพรังสีทรวงอกในผู้ป่วยนอกที่มีอาการสงสัยวัณโรคปอด อ.แม่ระมาด จ.ตาก I 35-45
- ปัจจัยทำนายการมารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน I 46-58
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยสูงอายุ I 59-68
- ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกหน่วยบริการระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ I 69-80
- อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีบาดแผลสดเกรด 1 จากอุบัติเหตุหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา I 81-91
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัทลุง I 92-106
- การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะและระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งที่ได้รับการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง I 107-118
- การศึกษาลักษณะผู้ป่วยระดับประคองในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม I 119-127

เรื่องเล่า

- 13 ปี พาประครองออกจากถ้ำ I 128-132

บทบรรณาธิการ

ความเชื่อมโยง กาย-จิต: ประเด็นที่ตระหนักรู้ แต่การนำไปปฏิบัติ ยังท้าทาย Mind and Body Connection: Aware and Practices



แพทย์หญิง สุพัตรา ศรีวณิชชากร
บรรณาธิการ
วารสารระบบบริการปฐมภูมิและ
เวชศาสตร์ครอบครัว

กาย และจิตที่มีความเชื่อมโยงร้อยรัดส่งผลต่อกันและกันเป็นประเด็นที่ทั้งทีมสุขภาพและประชาชนรับรู้ เข้าใจ กันมาอย่างยาวนาน และเป็นที่มาของความจำเป็นในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ประเด็นการแปลความเข้าใจนี้เชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติในระบบดูแลสุขภาพ ยังเป็นประเด็นท้าทาย ที่ยังต้องค้นหาแนวทางปฏิบัติที่ทำให้ดีขึ้น

มีหลักฐานที่แสดงความเชื่อมโยง ระหว่าง ร่างกาย จิตใจ เชื่อมระหว่างความคิด ทักษะ และพฤติกรรมของแต่ละคนกับสุขภาพทางกาย อารมณ์ จิตใจ มีอิทธิพลต่อสุขภาพ และการมีชีวิตรื่นเริงของแต่ละบุคคล เป็นประเด็นที่มีการสอนกันในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลแบบองค์รวม โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

การอธิบายทางวิทยาศาสตร์ที่พบว่าสมองเปรียบเสมือน hardware ที่เป็นที่อยู่ และที่สะสมของความคิด ความเชื่อ ทักษะ และอารมณ์ แล้วสื่อสารไปที่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ผ่านกระบวนการทางชีวเคมี และเครือข่ายระบบประสาทเชื่อมระหว่าง cerebral cortex และ adrenal medulla ที่เป็นกลไกสำคัญที่ร่างกายใช้ตอบสนองกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่กระทบกับร่างกาย และส่งผลไปถึงภาวะจิตใจ อาทิเช่น ความเครียด ความซึมเศร้า และกระทบไปถึงการทำงานของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ดังเช่นที่เราพบว่าความเครียด ทำให้เกิดความผิดปกติของการย่อยอาหาร การขับถ่าย ภาวะปวดเมื่อย อ่อนเพลีย อาการภูมิแพ้ การเป็นหอบหืด กระทบต่อความดันโลหิต และเส้นเลือดหัวใจ เป็นพื้นฐานของสุขภาพร่างกายที่ผิดปกติ โดยไม่รู้ตัว นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียดทำให้ระบบเม็ดเลือดขาว ที่เป็นภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง ทำให้โอกาสการติดเชื้อ และเชลเมเร็งต่าง ๆ แพร่กระจายได้มากขึ้น ร่างกายเสมือนมีสมอง และจิตใจ เป็นห้องสั่งการการทำงานของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นห้องสั่งการ หรือ supercomputer ขนาดใหญ่ที่ทำงานแบบซับซ้อน การใช้ประโยชน์จากประเด็นนี้ ก็คือการค้นหาประเด็นทางด้านจิตใจที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพด้านร่างกายของคน เพื่อแก้สาเหตุที่เชื่อมโยง เพื่อให้สุขภาพคลี่คลายได้ดีขึ้น รวมถึงการให้คำแนะนำในวิธีการคลายเครียด การทำสมาธิ เพื่อลดปัจจัยทางด้านจิตใจ ควบคู่ไปกับการรักษาทางกาย

ในทางพุทธศาสนา ก็ได้อธิบายและกล่าวถึงประเด็นความเชื่อมโยงนี้ไว้อย่างชัดเจน เช่นกัน ที่ว่า “ใจเป็นนาย กายเป็นบ่าว” และได้ให้ความเข้าใจที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ ในลักษณะที่เชื่อมกับความสุข/สุขภาวะ ที่มีความลึกซึ้งทางด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น ดังเช่น “ความเครียด ความวิตกกังวล ความท้อแท้สิ้นหวัง ในทางพุทธศาสนาจัดว่าเป็นโรคอย่างหนึ่ง คือโรคทางใจ และโรคทางใจนี้มีความหมายรวมไปถึง “ความโกรธ ความผูกโกรธ ความลบหลู่ ความดีเสมอ ความริษยา ความตระหนี่ ความลวง ความโอ้อวด ความกระด้าง ความแค้น ความถือตัว ความดูหมิ่นท่าน ความเมา ความประมาท” (พ.อ.๓๐/๖๕๒) (พระไพศาล วิศาโล) “สุขภาพ ที่เชื่อมโยงกับโรค โดยที่ขยายความหมายของ “โรค” ให้กว้างกว่า โรคทางกาย ให้คลุมไปถึงโรคทางใจ ซึ่งในที่นี้ไม่ได้

หมายถึงโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางสมอง เช่น โรคประสาท โรคซึมเศร้า โรคอัลไซเมอร์ หากหมายถึงโรคที่เกิดจากการวางจิตใจไม่ถูกต้อง ทั้ง ๆ ที่มีสมองปกติ ความเครียด ความวิตกกังวล ความท้อแท้สิ้นหวัง ตลอดจนอาการอีกมากมายที่กล่าวมาข้างต้น เป็นโรคทางใจในความหมายดังกล่าว โรคทางใจเหล่านี้ถึงที่สุดแล้วเกิดจากความติดยึดที่เอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง ประารถนาให้ทุกอย่างเป็นไปตามใจตน เมื่อไม่ได้ดังใจ จึงเกิดโรคเหล่านี้ขึ้นมา พุทธอีกอย่างคือเป็นโรคที่เกิดจากความยึดมั่นในตัวตน โรคทางใจเหล่านี้ท่านพุทธทาสภิกขุเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “โรคทางวิญญาณ” เพื่อไม่ให้เข้ากับโรคจิตในความหมายของการแพทย์แผนใหม่ ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติทางสมองหรือระบบประสาท อันท่านจัดว่าเป็นโรคทางกายอีกแบบหนึ่ง”

“การบำบัดโรคทางใจหรือโรคทางวิญญาณดังกล่าว การทำสมาธิเพื่อให้จิตสงบ ผ่อนคลาย สามารถช่วยได้ในระดับหนึ่ง แต่ถ้าจะให้ได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน ต้องอาศัยการเปลี่ยนทัศนคติเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องหรือสอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งทางพุทธศาสนาเรียกว่าปัญญา ปัญญานั้นมีหลายระดับ เริ่มจากการเห็นว่าการเจ็บป่วยนั้นเป็นธรรมดาของชีวิต ความเข้าใจดังกล่าวช่วยให้ยอมรับความเจ็บป่วยได้ โดยใจไม่ทุกข์ทรมานไปกับอาการดังกล่าวมากนัก หรือการเห็นว่าโรคใด ๆ ก็ตามไม่น่ากลัวเท่ากับความกลัวต่อโรคนั้น การเห็นว่าไม่มีอะไรที่จะยึดมาเป็นตัวตนได้ แม้แต่ร่างกายก็ไม่ใช่อะไรของเราจริง ๆ ปัญญาดังกล่าวช่วยให้ปล่อยวางในร่างกาย และไม่ยึดเอาทุกขเวทนาทางกายมาเป็นของตน ดังนั้นแม้จะป่วยกาย แต่ก็ไม่ป่วยใจ ปัญญาที่ละวางความยึดติดในตัวตนนี้ ช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข และโปร่งเบา ปลอดภัยจากความเครียด ความโกรธ ความริษยา ความแค้น ความถือตัว เป็นต้น ปัญญาที่พัฒนาเต็มขั้นย่อมทำให้เป็นอิสระจากโรคทางใจได้อย่างสิ้นเชิง สุขภาวะหรือสุขภาพที่เกิดจากปัญญาดังกล่าว อาจเรียกว่าสุขภาพทางปัญญาก็ได้” (พระไพศาล วิสาโล)

ประเด็นความลึกซึ้งของจิตใจกับร่างกายในทางพระพุทธศาสนา ก็เป็นประเด็นที่นำไปประยุกต์ใช้ได้ดีกับผู้ที่มีการเจ็บป่วยวิกฤติ ภาวะรุนแรง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือจะใช้เป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิตพื้นฐานให้มีสุขภาพดีได้

นอกจากจิต ที่ส่งผลต่อร่างกายแล้ว ก็ยังมีส่วนที่พบว่า ภาวะร่างกายที่ปกติ/ไม่ปกติ ก็ส่งผลต่อจิตใจด้วย ดังเช่น ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ที่มีภาวะเจ็บปวดรุนแรง ก็ย่อมทำให้จิตใจมีความเครียด มีความหดหู่ จนถึงมีภาวะซึมเศร้า ภาวะผิดปกติต่าง ๆ ได้เช่นกัน ที่บุคลากรทางการแพทย์ควรใส่ใจดูแลควบคู่ไปเมื่อดูแลกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้

ขณะเดียวกัน วิถีชีวิต ทางกาย การกิน การอยู่ การเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย การนอน ก็ส่งผลถึงภาวะสุขภาพทางกายและทางจิต มีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้ การสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีวิถีชีวิตที่สมดุลพอดีกับแต่ละคน ก็ถูกขับเคลื่อนด้วยความคิด ความเชื่อ อารมณ์ บุคลิกภาพ และจิตใจของแต่ละคน ไม่ใช่แค่ความรู้เท่านั้น ภาวะจิตใจ อารมณ์มีความสำคัญ และสัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับวิถีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละบุคคล ซึ่งมีรายละเอียดเฉพาะแตกต่างกันไป ความเชื่อ ความศรัทธา และความหวัง เป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/วิถีชีวิต มีหลักฐาน และเหตุการณ์ต่าง ๆ มากมายที่แสดงให้เห็นว่าพลังใจเป็นกุญแจขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงวิถีด้านต่าง ๆ และมีส่วนเยียวยาร่างกายได้อย่างอัศจรรย์ ซึ่งประเด็นภาวะจิตใจ กับการสร้างเสริมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก็เป็นอีก

ประเด็นหนึ่งในเวชปฏิบัติที่มักถูกมองข้ามละเลยไป ทำให้การทำงานด้านนี้ในเวชปฏิบัติปัจจุบันยังมีความสำเร็จไม่มาก

การใช้กิจกรรมการดูแลที่เชื่อมกาย และจิตใจ ในระบบการดูแลสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดภาวะผ่อนคลาย และการดูแลทางจิตเฉพาะกลุ่มนั้น ในต่างประเทศได้มีการพัฒนาระบบ mind-body therapies เข้ามาใช้ในการดูแลสุขภาพ หลาย ๆ ด้าน เช่น Acupuncture, Art Therapy, Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Group Therapy, Guided Imagery, Meditation, Music Therapy, Qigong, Tai Chi, Yoga แต่ในประเทศไทย ก็มีการทำกิจกรรมเหล่านี้บ้างเช่นกัน รวมทั้งการใช้วิถีทางศาสนา ทั้งพุทธ และศาสนาต่าง ๆ แต่อาจยังปฏิบัติเป็นส่วนน้อย และการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะที่เชื่อมโยงกายและจิต ยังไม่ได้มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน

โดยสรุป ประเด็น ความเชื่อมโยง กายและจิต mind-body connection มีความสำคัญ และเป็นที่ตระหนักโดยทั่วไป แต่ความเข้าใจ และทักษะ ประสบการณ์ เพื่อนำประเด็นความเชื่อมโยงนี้ ไปสู่การทำเวชปฏิบัติ หรือนำมาเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพ ยังมีความท้าทายอีกมาก ที่จะทำให้เป็นระบบการดูแลสุขภาพประชาชน เป็นไปอย่างมีคุณภาพ ทั้งถึงแก่ประชาชนทุกกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

พระไพศาล วิสาโล. สุขภาพองค์รวมกับสุขภาพสังคม [Internet]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 28 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.visalo.org/article/healthsukapabkabOngRuam.htm>

บทบรรณาธิการ

ความเชื่อมโยง ใจ กาย และกลุ่มเปราะบาง

The connection of Mind-Body and the Vulnerable



แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย
บรรณาธิการ
วารสารระบบบริการปฐมภูมิ
และเวชศาสตร์ครอบครัว

เวชศาสตร์ครอบครัว ศาสตร์แห่งการดูแลคน “การดูแลองค์รวม” เชื่อมโยงจากใจสู่กาย สังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม จากภายในสู่ภายนอก หรือ เชื่อมโยงสิ่งเร้าภายนอก ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ที่กระทบต่อร่างกายและจิตใจ

แนวคิดและการทำงานตามหลักวิธีของเวชศาสตร์ครอบครัว จึงอาจจะแย้งกับกระแสหลักของการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่อยู่บนฐานของการศึกษาแบบแยกส่วน (reductionist scientific model)¹ แยกการศึกษาทางวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ออกจากกัน แยกเรื่องของร่างกาย (Body) ออกจากจิตใจ (Mind) ศึกษาร่างกายแยกแต่ละระบบ แต่ละอวัยวะ ซึ่งต้องยอมรับว่าระบบการศึกษาที่ผ่านมาส่งผลให้เกิดความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นอย่างมาก เกิดความรู้เฉพาะทางแตกแขนงเป็นสาขาต่าง ๆ เกิดการรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่รวดเร็ว และส่งผลให้มนุษย์เรามีอายุที่ยืนยาวขึ้น

อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยเป็น “การดูแลคน” ที่มีองค์ประกอบของกายและใจเป็นหนึ่งเดียว วิธีของวิทยาศาสตร์การแพทย์แบบแยกส่วน ไม่สามารถตอบสนองการแก้ปัญหาของคนได้ทั้งหมด การทำเวชปฏิบัติจำเป็นต้องทำความเข้าใจเชื่อมโยงมิติต่าง ๆ ที่ไม่จำกัดอยู่เฉพาะการวินิจฉัยโรค แต่ผนวกรวมมิติของจิตใจที่มีทั้งความคิด ความรู้สึก ทัศนคติ ที่ถูกหล่อหลอมจากการเลี้ยงดู ครอบครัว สังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ พฤติกรรม และวิธีการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ และหากเป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านการสื่อสาร คนต่างชาติ ผู้พิการ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด เด็กเล็ก และผู้สูงอายุ จำเป็นอย่างมากที่แพทย์และทีมสุขภาพจะต้อง “ใช้เวลา” เพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วย

หลาย ๆ ครั้ง การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แพทย์และทีมสุขภาพเน้นไปที่การสื่อสารผ่านญาติ หรือผู้ดูแล (care giver) ทำให้ความรู้สึกลึกซึ้ง จิตใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกละเลย ทั้งนี้เราต้องพยายามเตือนตัวเองเสมอว่า ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางการสื่อสารนั้น มีจิตใจ ความคิด ความรู้สึก เช่นกัน แพทย์และทีมสุขภาพที่ให้การดูแลจึงควรสื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วยด้วย เพราะการสื่อสารนอกจากจะเป็นสื่อในการสร้างความเข้าใจแล้ว ยังเป็นสื่อที่มีผลต่อการรักษา ที่เชื่อมโยงกับใจ สร้างความรู้สึกที่ดี ส่งผลให้เกิดการเยียวยา และใจที่รู้สึกดีขึ้นนี้เชื่อมต่อไปถึงกาย มีส่วนให้กายดีขึ้นได้ ตั้งแต่ก่อนที่จะได้รับยาใด ๆ นอกจากนี้แล้วในการสื่อสารโดยตรงกับผู้ป่วย แพทย์และทีมสุขภาพอาจจะได้ข้อมูลหลาย ๆ อย่างที่ต่างออกไปจากข้อมูลที่ได้จากญาติหรือผู้ดูแล

จริงอยู่ที่ญาติและผู้ดูแลมีส่วนสำคัญสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ไม่สามารถมีชีวิตได้อย่างอิสระ ต้องพึ่งพิงผู้อื่น แต่ญาติหรือผู้ให้การดูแลเป็นคนละคนกับผู้ป่วย ความคิดความรู้สึกจึงไม่ได้เป็นความคิดและความรู้สึกเดียวกัน และด้วยภาระที่มีเพิ่มสำหรับญาติและผู้ดูแลนี้เอง แพทย์และทีมสุขภาพจำเป็นต้องทำความเข้าใจ ความคิด ความรู้สึก ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติหรือผู้ดูแลเช่นกัน รวมทั้งจำเป็นต้องทำความเข้าใจ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในบ้าน ในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน และที่สำคัญความสัมพันธ์นี้ส่งผลต่อสุขภาพของทุก ๆ คน

คนที่มีความพื้นฐานแตกต่างจากคนส่วนใหญ่ในสังคมหรือวัฒนธรรมหนึ่ง ๆ เช่น คนที่มีอัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างไปจากคนส่วนใหญ่ คนที่มีรูปลักษณ์ต่างจากคนส่วนใหญ่ในสังคม เช่น คนที่อ้วนมาก ๆ คนที่มีผิวสีที่ต่างไปจากสีผิวที่ได้รับการให้คุณค่าในสังคมนั้น ๆ คนที่มีความพิการทางกาย คนตาบอด คนที่มาจากความยากจน คนไร้บ้าน คนที่มีประวัติต้องขังจำคุก คนติดสุรายาเสพติด ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทหรือป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ที่สังคมตีตราว่าเป็นคนบ้า คนที่มาจากต่างวัฒนธรรม คนต่างชาติ ที่อาจจะมีการเรียกต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นคนต่างดาว คนต่างถิ่น เหล่านี้ล้วนสะท้อนถึง “ความต่าง” ซึ่งความต่างนี้เองนำมาซึ่ง “ความไม่เข้าใจ” รวมทั้งอคติ แพทย์และทีมสุขภาพผู้ให้การรักษาก็จำเป็นต้องหมั่นตรวจสอบความคิด และความรู้สึกของตนเสมอ เวลาที่ดูแลคนที่มีความต่างไปจากตัวเรา เราเองรู้สึกอย่างไร มีความคิดอย่างไร มีอคติอยู่หรือไม่ เพราะอคตินี้เอง ที่จะเป็นกำแพงกั้นความเข้าใจและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี แต่ความไม่เข้าใจและอคติไม่ใช่สิ่งที่แก้ไขไม่ได้ เพียงอาศัยสิ่งที่มีอยู่ในตัวเราอยู่แล้ว คือ **การตระหนักรู้ตัว เปิดใจ** และ **รับฟัง** กำแพงที่กั้นอยู่ก็จะถูกทะลายออกไปได้

ผู้คนที่มีความต่างที่กล่าวมา นับเป็นกลุ่มเปราะบางมักจะได้รับผลกระทบจากคำพูด การกระทำ อันเนื่องมาจากอคติ ซึ่งก่อให้เกิดการแบ่งแยก การตีตรา การปฏิเสธจากสังคม และถึงแม้ในบางครั้ง คำพูด หรือการกระทำล่อเลียน อาจจะเป็นการล้อเล่น กระทำโดยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ แต่คำพูดและการกระทำเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ถูกกระทำได้มากเกินกว่าที่จะคาดการณ์ได้ เพราะนอกจากการเป็นผู้ถูกตีตราแบ่งแยก การถูกปฏิเสธจากสังคมแล้ว ผู้ที่ได้รับผลกระทบยังมีการตีตราตนเอง (internalized/self-stigma) ซึ่งหมายถึงการยอมรับการถูกตีตราตำหนิโทษตัวเอง การมีความคิดหรือทัศนคติเชิงลบต่อตนเอง ว่าไม่เหมือนผู้อื่น ด้อยกว่าผู้อื่น และประกอบกับภาวะที่ต้องพึ่งพิง ขาดอิสระ ยิ่งก่อให้เกิดการปลีกตัว แยกออกจากสังคม เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงความช่วยเหลือ และการได้รับการรักษาเยียวยา^{2, 3} จะเห็นได้ว่าปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้มีความละเอียดอ่อนและซับซ้อน แพทย์และทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาจะต้องมีความไวในการรับรู้และเข้าถึงปัญหาเหล่านี้

ความไว (sensitivity) ต่อการรับรู้ถึงความซับซ้อนของปัญหาเหล่านี้ อยู่บนพื้นฐานของการเรียนรู้ฝึกฝนจนสั่งสมเป็นความเชี่ยวชาญ และความไวต่อความซับซ้อนของชีวิตของมนุษย์เรานั้น เป็นส่วนสำคัญของการฝึกฝนเรียนรู้สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งจะต้องทำงานกับชีวิตคนทำงานกับครอบครัว และทำงานกับชุมชน จำเป็นต้องเข้าใจ เชื่อมต่อ และทำงานได้กับผู้ที่หลากหลาย เพื่อที่จะนำความช่วยเหลือในหลากหลายมิติ ที่ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ ทั้งความรู้และทักษะ ที่ผนวกความรู้วิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์เข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เยียวยาจิตใจ และรับการเยียวยาจิตใจฟื้นฟูสุขภาพกาย รวมทั้งการประสานหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือทางสังคม เกิดการฝึกอาชีพ สร้างการยอมรับและให้คุณค่าในตน

ณ ปัจจุบัน ในวันที่ความรู้ในสาขาต่าง ๆ มีความก้าวหน้าแตกแขนงและลงลึก **การบูรณาการ** การทำงานของผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขา หลากวิชาชีพให้เกิดการทำงานร่วมกัน เพื่อดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งการทำงานร่วมกันนี้ไม่เพียงแต่เป็นการช่วยให้ผู้ที่เปราะบางเข้าถึงการดูแลและความช่วยเหลือต่าง ๆ แต่ยังคงเป็นการสร้างโอกาสใหม่ ๆ ในการทำความรู้จัก เข้าใจ สร้างความสัมพันธ์ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ และเติบโตร่วมกันทั้งฝั่งผู้รับและผู้ให้

เอกสารอ้างอิง

1. Fang FC, Casadevall A. Reductionistic and holistic science. *Infect Immun*. 2011;79(4):1401-1404. doi:10.1128/IAI.01343-10
2. Rukmana D. Vulnerable Populations. In: Michalos A.C. (eds) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer, Dordrecht; 2014. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_3184
3. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Wang K, et al. The Burden of Stigma on Health and Well-Being: A Taxonomy of Concealment, Course, Disruptiveness, Aesthetics, Origin, and Peril Across 93 Stigmas. *Pers Soc Psychol Bull*. 2018;44(4):451-474. doi:10.1177/0146167217741313

จดหมายถึงกองบรรณาธิการ



“THE VULNERABLE”

เรียน กองบรรณาธิการวารสาร PCFM

The Vulnerable แปลเป็นไทยคือ กลุ่มเปราะบาง

หากขยายความให้เข้าใจง่ายขึ้น ก็หมายถึง บุคคลที่ถูกลืมทิ้งไว้ข้างหลัง กลุ่มสุดท้ายที่จะได้รับโอกาสหรือได้รับการดูแล และนำมาซึ่งปัญหาทางสุขภาพ (Poor health outcome) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก

นั่นหมายถึง กลุ่มเปราะบาง ได้แก่ คนชรา คนพิการ จิตเวช ผู้ต้องขัง ต่างด้าว และคนจน

กลุ่มเปราะบางเหล่านี้ อาจไม่ได้มีสิทธิเท่าเทียมกับคนทั่วไป เช่น ต่างด้าว หรืออาจมีสิทธิแต่ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิได้ เช่น คนชราหรือคนพิการ เพราะเดินทางลำบาก ไร้คนดูแล

กลุ่มนี้อาจได้ผลกระทบทางจิตใจ อาจถูกมองข้าม ไม่ได้ได้รับความสนใจ หรือถึงขั้นถูกดูถูกเหยียดหยาม ถูกรังเกียจเหยียดฉันท เช่น คนพิการ ต่างด้าว คนจน

หรือที่หนักกว่านั้นคืออาจถูกลิดรอนสิทธิ หรือศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เช่น ต่างด้าว หรือการด่าทอ เป็นต้น

ที่เห็นได้ชัด กรณีโรคระบาด COVID-19 ในปัจจุบัน ไม่ว่าจะจากร่างกายที่อ่อนแอจากการที่อยู่กันอย่างแออัด จากความจำเป็นต้องทำงานหาเช้ากินค่ำ จากไม่มีเงินซื้ออุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ หรือจากการเข้าถึงสิทธิการรักษาทั่วทั้งวัคซีนต่าง ๆ เป็นกลุ่มสุดท้าย กลุ่มเปราะบางจึงเป็นกลุ่มแรกที่ป่วยติดเชื้อมาอย่างรวดเร็ว และมีโอกาสเสียชีวิตก่อนกลุ่มอื่น

และแม้ในโรคระยะท้าย กลุ่มนี้ก็มักได้รับการรักษาน้อยกว่าคนทั่วไป ยกตัวอย่างที่น่าเศร้ารายหนึ่ง ผู้ป่วยชื่อ นายเพชร อายุ 34 ปี เป็นมะเร็งที่โคนลิ้น กว่าจะได้มารักษา มะเร็งก็ลุกลามไประยะสุดท้ายเสียแล้ว ทำให้ไม่สามารถผ่าตัดได้

การฉายแสงแบบประคับประคอง (Palliative Radiation) ทำไม่ได้ เพราะไม่มีบัตรประชาชน ไม่มีสิทธิการรักษาใด ๆ และ ไม่มีเงินเดินทาง ทำได้แค่การดูแลแบบประคับประคอง

วันแรกที่เรพบกันที่คลินิกประคับประคอง เพชรร่างกายผอมแห้ง จนประคองตัวเดินไม่ไหว ต้องนั่งรถเข็น ที่เป็นจุดเด่นคือ หน้าทีบิตเบี้ยวจากก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ที่ขยายขนาดจนเต็มครึ่งซีกหน้า ก้อนนั้นนอกจากทำให้หน้าตาอัปลักษณ์ ไม่น่ามองแล้ว ก็ยังทำให้เกิดความปวดอย่างมาก ทำให้กลืนอาหารไม่ได้ ต้องใส่สายให้อาหารทางจมูก และทำให้ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ ทุกครั้งที่ถาม เขาจะใช้วิธีสื่อสารด้วยการพยักหน้า รู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้าง

โชคดีที่เพชรพกมาพร้อมกับหญิงวัยกลางคน ซึ่งพอสอบถาม จึงได้ทราบว่าเพื่อนบ้าน สงสารว่าเพชรเป็นคนไร้บ้าน มาอาศัยในโกดังร้างข้างบ้านตนเพียงลำพัง เห็นนอนร้องครวญครางจากก้อนมะเร็ง สงสาร จึงพามารักษา ทุกครั้งจะขอร้องกระเบาะให้เพชรนั่งท้ายรถมาส่งที่โรงพยาบาล

จนวันหนึ่งเราได้ลงเยี่ยมบ้าน จึงได้เห็นสภาพโกดังร้างสกปรกที่เพชรอาศัย ไม่มีไฟฟ้า ไม่มีห้องน้ำ มีเพียงฟูกเก่าวางปูบนพื้นเป็นเตียงนอน มีเสื้อผ้าไม่กี่ตัวขาด ๆ เก่า ๆ วางอยู่ มีกาน้ำน้ำเล็ก ๆ 1 ใบที่เพื่อนบ้านจะต้มน้ำมาให้และนำมาวางไว้ทุกวัน เพื่อให้เพชรได้ชงนมและ Feed ตัวเองจริง ๆ สถานที่ที่เราไปเยี่ยมไม่สามารถเรียกว่าบ้านได้เลย เนื่องจากเพชรไม่มีสิทธิการ

รักษาใด ๆ ทีมจึงประสานสังคมสงเคราะห์ เพื่ออนุเคราะห์ค่ารักษาต่าง ๆ ประสานท้องถิ่นเพื่อทำบัตรประชาชนให้เพชร เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ดีขึ้น แต่ทุกฝ่ายไม่มีใครกล้ารับรองว่าเพชรเป็นญาติ จึงไม่สามารถทำบัตรประชาชนได้ เราพยายามประกาศตามหาญาติ แต่ก็ไม่มีพบ หมอและทีมระดับประเทศทำได้เพียงให้ยาบรรเทาความเจ็บปวด บริจาคเงินซื้อนม Blendra ให้เพชร ทุกครั้งที่มารับยา รับบริจาคเสื้อผ้า ของใช้ และนมเพื่อให้เพชรได้พอประทังชีวิต

เพชรอาการทรุดลงเรื่อย ๆ ตามระยะของโรค ก่อนโตขึ้นจนสายให้อาหารติดบิบไม่สามารถรับ Feed ได้อีกต่อไป ทำให้ผมจนเหลือแต่หนังหุ้มกระดูก เราจึงปรับยาเป็นแผ่นแปะและยาน้ำแทนยาเม็ดที่กินไม่ได้ หลังจากนั้นไม่นาน เพชรเสียชีวิตลงอย่างสงบ ที่โกดังร้าง เพียงลำพัง

เพื่อนบ้านที่ไปพบศพ แจ้งว่านอนหลับอย่างสงบ ไม่มีท่าทางทรมานทรมาย และนั่นเป็นครั้งสุดท้ายที่ทีมยากได้ยิน ว่าเพชรจะไม่ต้องทุกข์ทรมานอีกต่อไป ...เพราะสำหรับบางคน ความตายก็อาจจะสวยงามกว่าการมีชีวิต...

ทีมระดับประเทศได้บริจาคโลงศพให้เพชร และเพื่อนบ้านช่วยกันตั้งศพที่วัด 1 คืนแล้วเผา เป็นงานศพที่เรียบง่ายที่สุดที่เคยไป ไม่มีงานเลี้ยง ไม่มีญาติ ไม่มีการสวดใด ๆ มีเพียงโลง 1 ใบ กับทีมระดับประเทศ 3 คน และเพื่อนบ้าน 1 คน

เพชรเป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งของกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย พุดไม่ได้ ไม่มีบ้าน ไม่มีคนดูแล ไม่มีสิทธิการรักษา และด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

เชื่อว่ายังมีคนกลุ่มเปราะบางอีกมากที่รอคอยความช่วยเหลือจากทุกภาคส่วน

แม้ในประเทศไทย ชาติที่มีสิทธิบัตรทอง รักษาทุกคนเป็นสิทธิการรักษาขั้นพื้นฐานสำหรับคนไทยทุกคน และมีการขึ้นทะเบียนสิทธิบัตรทองหรือประกันสังคมให้ต่างด้าวที่เข้ามาอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ช่วยให้ประชากรส่วนใหญ่ได้รับการดูแลและเข้าถึงการรักษาขั้นพื้นฐานได้ง่ายขึ้น แม้ในความเป็นจริง จะยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มเปราะบางกับคนทั่วไปอยู่บ้าง และคนจนก็เป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ ดังนั้นการแก้ปัญหาค่าความเหลื่อมล้ำนี้ ไม่ได้แก้ที่สาธารณสุขเท่านั้น แต่คงต้องเป็นความร่วมมือกันของทุกฝ่าย ทั้งฝ่ายปกครอง ฝ่ายพัฒนาแรงงาน เช่น การป้องกันการลักลอบเข้าเมือง การขึ้นทะเบียนต่างด้าวที่ถูกกฎหมาย สนับสนุนการสร้างงานสร้างรายได้ให้คนจน คนพิการ จัดสวัสดิการแก่กลุ่มเปราะบางที่เหมาะสม เช่น ยกระดับบ้านพักคนชราหรือ Hospice เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต เพื่อให้ทุกคนเดินไปข้างหน้าด้วยกัน

No one is left behind

เพื่อที่เราจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง อีกต่อไป

พญ.อุตินาถ ศุภเศรษฐวิทย์

ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลตรัง

ในการดำเนินการวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวฉบับนี้ ทางกองบรรณาธิการได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจากหลายสถาบัน ดังรายนามต่อไปนี้

รศ.ดร.นพ. ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พญ. ลลิตา อุฑารัตนากุล	ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.พญ. อันทิมา เอื้อตรงจิตต์	ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.นพ. ปราโมทย์ ทานอุทิศ	ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พญ. กัญญาณัฐ เกษียรสินธุ์	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น
พญ. ชลทิพย์ ธีระชาติสกุล	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
นพ. มณฑล ศรียศชาติ	โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่
พว. ธัญภา วิชาสศิริบุตร	ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชลบุรี
พญ. ชุติมา มีชำนาญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร. อลิสา ศิริเวชสุนทร	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
นพ. พิภพ จิตรนำทรัพย์	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
ผศ.ดร. ดรฤณี ภูขาว	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.นพ. พีระศักดิ์ เลิศตระกานนท์	ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ต.พญ. สุภัชมา เก่งพานิช	วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
รศ.พญ. ชวัลัญญา รัตนพิบูลย์	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ดร.นพ. วิรุฬ ลี้มสวาท	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
พญ. ปริยสุทธิ์ อินทสุวรรณ	โรงพยาบาลสิรินธร (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) จังหวัดขอนแก่น
นพ. สิริชัย นามทรงคณีย์	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูจินารายณ์

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้เกียรติและเสียสละเวลา ร่วมทบทวนพิจารณาบทความต้นฉบับ ให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขและพัฒนาบทความให้ได้บทความที่มีคุณภาพและถูกต้องตามหลักวิชาการ

บทความพิเศษ

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

Received: March 16, 2021; Revised: April 9, 2021; Accepted: November 16, 2021

นายแพทย์พรชัย โนนจ๋าย

ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding Author email:

patno@kku.ac.th

บทคัดย่อ

การทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) เป็นจิตบำบัดที่มีประสิทธิภาพในโรคจิตเวชหลายโรคและสามารถนำมาใช้ปรับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีจุดเด่น คือ มีโครงสร้างชัดเจน ระยะเวลาสั้นและมีประสิทธิภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ในประเทศไทยยังขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิต ดังนั้นทีมสหวิชาชีพสามารถประยุกต์การทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปเนื้อหาในการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ต่อทีมสหวิชาชีพในการนำไปประยุกต์ใช้กับเวชปฏิบัติในชุมชนต่อไป

จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม กล่าวถึงการที่มนุษย์เผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตจะเกิดความคิดอัตโนมัติ เกิดอารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางร่างกายตามมา ขั้นตอนเริ่มต้นจากสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ตั้งเป้าหมายในการรักษา ค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ ทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงด้านบวก ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมระหว่างการทำจิตบำบัดและการให้บ้าน สิ่งสำคัญในการบำบัดทุกครั้งคือช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อความคิดที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ดีประโยชน์ โดยใช้เทคนิคความคิดและเทคนิคพฤติกรรม ถ้าผู้ป่วยสามารถสังเกตความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เกิดขึ้น จะสามารถประเมินความเที่ยงตรงของความคิดได้ และเมื่อสิ้นสุดการรักษาเป้าหมายคือให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดของตนเองได้

คำสำคัญ: จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม, จิตบำบัด, ปฐมภูมิ

SPECIAL ARTICLE

Cognitive Behavioral Therapy in Primary Care

Received: March 16, 2021; **Revised:** April 9, 2021; **Accepted:** November 16, 2021

Abstract

Cognitive-behavioral therapy (CBT) is one of the psychotherapies that are effective in various psychological diseases. Moreover, CBT can be applied to behavioral changes in chronic disease. The distinctive points of cognitive-behavioral therapy include clear structure, time limits, and effectiveness in primary care. Thailand lacks sufficient mental health providers. Thus, Primary Care providers in the community can apply CBT in their practice to care for patients in the community. This article aims to summarize CBT content for primary care provider practice.

The theory of CBT regards the human response to the situation. Then, automatic thoughts, emotions, and behavior will occur according to the situation. Structuring in CBT includes: developing the therapeutic relationship, planning treatment, and structuring sessions, identifying negative automatic thoughts, emphasizing the positive, and facilitating cognitive and behavioral change between sessions with a homework assignment. It is essential in every therapy session to help patients respond to their inaccurate or unhelpful thoughts using cognitive and behavioral techniques. If the patients identify negative automatic thoughts, then they can validate the thoughts. The goal of treatment after the termination of the therapy aims of helping the patient to become their own therapist.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Psychotherapy, Primary care

Pat Nonjui, MD, MRCFPT

Department of Community
Medicine, Faculty of Medicine,
Khon Kaen University

Corresponding Author email:
patno@kku.ac.th

บทนำ

จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2556 ในประชากรไทยพบว่าร้อยละ 7.4 เป็นโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยโรคจิตเวชที่พบได้บ่อยสามอันดับแรกคือ กลุ่มความผิดปกติของการควบคุมตัวเอง (Impulsive control disorder) กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) และความผิดปกติทางอารมณ์ (Affective disorder) ตามลำดับ¹ ซึ่งการรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นสามารถทำจิตบำบัด ใช้ยาและการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ² ในหน่วยบริการปฐมภูมินั้นมีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ จึงเลือกการให้คำปรึกษาที่มีความสั้น เน้นการแก้ปัญหาและมีรูปแบบชัดเจน ได้แก่ 1. เทคนิค Five A's เพื่อลดการใช้บุหรี่และสุรา 2. เทคนิค BATHE เพื่อทำความเข้าใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนแก้ไขปัญหา 3. FRAMES Brief Intervention Model ในการลดการใช้สุราและกัญชา 4. Transtheoretical Model เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ และ 5. Brief Motivational Interviewing เพื่อค้นหาและเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ³ นอกจากนี้ยังมีจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) ซึ่งมีโครงสร้างชัดเจน ระยะเวลาสั้นและมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในหน่วยบริการปฐมภูมิ⁴⁻⁶ มีวิจัยสนับสนุนว่าเป็นจิตบำบัดที่มีประสิทธิภาพในโรคจิตเวช^{7,8} และมีคำแนะนำให้ทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมในโรคจิตเวชหลายโรค เช่น โรควิตกกังวลทั่วไป โรคซึมเศร้า เป็นต้น^{9,10}

จากรายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2558 พบว่าบุคลากรด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอต่อการให้บริการประชาชน¹¹ ดังนั้นสหวิชาชีพในชุมชนจึงมีบทบาทดูแลกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปเนื้อหาในการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม เพื่อเป็นประโยชน์ต่อแพทย์และสหวิชาชีพนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

พัฒนาการของจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม

แบ่งเป็นสามช่วง ได้แก่

1. คลื่นลูกแรก (First wave) หรือ Behavioral therapy (พฤติกรรมบำบัด) ทฤษฎีสำคัญคือ 1) classical conditioning (ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก) และ 2) operant learning (ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบแสดงการกระทำ) นำมาใช้ เช่น จัดสภาพสิ่งแวดล้อมใหม่เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเสริมแรงบวกในพฤติกรรมที่ต้องการเพื่อให้เกิดแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมนั้นอีก^{12,13}

2. คลื่นลูกที่สอง (Second wave) พัฒนารุ่งขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมบำบัดมีข้อจำกัดในการใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมซับซ้อน¹⁴ Albert Ellis พัฒนา Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) และ Aaron Beck พัฒนา Cognitive behavioral therapy¹⁵ ทั้งสองรูปแบบของจิตบำบัดมีแนวคิดที่คล้ายกัน เช่น 1) การตั้งเป้าหมายในการรักษา 2) ให้ความสำคัญกับรูปแบบความคิดว่าถ้าความคิดของคนอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงและเป็นเหตุเป็นผลจะเกิดความรู้สึกและพฤติกรรมที่ดี และเมื่อบุคคลมีความคิดที่ไม่มีเหตุผลก็นำไปสู่ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ไม่ดี 3) ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมต่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน^{16,17} REBT กล่าวถึง 1) ABC Model คือ ผลที่ตามมา (Consequences) เกิดจากความเชื่อ (Belief) ต่อเหตุการณ์นั้น (About events) ซึ่งผลที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้ตามมาจากตัวของเหตุการณ์เอง แต่เกิดจากความเชื่อของแต่ละบุคคล 2) การแยกระหว่างความคิดที่มีเหตุผล (Rational thinking) และความคิดที่ไม่มีเหตุผล (Irrational thinking)¹⁸ CBT ตามแนวคิดของ Beck มีแนวคิดพื้นฐานจาก Cognitive model⁷

3. คลื่นลูกที่สาม (Third wave) เน้นพาผู้ป่วยไปยังเป้าหมายในชีวิตในอนาคต จิตบำบัดที่สำคัญ เช่น การบำบัดด้วยการยอมรับและมุ่งมั่น (Acceptance and commitment

therapy (ACT)) จิตบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (Mindfulness based cognitive therapy (MBCT)) พฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical behavior therapy (DBT)) เป็นต้น^{14,19}

บทความนี้จะเน้น CBT ของ Beck เนื่องจากเป็นการทำจิตบำบัดที่แนะนำในโรควิตกกังวลทั่วไปและโรคซึมเศร้า^{9,10} และให้ผลการรักษาในโรควิตกกังวลได้ดีเมื่อใช้ควบคู่กับการรักษาด้วยยาและยังส่งผลดีต่อเนื่องหลังจากสิ้นสุดการบำบัด⁹ อีกทั้งใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสำหรับโรคทางกายเรื้อรังได้²⁰

แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานในการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม

Cognitive model คือ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ (Event) หรือสถานการณ์ (Situation) ในชีวิตจะเกิดความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought) แล้วเกิดปฏิกิริยา (Reaction) ได้แก่ อารมณ์ (Emotional) พฤติกรรม (Behavioral) และอาการทางร่างกาย (Physiological)⁷ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดหรือการตีความของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์นั้น ถ้าผู้ป่วยสามารถสังเกตความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น จะสามารถประเมินความเที่ยงตรง (Validity) ของความคิดได้ เช่น ผู้ป่วยมีงานมาก เกิดความคิดอัตโนมัติว่าตนเองจะทำงานไม่เสร็จ แต่เมื่อตรวจสอบความจริงพบว่าเดิมผู้ป่วยสามารถทำงานเสร็จทันมาตลอด เกิดการปรับความคิดว่าตนเองสามารถทำงานเสร็จทันเวลาได้ ส่งผลกับความรู้สึกเดิม เช่น จากที่กังวลมากก็กังวลน้อยลง สามารถปรับพฤติกรรมการทำงานให้ดีขึ้น หรืออาการทางร่างกายที่เกิดจากความกังวลลดลง^{7,21} ซึ่งสามารถแบ่งระดับของกระบวนการคิดได้ดังนี้

1. ความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Negative automatic thought) เป็นความคิดอัตโนมัติที่จำเพาะกับเหตุการณ์ และคนส่วนใหญ่มักจะตระหนักถึงความคิดรูปแบบนี้ เช่น เวลาที่กังวลจะมีความคิดว่าจะเกิดสิ่งที่ไม่ดีขึ้น^{7,22}

2. ความเชื่อที่เป็นแกนหลัก (Core belief) เป็นความเชื่อพื้นฐานที่มีต่อตนเอง บุคคลอื่นและโลก เป็นความเชื่อที่ไม่จำเพาะกับเหตุการณ์ เป็นความเชื่อพื้นฐานที่ใช้กับทุกเหตุการณ์และมีความทั่วไป เช่น ฉันเป็นคนไม่ดี เป็นต้น โดยปกติแล้วคนเราจะไม่ตระหนักถึงความเชื่อที่เป็นแกนหลัก และจะเชื่อความคิดนี้ว่าเป็นจริงที่สุด ความเชื่อนี้มักเกิดจากการเรียนรู้ในวัยเด็กหรือพัฒนาขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต^{7,22}

3. ความเชื่อในระดับกลาง (Intermediate belief) ได้แก่ ทศนคติ (Attitude) กฎ (Rule) และสมมติฐาน (Assumption) เป็นตัวเชื่อมระหว่างความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเชื่อที่เป็นแกนหลัก เมื่อตรวจสอบความเชื่อในระดับกลางแล้วอาจพบสมมติฐานที่ผิดปกติ (Dysfunctional assumptions) ในลักษณะเงื่อนไข เช่น “ถ้า....แล้ว....” หรือเป็นกฎ เช่น “ต้อง” หรือ “ควร” ซึ่งวัตถุประสงค์ในการทำจิตบำบัดส่วนหนึ่งก็คือการค้นหาและปรับสมมติฐานที่ผิดปกติ^{7,22}

กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

กระบวนการทำจิตบำบัด⁷ มีขั้นตอนดังนี้

1. สร้างความสัมพันธ์ในการรักษาที่ดีกับผู้ป่วย เริ่มต้นสร้างความไวใจและความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยผ่านทักษะการให้คำปรึกษาที่ดี เช่น การเลือกใช้คำพูด น้ำเสียง สีหน้าและท่าทางที่เหมาะสม แสดงความเห็นใจ

2. วางแผนการรักษาและออกแบบโครงสร้างในการบำบัด จำนวนครั้งของการทำจิตบำบัดจะอยู่ระหว่าง 6 ถึง 20 ครั้งขึ้นกับความรุนแรงของโรค และใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 50 นาที^{7,22}

3. ค้นหาและตอบสนองต่อ Dysfunctional cognitions เป็นส่วนสำคัญในการบำบัดทุกครั้งคือช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อความคิดที่ไม่ถูกต้องหรือไม่มีประโยชน์

4. ทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงด้านบวก

5. ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมระหว่างการทำจิตบำบัดและให้ที่บ้าน

ในแต่ละครั้งของการทำจิตบำบัดจะแบ่งเป็น 3 ช่วงดังนี้⁷

1. ช่วงต้น ทาวัตรประสงค์ของการทำจิตบำบัดร่วมกับผู้ป่วย ประเมินอารมณ์ ติดตามสถานการณ์ในปัจจุบันของผู้ป่วย อภิปรายและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ถ้าเป็นการติดตามต่อเนื่องจะมีการประเมินการทำการบ้าน

2. ช่วงกลาง ระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับ Cognitive model และอภิปรายปัญหาค้างนี้ โดยการตั้งเป้าหมายสามารถใช้หลักการ SMART²³ คือ เข้าใจง่ายและจำเพาะ (Simple and specific) วัดผลได้ (Measurable) เป็นการตกลงร่วมกัน (Agreed) อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง (Realistic) และมีกรอบเวลาชัดเจน (Timescale) ที่เป็นไปได้ในระยะเวลาของการบำบัด

3. ช่วงปลาย สรุป ทบทวนการบ้านและสะท้อนกลับการทำจิตบำบัดครั้งนี้

เทคนิคพื้นฐานในการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม

เทคนิคในการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีหลายเทคนิค ซึ่งผู้บำบัดสามารถเลือกให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและเป้าหมายของการรักษา ประกอบด้วยเทคนิคความคิด (Cognitive techniques) และเทคนิคพฤติกรรม (Behavioral techniques)^{7,24} ดังนี้

เทคนิคความคิด

ส่วนสำคัญคือการค้นพบคำตอบด้วยตนเองโดยมีผู้บำบัดนำทาง (Guided discovery) ทำความเข้าใจมุมมองของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสมมติฐานที่ผิดปกติก่อนค้นพบมุมมองใหม่หรือวิธีแก้ปัญหามาของตนเอง²⁴

1. การตั้งคำถามแบบโสกราตีส (Socratic questioning) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิด Guided discovery โดยใช้การถามคำถามเพื่อนำไปสู่ข้อสรุปโดยไม่ต้องบอกผู้ป่วยโดยตรง ใช้คำถามในการค้นหาสมมติฐาน เหตุผลหรือหลักฐานของความเชื่อ ตัวอย่างคำถาม เช่น “มีความเชื่ออย่างอื่นอีกหรือไม่”²⁴

2. การจดบันทึกความคิด (Thought record)²⁴ เป็นการบอกอารมณ์ตนเองเพื่อให้เกิดการระลึก (Awareness) เพื่อฝึกแยกแยะระหว่างอารมณ์กับความคิด²¹ ประเมินระดับของอารมณ์ที่เกิดขึ้น เช่น เศร้า 70% ทำให้สังเกตความเปลี่ยนแปลงขึ้นลงของอารมณ์ เตือนให้รู้สาเหตุการณ์หรือความคิดใดมีผลต่ออารมณ์ และใช้บอกว่าการจัดการอารมณ์ของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพหรือไม่^{7,21} การหาความคิดอัตโนมัติ เลือกความคิดที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์หรือเป็นความคิดที่ผิดปกติ⁷ ใช้คำถามเพื่อค้นหา เช่น ตอนที่เกิดเหตุการณ์นั้น “คุณคิดอะไรขึ้นมา”²¹ ผู้ป่วยสามารถใช้การจดบันทึกความคิดเป็นการบ้าน โดยเขียนบันทึกสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน บันทึกอารมณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมให้คะแนน 0-100 คะแนน ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น และให้คะแนนความเชื่อ 0-100% พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติ โดยระบุเหตุผลและให้คะแนนความเชื่อในเหตุผล 0-100% และผลลัพธ์จากการปรับความคิด โดยระบุและให้คะแนนอารมณ์ที่ตามมา 0-100 คะแนน²⁵

3. การปรับแก้ความคิด (Modifying dysfunctional thoughts) โดยการประเมินความถูกต้องตามความเป็นจริง (Validity) และประโยชน์ (Utility) ของความคิด²¹ มีการปรับเปลี่ยนมุมมอง (Reframing) เน้นให้มองรอบด้านหรือกระตุ้นให้เห็นปัญหาจากมุมมองที่แตกต่าง²⁵ หรือตรวจ

สอบทางเลือก (Examining alternatives) ร่วมกับผู้ป่วย เพื่อคิดทางเลือกวิธีการแก้ปัญหาเพิ่มเติมแล้วร่วมกันพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา²⁵ การทดลองคาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุดโดยใช้คำถามลักษณะ “จะเกิดอะไร...ถ้า...” หรือถามสิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้ และใช้คำถามเพื่อเตรียมการเผชิญกับปัญหา²⁵ แต่หากพบว่าความคิดอัตโนมัติเป็นความจริง สามารถแก้ไขปัญหา (Problem solving) ร่วมกับมองหาความคิดที่อาจยังไม่ถูกต้องทั้งหมดหรือเน้นการยอมรับ (Acceptance) ในปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้และเรียนรู้คุณค่าของตนเอง⁷

เทคนิคพฤติกรรม²⁴

1. การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (Graded task assignment) โดยการลดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกิจกรรมเหล่านั้นได้ ลดการตัดสินใจของผู้ป่วย ลดการผัดวันประกันพรุ่ง (Procrastination) และลดความกังวล

2. การจัดตารางกิจกรรม (Activity scheduling) เป็นการวางแผนกิจกรรมล่วงหน้าในแต่ละวัน ร่วมกับการประเมิน ความรู้สึกที่ได้ทำสำเร็จ (Mastery) และความพึงพอใจ (Pleasure) ในการทำกิจกรรม เพื่อปรับรูปแบบชีวิต เพิ่มกิจกรรมที่สร้างความพึงพอใจ เพิ่มการแก้ปัญหาเพื่อจัดการปัญหาของตนเอง

3. Behavioral experiments เป็นการทดลองต่อความเชื่อต่อการคาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุด โดยให้ผู้ป่วยคาดการณ์ก่อนจะทำกิจกรรม เช่น เดินเข้าไปในร้านค้าแล้วจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง หลังจากเดินเข้าไปในร้านค้าแล้วให้กลับมาบันทึกสิ่งที่คาดการณ์ถูกต้อง นำไปสู่การประเมินการคาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุดของตนเองใหม่ มีหลักฐานคัดค้านต่อการคาดการณ์นั้น โดยผู้บำบัดจะช่วยจัดลำดับกิจกรรมจากกิจกรรมที่สร้างความกังวลน้อยไปมาก

4. การผ่อนคลาย (Relaxation) และการฝึกการหายใจ (Breathing exercises) เพื่อลดความวิตกกังวลและอาการแพนิค (Panic attack)

การบ้าน (Homework)⁷

เป็นส่วนสำคัญของการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม การให้การบ้านช่วยให้การรักษาดีกว่า ซึ่งผู้บำบัดสามารถเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมทำการบ้านตั้งแต่ครั้งแรก โดยการบ้านควรมีความจำเพาะกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ตัวเอง เก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการทดสอบความคิดของตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดหรือพฤติกรรม ผู้บำบัดจะต้องอภิปรายกับผู้ป่วยถึงความเป็นไปได้ที่จะทำการบ้าน อุปสรรคที่จะทำให้ผู้ป่วยทำการบ้านไม่ได้และออกแบบวางแผนการบ้านร่วมกันให้สอดคล้องกับเป้าหมายของผู้ป่วย ตัวอย่างที่ใช้บ่อย เช่น การบันทึกความคิดอัตโนมัติ การใช้ทักษะที่ได้เรียนรู้ในการทำบำบัดไปใช้แก้ปัญหา เป็นต้น และก่อนที่จะเริ่มการทำบำบัดครั้งถัดไป ผู้บำบัดควรทบทวนการบ้านก่อนเริ่มทำบำบัดทุกครั้ง และให้เวลาเพิ่มขึ้นถ้าพบว่ามีปัญหาสำคัญหรือผู้ป่วยไม่ทำการบ้าน

การสิ้นสุดการรักษา⁷

เป้าหมายสำคัญ คือ ทำให้การรักษาสิ้นสุดและผู้ป่วยสามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้นควรอภิปรายว่าอาจพบการเปลี่ยนแปลงของอาการแย่ลงได้ ในช่วงที่ผู้ป่วยดีขึ้นควรหาว่าผู้ป่วยคิดว่าเพราะอะไรผู้ป่วยถึงรู้สึกดีขึ้น เพราะการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์นั้นจะเกิดจากการปรับเปลี่ยนความคิดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย และให้ส่งเสริมความคิดนั้นทุกครั้งเมื่อเป็นไปได้ ประเมินว่าผู้ป่วยมีความกังวลกับการสิ้นสุดการรักษาหรือไม่ เน้นข้อดีของการสิ้นสุดการรักษาหรือการเพิ่มระยะห่างของเวลานัด และมีการทบทวนถึงสิ่งที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ตลอดการบำบัด นำไปสู่การวางแผนการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมของตนเองด้วยตนเอง เพื่อวางแผนว่าหลังสิ้นสุดการรักษาแล้วหากผู้ป่วยแย่ลงจะรับมืออย่างไร

ตัวอย่างการวางแผนการทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม

โรคซึมเศร้า

สามารถใช้รูปแบบความร่วมมือกันในการดูแล (Collaborative care) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเพิ่มคุณภาพของการรักษาผู้ป่วย มีการให้ความรู้ การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการดูแลผู้ป่วย บุคลากรสหวิชาชีพ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ มีการติดตามการรักษาในช่วงแรกและห่างออกในช่วงที่อาการคงที่หรือช่วงติดตามการรักษา และใช้แบบสอบถามชนิดตอบเองประเมินเป็นประจำ หากผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นสามารถปรับการรักษาโดยทีมดูแล²⁶

หลักการสำคัญในการทำจิตบำบัดในโรคซึมเศร้า คือ 1. Behavioral activation เป็นการวางแผนกิจกรรมล่วงหน้าในแต่ละวัน ร่วมกับการประเมิน ความรู้สึกที่ได้ทำสำเร็จ (Mastery) และความพึงพอใจ (Pleasure) ในการทำกิจกรรม เพื่อปรับรูปแบบชีวิต และเพิ่มกิจกรรมที่สร้างความพึงพอใจ 2. Problem solving เริ่มจากนิยามปัญหาให้ชัดเจนและผลลัพธ์ที่ต้องการ ระดมสมองวิธีการแก้ไขปัญหานั้น แล้วประเมินข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธี แล้วเลือกวิธีที่จะนำไปใช้ เมื่อนำใช้แล้วมีการกลับมาประเมินความสำเร็จในการแก้ไขปัญหานั้น 3. Cognitive restructuring การค้นหาความคิด สมมติฐานและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เช่น การจดบันทึกความคิด การใช้คำถามคำถามหาหลักฐานคัดค้านความคิดด้านลบ ปรับความคิดให้เป็นความคิดที่มีประโยชน์และยืดหยุ่นมากขึ้น⁶

การศึกษาของอลิธา²⁷ ทำจิตบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 1 เป็นการเตรียมการให้การบำบัดตามโปรแกรม ครั้งที่ 2 การค้นหาความคิดทางลบ ครั้งที่ 3 การสอนความสัมพันธ์หรือการเชื่อมโยงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ครั้งที่ 4 การปรับแนวคิดและพฤติกรรม ครั้งที่ 5 เตรียมให้ผู้ป่วยเป็นผู้รักษาตนเอง และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง

โรควิตกกังวล

หลักการสำคัญ มีดังนี้ 1. Exposure therapy สร้างรายการสิ่งที่กระตุ้นให้กลัว เรียงลำดับจากง่ายไปยาก รายการที่เลือกทำจะต้องคาดการณ์และควบคุมได้ 2. Response prevention เป็นการหาพฤติกรรมที่เรียกว่า safety behavior ของผู้ป่วย เช่น การพึ่งพาหรือหาคำยืนยันจากคนอื่น การทานยาบรรเทาอาการกังวล เป็นต้น โดยมีเป้าหมายเพื่อกำจัดพฤติกรรมนี้ 3. Cognitive reframing ปรับความคิดด้านลบเกี่ยวกับการคาดการณ์ถึงสิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ว่ามีโอกาสเกิดขึ้นเท่าใด และสามารถรับมืออย่างไร⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อลดอาการวิตกกังวลในวัยรุ่นที่เหมาะสม คือ ทำจิตบำบัด 8 ครั้งขึ้นไป ครั้งละ 60-90 นาที สำหรับรายบุคคล และ 60-120 นาที สำหรับรายกลุ่ม มีองค์ประกอบ คือ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรควิตกกังวล 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม 3) การรับรู้อารมณ์ 4) การฝึกผ่อนคลาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกการหายใจ 5) การฝึกการปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดใหม่ (Cognitive restructuring) 6) การให้เผชิญกับความกลัวทีละน้อยตามลำดับขั้น (Gradual exposures) 7) การให้แรงเสริม การให้รางวัลตนเอง เมื่อสามารถจัดการความวิตกกังวลได้ 8) ฝึกทักษะการแก้ปัญหา ฝึกทักษะทางสังคม ฝึกการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness) และหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม 9) ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention)²⁸

โรคเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าสามารถใช้ CBT ควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน²⁹ ความดันโลหิตและไขมันในเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้³⁰ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีปัญหาหลายด้าน ดังนั้นการตั้งเป้าหมายในการรักษาเป็นสิ่งสำคัญเพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยโดยเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย และใช้การบ้านที่เป็นการจดบันทึก

อาการ การทดลอง หรือการปรับความคิดในการรักษา³¹ ตัวอย่างรูปแบบ เช่น การศึกษาของ Safren และคณะ³² ทำจิตบำบัดในผู้ป่วยเบาหวาน 9-12 ครั้ง ประกอบด้วย 1. การแนะนำ CBT และ Motivational interviewing สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 2. เพิ่มกิจกรรมที่พึงพอใจและบันทึกอารมณ์ 3. บันทึกความคิดและการปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดใหม่ 4. ทักษะการแก้ไขปัญหา 5. ทักษะการผ่อนคลาย การศึกษาของ Lynn และคณะ³³ ทำกลุ่มบำบัดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็นเวลา 10 สัปดาห์ โดยใช้ CBT ร่วมกับการจัดการความเครียด ได้แก่ การค้นหาและประเมินความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมต่อสถานการณ์ที่ทำให้เครียด ทักษะการแก้ไขปัญหา การจัดการกับความโกรธ การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) การพัฒนาทักษะการสื่อสาร เพิ่มความเข้าใจผู้อื่นเพื่อพัฒนาความสัมพันธ์ทางบวก เป็นต้น

บทสรุป

การทำจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถเลือกใช้เทคนิคให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เริ่มต้นจากการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ตั้งเป้าหมายในการรักษา ค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ ทำให้ผู้ป่วยเห็นถึงด้านบวก ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมระหว่างการทำจิตบำบัดและการให้บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเป็นผู้บำบัดตนเองได้

ข้อจำกัด

บทความนี้เป็นบทความพิเศษ ไม่ใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจึงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย ดังนั้นควรอ่านและนำไปใช้อย่างมีวิจารณญาณ

เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบลีย์, นพพร ตันติรังสี, วรารณ จูฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, สวัสดิ์ อ้วนวงศ์กรชัย, และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 [Internet]. กรุงเทพฯ: มียอนด์พับลิชชิง; 2016 [cited 2021 Mar 5]. Available from: https://www.dmh.go.th/ebook/files/prevalence_of_M_disorder_MH_problems_TNMHS2013.pdf
2. Sukhato K. The Treatment Options for Minor Depression In Primary Care: Systematic Review. *Ramathibodi Med J* 2010 ;33(3):160-166.
3. Searight HR. Counseling Patients in Primary Care: Evidence-Based Strategies. *Am Fam Physician* 2018 ;98(12):719-728.
4. Zhang A, Borhneimer LA, Weaver A, Franklin C, Hai AH, Guz S, et al. Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *J Behav Med* 2019;42(6):1117-1141.
5. Khoury B, Ammar J. Cognitive behavioral therapy for treatment of primary care patients presenting with psychological disorders. *Libyan J Med* 2014;9(1):24186.
6. Sawchuk CN, Craner JR. Evidence-Based Psychotherapy in Primary Care. *Focus J Life Long Learn Psychiatry* 2017;15(3):264-270.
7. Beck JS, Beck AT. Cognitive behavior therapy : basics and beyond. basic and beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.
8. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cogn Ther Res* 2012;36(5):427-440.
9. Stein MB, Sareen J. CLINICAL PRACTICE. Generalized Anxiety Disorder. *N Engl J Med*. 2015 ;373(21):2059-2068.
10. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariente CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primer* 2016;2(1):1-20.
11. สำนักยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) [Internet]. [cited 2020 Mar 17]. Available from: <https://>

www.dmh.go.th/intranet/

p2554/%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%98_256O-2564.pdf

12. Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Curr Opin Psychiatry* 2012;25(6):522–528.

13. ทราญ ศรีเงินยวง, อัจฉรา ประเสริฐสิน, กนกพร วิบูลพัฒน์วงศ์. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบพฤติกรรมนิยมเพื่อเสริมสร้าง ทักษะการควบคุมตนเองของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. *วารสารการวัดผลการศึกษา* 2563;37(101):1–17.

14. Ferguson KE, O'Donohue W. Behavior therapy: The second and third waves. In: Wright JD, editor. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. 2nd ed. Florida: Elsevier Ltd; 2015. 431–436.

15. Rice RH. Cognitive-behavioral therapy. *Sage Encycl Theory Couns Psychother*. 2015;1:194.

16. Ellis A. Similarities and Differences Between Rational Emotive Behavior Therapy and Cognitive Therapy. *J Cogn Psychother* 2003;17(3):225–240.

17. Matweychuk W, DiGiuseppe R, Gulyayeva O. A Comparison of REBT with Other Cognitive Behavior Therapies. In: Bernard ME, Dryden W, editors. *Advances in REBT: Theory, Practice, Research, Measurement, Prevention and Promotion* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019 [cited 2021 Apr 30]. 47–77. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-93118-0_3

18. Keegan E, Holas P. Cognitive-behavior therapy. Theory and practice. In: Carlstedt R. editor. *Integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine*. New York: Springer Publications; 2009. 605–630.

19. Brown LA, Gaudiano BA, Miller IW. Investigating the Similarities and Differences Between Practitioners of Second- and Third-Wave Cognitive-Behavioral Therapies. *Behav Modif* 2011;35(2):187–200.

20. Weisberg RB, Magidson JF. Integrating Cognitive Behavioral Therapy Into Primary Care Settings. *Cogn Behav Pract* 2014;21(3):247–251.

21. ณัฏพร พิทยรัตน์เสถียร. การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy:CBT) [Internet]. [cited 2021 Mar 5]. Available from: <https://www.thaidepression.com/www/56/CBTdepression.pdf>

22. Kennerley H, Krik J, Westbrook D. Introduction to cognitive behaviour therapy : skills and applications. 3rd ed. London: Sage publications. Oxford Cognitive Therapy Center; 2017.

23. Neenan M, Dryden W. Cognitive therapy: 100 key points and techniques. Routledge; 2004.

24. Fenn K, Byrne M. The key principles of cognitive behavioural therapy. *InnovAiT* 2013;6(9):579–585.

25. จุฑารัตน์ ทองสลับ. โรควิตกกังวลทั่วไป ดีขึ้นได้ด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม. *J Boromarajonani Coll Nurs Surin* 2017;7(1):40–51.

26. Freedy JR, Carek PJ, Diaz VA, Thiedke CC. Integrating Cognitive Behavioral Therapy into Management of Depression. *Am Fam Physician* 2012;85(7):686–687.

27. สลิตา อันอามาตย์. ผลของการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา* 2560;11(1):24–33.

28. Phokhasawadi S, Yeong APA, Wattanapailin A. Cognitive Behavior Therapy to Reduce Symptoms of Anxiety Disorders with Adolescents: Evidence-Based Nursing. *Nurs Sci J Thail*. 2014;32(4):7–14.

29. Uchendu C, Blake H. Effectiveness of cognitive-behavioural therapy on glycaemic control and psychological outcomes in adults with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabet Med* 2017;34(3):328–39.

30. Li Y, Buys N, Li Z, Li L, Song Q, Sun J. The efficacy of cognitive behavioral therapy-based interventions on patients with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med Rep* 2021;23:101477.

31. White CA. Cognitive behavioral principles in managing chronic disease. *West J Med* 2001;175(5):338–342.

32. Safren SA, Gonzalez JS, Wexler DJ, Psaros C, Delahanty LM, Blashill AJ, et al. A Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Adherence and Depression (CBT-AD) in Patients With Uncontrolled Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2014;37(3):625–633.
33. Clemow LP, Pickering TG, Davidson KW, Schwartz JE, Williams VP, Shaffer JA, et al. Stress management in the workplace for employees with hypertension: a randomized controlled trial. *Transl Behav Med* 2018;8(5):761–770.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้านเพื่อพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

Received: July 3, 2021; **Revised:** September 7, 2021; **Accepted:** October 21, 2021

พว.ปณณณิน เขื่อนเพชร*

พว.ศรียัน กิณางค์

พว.รุ่งลาวัลย์ กาวิละ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

*Corresponding Author Email:

Punyanin@gmail.com

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุของการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การบูรณาการระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ จะลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลได้

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล รูปแบบการวางแผนจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติการทดสอบ

ผลการศึกษา: การรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.48 การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพโดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ORIGINAL ARTICLE

Theory Application in Integrated Health Service Systems with Multidisciplinary Participation Using the Concept of Hospital Transition to Home Care for Developing a Health Management System for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Maelao Hospital in Chiang Rai Province

Received: July 3, 2021; **Revised:** September 7, 2021; **Accepted:** October 21, 2021

Abstract

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one cause of hospital readmissions. The readmission rate to the hospital can be reduced by applying the integrated health service system with multidisciplinary participation, and an evaluation on readiness before discharge from the hospital

Methodology: This research was action research conducted with chronic obstructive pulmonary disease. The instruments consisted of the evaluation form on readiness preparation before discharge from the hospital, and the discharge planning model. The data were analyzed with descriptive statistics and testing statistics.

Results: The sample participants' perception of readiness preparation before discharge from the hospital was found to be at the high level at 90.48%, and the readmission rate at the hospital within 28 days was significantly reduced.

Conclusion: The result of this study indicated the integrated health service systems with multidisciplinary participation. Using the concept of hospital transition to home care could increase effectiveness of care for the patients with COPD.

Keywords: chronic, obstructive, pulmonary, disease, readiness preparation before discharge

Punyanin Khuanphet, RN*

Srirat Kinawong, RN

Runglawan Kawila, RN

Mae Lao Hospital, Chiang Rai

***Corresponding Author Email:**

Punyanin@gmail.com

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) เป็นกลุ่มโรคที่มีความสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขในหลายประเทศ ก่อให้เกิดความสูญเสียในชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วย มีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง ไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติ เนื่องจากการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม การอักเสบของถุงลมปอด การสัมผัสกับสิ่งกระตุ้น เช่น หมอกควัน ฝุ่นละออง หรือควันบุหรี่ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยเรื้อรัง¹ และเป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของประชากรทั่วโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลก พบผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่และคาดว่าจะเป็นการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี ค.ศ.2030 โดยพบว่าในปี ค.ศ.2000 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิต 2,750,000 คน คิดเป็นอัตราการตายร้อยละ 4.8² จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักงานบริหารยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2559 - 2560 พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของประเทศไทย โดยมีอัตราการตายร้อยละ 11.27 และ 10.37 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด โรคเส้นเลือดสมอง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง และโรคเอดส์ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง จากการอุดกั้นของทางเดินหายใจ เมื่อการดำเนินโรคมามากขึ้นจะส่งผลให้เกิดอาการอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก และเป็นสาเหตุสำคัญของการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล³ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม เป้าหมายที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จึงมุ่งเน้นการชะลอการดำเนินของโรค ป้องกันการกำเริบซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โรงพยาบาลแม่ลาวเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาโรงพยาบาลแม่ลาวปี 2561 จำนวน 278 ราย พบอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ในปี พ.ศ. 2558 - 2560 สูงกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 30.20, 22.38 และ 24.00 ตามลำดับ⁴ จากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า การดูแลส่วนใหญ่เน้นการตรวจรักษาและจำกัดเฉพาะในโรงพยาบาล ขาดการนำหลักปฏิบัติที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องก่อนที่อาการจะรุนแรงขึ้น จึงทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลรักษายังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกหอผู้ป่วยใน ประกอบด้วย การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยโรค การประเมินผู้ป่วยเพื่อจัดกลุ่มในการรักษา การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ การบริหารการใช้ยา การดูแลด้านโภชนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว และการเตรียมความพร้อมในการจำหน่าย โดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง และสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน^{5,6,7} การพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การค้นหาปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความต้องการดูแลของ

แต่ละบุคคล ด้วยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการสอน ให้ความรู้ สาระเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านต่าง ๆ และการประสานส่งต่อข้อมูลแผนการรักษาแก่แหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปใช้บริการภายหลังจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ส่งผลให้สามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้และ ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ^{8,9}

ผู้วิจัยในฐานะ System manager NCDs งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแม่ลาว จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน เพื่อการพัฒนาการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย โดยการประสานความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพตั้งแต่แรกเริ่มรักษาในโรงพยาบาลและระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน เพื่อการพัฒนาการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

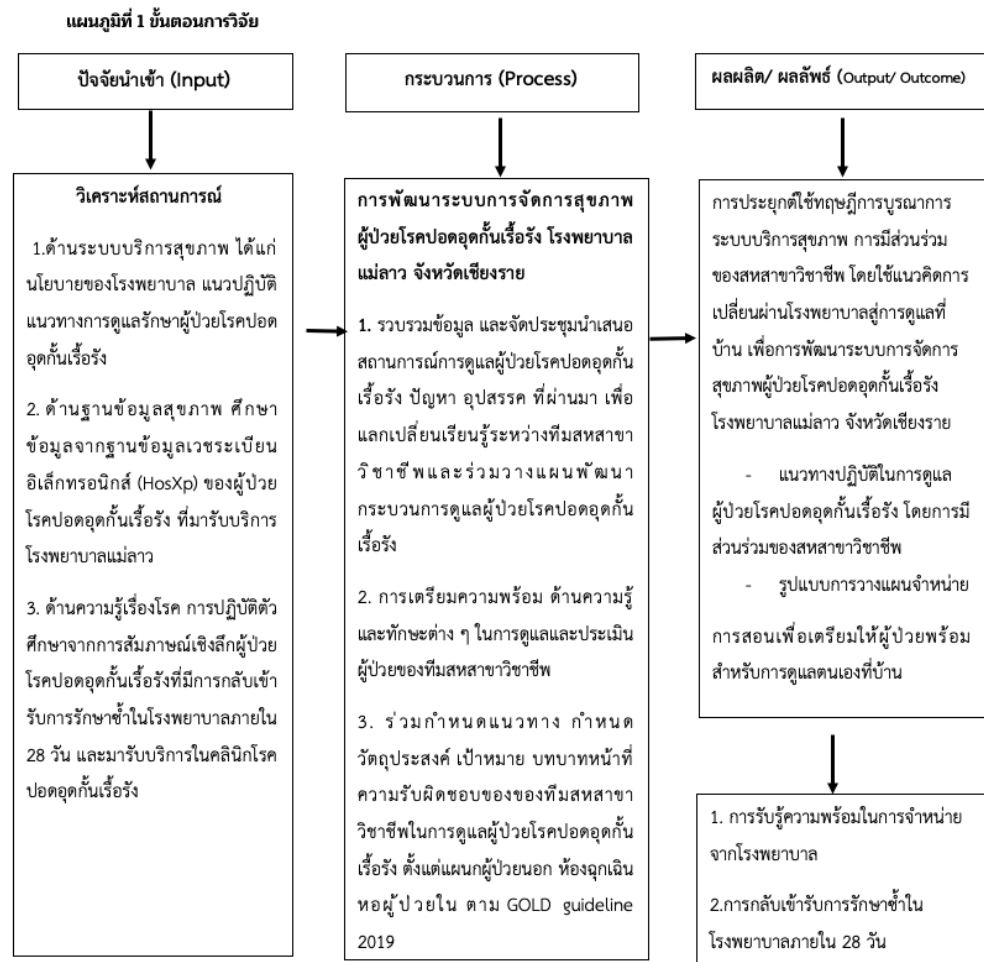
ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ

กลุ่มผู้ให้บริการ เป็น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ซึ่งเป็นประธานทีมนำทางคลินิก พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลหอผู้ป่วยใน พยาบาลแผนกฉุกเฉิน เภสัชกร แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ พยาบาลชุมชน ตัวแทนพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 13 คน

กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลแม่ลาว จำนวน 278 คน

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือน ตุลาคม

พ.ศ. 2562 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 21 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ (1) เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน (COPD with acute exacerbation) และมีประวัติการเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยใน อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ การรับรู้ปกติ (3) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างต่อเนื่อง



ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (ระยะเวลา 3 เดือน) ระหว่างเดือน มีนาคม 2562 ถึงเดือน พฤษภาคม 2562 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผ่านมา ผู้วิจัยศึกษาจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (HOSxP) ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจาก Clinical Practice Guidelines สัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการพัฒนา

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ระยะเวลา 4 เดือน) ดำเนินการระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์ซึ่งเป็นประธานทีมนำทาง

คลินิก ได้รวบรวมข้อมูลจากระยะวิเคราะห์สถานการณ์นำเสนอในที่ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง 2 คน เภสัชกร 1 คน แพทย์แผนไทย 1 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน พยาบาลหอผู้ป่วยใน 1 คน พยาบาลห้องฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลชุมชน 1 คน ตัวแทนพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน จำนวนทั้งหมด 13 คน เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละสหสาขาวิชาชีพ และร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน เพื่อการพัฒนากระบวนการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ได้แก่ ร่วม

กำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกเริ่มในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกหอผู้ป่วยใน¹⁰ และรูปแบบการวางแผนจำหน่าย เมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเมลลิส¹¹ ประกอบด้วย การเตรียมการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ได้แก่ ความรู้สึกของผู้ป่วยในวันก่อนจำหน่าย ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่บ้าน ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองที่บ้าน การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และความช่วยเหลือที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายด้านความรู้และทักษะต่างที่จำเป็นในการดูแลตนเอง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันพิจารณาความเป็นไปได้ ปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์(ระยะเวลา 8 เดือน) ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2563 เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค ข้อมูลด้านสุขภาพจากแฟ้มทะเบียนประวัติ ได้แก่ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และสาเหตุที่ทำให้ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

แบบประเมินการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

พัฒนาขึ้นโดย ไวส์และคณะ¹² แปลเป็นภาษาไทย โดยครีรัตน์ ศรีประสงค์และคณะ¹³ ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ ข้อแรกเป็นคำถามโดยให้เลือกตอบว่า ใช่/ไม่ใช่ ถึงความพร้อมที่จะกลับบ้าน ข้อที่เหลือเป็นคำถามเพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ใน 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) ความรู้สึกของผู้ป่วยในวันก่อนจำหน่าย (สถานะด้านสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ) 2) ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่บ้าน (ความรู้) 3) ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองที่บ้าน(การปรับตัว) 4) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และความช่วยเหลือที่บ้าน(การคาดหวังการได้รับการสนับสนุน) ลักษณะคำตอบมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนนในแต่ละข้อคำถาม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-220 คะแนน คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ (0-10) โดย 0 หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นมากที่สุด มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน จากการหาอันตรภาคชั้นดังนี้

0-73 หมายถึง มีความพร้อมในการจำหน่ายจาก โรงพยาบาลในระดับต่ำ

74-147 หมายถึง มีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระดับระดับปานกลาง

148-220 หมายถึง มีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระดับสูง

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้างานหอผู้ป่วยใน 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

รูปแบบการวางแผนจำหน่าย
พัฒนาโดย ชมพูนุท ศิริรัตน์, ศิริรัตน์ ปานอุทัย¹⁴ เป็นเนื้อหาการสอนเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมสำหรับการดูแลตนเองที่บ้าน โดยผู้วิจัยและทีมสุขภาพได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่แผนกหอผู้ป่วยใน จำนวน 5 คน นำมาปรับปรุงและนำมาปรับใช้ ให้มีความสอดคล้องเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริงในบริบทโรงพยาบาลแม่ลาว ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับโดยการใช้สื่อการสอนและวีดิทัศน์เพื่อประกอบการเรียนรู้ ดังนี้ พยาบาลหอผู้ป่วยใน ประเมินความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายและให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพและทบทวนทักษะการปฏิบัติของผู้ป่วย การให้ข้อมูลวิธีการขอความช่วยเหลือหากเกิดเหตุฉุกเฉินก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และการมาตรฐานนัด นักกายภาพบำบัด ทำหน้าที่ในการสอนและฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เกสัชกรฝึกการพ่นยาและการใช้ยาอื่น ๆ หลังจากการสอนมีการทบทวนความรู้ต่าง ๆ ระหว่างที่รักษาโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครั้งละประมาณ 30 นาที พยาบาลชุมชนติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเมินการใช้ออกซิเจน โดยให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่บ้านร่วมกับครอบครัวและการประเมินแหล่งเอื้อประโยชน์ต่อการเปลี่ยนผ่านในชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลตามแบบประเมินการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลก่อนเข้าร่วมวิจัย โดยใช้แบบประเมิน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลหอผู้ป่วยใน ผู้วิจัยนัดติดตามเพื่อประเมินการใช้บริการสุขภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการประชุม สนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา แล้วนำเสนอข้อมูลแบบบรรยาย ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้สถิติทดสอบ (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ 43/2562

ทั้งนี้ผู้วิจัยและคณะพบผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยและสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยในช่วงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัยและไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าการดูแลส่วนใหญ่เน้นการตรวจรักษาและจำกัดเฉพาะในโรงพยาบาล ขาดการนำหลักปฏิบัติที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การ

วางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นลักษณะงานประจำ ขาดการเตรียมให้มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่างที่มสุขภาพ เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ก่อนที่อาการจะรุนแรงขึ้น จึงทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลรักษายังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วางแผนพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผู้วิจัยร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์ซึ่งเป็นประธานทีมนำทางคลินิก จัดประชุมนำเสนอสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผ่านมา เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์เป้าหมาย บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง เกสซิก แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ทันตแพทย์ พยาบาลชุมชน ตัวแทนพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมวางแผนพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน ประกอบด้วย การกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รูปแบบการวางแผนจำหน่ายเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลจนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้

พยาบาล คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ประเมินผู้ป่วยเพื่อจัดกลุ่มในการรักษา ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย, การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation), การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล, วัด modified medical research council dyspnea scale (mMRC) , COPD assessment test (CAT) โดยใช้สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย คัดกรองสุขภาพจิตและการสูบบุหรี่

กำหนดให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (influenza vaccine) ปีละ 1 ครั้ง พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล สร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในชุมชน เพื่อกำกับติดตามและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

แพทย์ ตรวจร่างกาย ประเมินผู้ป่วยจากภาพรังสีทรวงอก ตรวจสมรรถภาพปอด (spirometry) เพื่อวินิจฉัยและจัดระดับความรุนแรงของโรค พิจารณาให้การรักษาอย่างเหมาะสม

นักกายภาพบำบัด ฟันฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary rehabilitation) ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

Nurse Case manager COPD ได้รับการพัฒนาความรู้ โดยผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การตรวจสมรรถภาพปอด, การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

แพทย์แผนไทยให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อเลิกบุหรี่ โดยใช้ชาชงหญ้าดอกขาว

เภสัชกรรมเพิ่มยาสเตียรอยด์ชนิดสูด Inhaled corticosteroids (ICS) ในบัญชียา ประเมินและปรับยาให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย

ทันตแพทย์ ดูแลปัญหาสุขภาพช่องปาก เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับทางเดินหายใจ

โภชนาการ ให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการ

ศูนย์การดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ Continuous of Community (COC) ติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินบ่อยครั้งและผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล พิจารณาให้ผู้ป่วยใช้ออกซิเจนอย่างน้อยวันละ 15 ชั่วโมง (long term oxygen therapy) แจ้งการพยากรณ์โรคในวาระสุดท้าย แก่ผู้ป่วย

และญาติเพื่อวางแผนชีวิตในอนาคต (Palliative care)

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จัดทำเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยในระยะอาการกำเริบเฉียบพลัน และเกณฑ์การเข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาล ส่งต่อศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ในรายมีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อยครั้ง

แผนกหอผู้ป่วยใน วางแผนการพยาบาลและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ดังนี้

ให้ความรู้ตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ซึ่งเป็นเนื้อหาการสอนเพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยพร้อมสำหรับการดูแลตนเองที่บ้าน ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้การสาธิต และการสาธิตย้อนกลับ การใช้สื่อการสอน วีดิทัศน์ โดยพยาบาลหอผู้ป่วยในทำหน้าที่ในการสอนเนื้อหาเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและทำหน้าที่ในการทบทวนทักษะที่ผู้ป่วยปฏิบัติก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ประสานการทำงานร่วมกับนักกายภาพบำบัดในการสอนและฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เกสซักรฝึกการพ่นยาและการใช้ยาอื่น ๆ พยาบาลชุมชน ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวต่อเนื่องที่บ้าน การใช้ ออกซิเจน มีการทบทวนความรู้ต่าง ๆ หลังการสอนระหว่างที่รักษาโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยประเมินการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พร้อมแจกคู่มือในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ນักกลับไปศึกษาต่อและดูแลตนเองที่บ้าน ในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ผู้วิจัยประเมินการใช้บริการสุขภาพ หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่อจำนวนครั้งการมาตรวจที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ภายหลังการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว 1 เดือน ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ เพื่อรายงานผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ 2 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับเข้[?]ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 21 คน พบว่า เป็นเพศชาย(ร้อยละ 52.38) ช่วงอายุ70-79 ปี ร้อยละ 42.86 (SD=74.38) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ57.14) ไม่ได้ทำงาน(ร้อยละ 61.90) อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน(ร้อยละ 47.62) มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว (ร้อยละ90.84) ระดับของโรครุนแรง(ร้อยละ 42.86) ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค 1-10 ปี (ร้อยละ 52.38) (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ผลการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลระดับสูงร้อยละ 90.48 (Mean = 177.29, SD 13.28) โดยมีการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนี้ 1) ความรู้สึกของผู้ป่วยในวันก่อนจำหน่าย (สถานะด้านสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ) (Mean = 50.95, SD 6.2) 2) ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (ความรู้) (Mean = 69.95, SD 7.1) 3) ความสามารถในการจัดการดูแลตนเองที่บ้าน (การปรับตัว) (Mean = 25. 52, SD 1.9) 4) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และความช่วยเหลือที่บ้าน (การคาดหวังการได้รับการสนับสนุน) (Mean = 30.86, SD 2.6) (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ผลการประเมินการใช้บริการสุขภาพ หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 9.52 โดยพบว่าสาเหตุการกลับเข้ามาอนโรงพยาบาล เกิดจากการสัมผัสสาร ก๊าซ ละอองฝุ่น ควัน ร้อยละ 85.71 (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 21)

ลักษณะพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	52.38
หญิง	10	47.62
อายุ (ปี) เฉลี่ย 74.38 ปี S.D = .5 (59-85ปี)		
50 -59	1	4.76
60 - 69	5	23.81
70 - 79	9	42.86
80 -89	6	28.57
สถานภาพสมรส		
คู่	12	57.14
หม้าย	8	38.10
หย่า/แยก	1	4.76
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	2	9.52
อยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง	1	4.76
อยู่กับคู่สมรสและบุตร/หลาน	10	47.62
อยู่กับบุตร/หลาน	8	38.10
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	13	61.90
เกษตรกร	8	38.10
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	2	9.52
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	19	90.84
ระดับของโรค		
ปานกลาง(moderate)	7	33.33
รุนแรง(severe)	9	42.86
รุนแรงมาก (very severe)	5	23.81
ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค	เฉลี่ย 12.33 ปี S.D = 1.9(2-30ปี)	
1-10 ปี	11	52.38
11-20	6	28.57
>20 ปี	4	19.05

ตารางที่ 2 การรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n = 21)

ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล	Mean	SD
มีความพร้อม		
ด้านสุขภาพ (80 คะแนน)	50.95	6.2
ด้านความรู้ (80 คะแนน)	69.95	7.1
ด้านความสามารถในการ ดูแลตนเอง (30 คะแนน)	25.52	1.9
ด้านการสนับสนุน (40 คะแนน)	30.86	2.6
รวม (220 คะแนน)	177.29	13.28

ตารางที่ 3 การใช้บริการสุขภาพและสาเหตุการกลับเข้าน้ำรับการรักษาซ้ำหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล(n = 21)

การใช้บริการด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน	5	23.81
รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล	2	9.52
สาเหตุการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล		
สัมผัสสาร ก๊าซ ละออง ฝุ่น ครวีน	18	85.71
ไม่ได้ปฏิบัติตามที่ได้รับสอน	3	14.29

ตารางที่ 4 การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลัง พัฒนา (n = 21)

ตัวแปรที่ศึกษา	ครั้งที่1(ก่อน)	ครั้งที่2(หลัง)	P- Value
การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน	1.6 (±.9)	0.1 (±.3)	< 0.001
- กลับเข้ารับรักษาซ้ำ 1 ครั้ง			
- กลับเข้ารับรักษาซ้ำ 2 ครั้ง	14 คน (66.66 %)	2 คน (9.52 %)	
- กลับเข้ารับรักษาซ้ำ 3 ครั้ง	3 คน (14.29 %)	0	
- กลับเข้ารับรักษาซ้ำ 4 ครั้ง	3 คน (14.29 %)	0	
	1 คน (4.76 %)	0	

เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 21 คน พบการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) (ดังแสดงในตารางที่ 4)

การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน เพื่อการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกหอผู้ป่วยใน ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ตามกรอบแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเมลลิส¹¹ ที่ได้อธิบายว่า บุคคลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และพยายามที่จะปรับเปลี่ยนเพื่อเปลี่ยนผ่านไปยังภาวะสมดุลของชีวิต ซึ่งเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนผ่านด้านความเจ็บป่วย เป็นช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงหรือเปราะบางที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง ถ้าบุคคลรับรู้ปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านและมีการเตรียมตัวที่ดีจะส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนผ่านได้อย่างมีประสิทธิภาพตามระยะของโรคและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการ

บูรณาการระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน เพื่อการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (1) ระยะเจ็บป่วย เป็นการดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อให้อาการของผู้ป่วยสงบและพ้นจากวิกฤติ (2) ระยะก่อนจำหน่าย เป็นการประเมินเบื้องต้น ได้แก่ ข้อมูลสุขภาพ ระดับความรุนแรง ความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำ คุณภาพชีวิต (quality of life) เช่น COPD assessment test (CAT) , ภาวะหายใจลำบาก (mMRC), ประวัติอาการกำเริบเจ็บป่วยและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและมีส่วนสนับสนุนให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้สอดคล้องกับความต้องการตามความจำเป็นของผู้ป่วย โดยการประเมินปัญหาและประสานการดูแลที่เกี่ยวข้องทั้งระบบ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และ (3) ระยะหลังการจำหน่าย เป็นการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปสู่บ้านและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบบูรณาการภายใต้สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและแหล่งประโยชน์ในชุมชน

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประเมินผลลัพธ์ในด้านการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 21 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลระดับสูง ร้อยละ 90.48 (Mean = 177.29, SD

13.28) ดังนี้ 1) ด้านสถานะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ (Mean = 50.95, SD 6.2) 2) ด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Mean = 69.95, SD 7.1) 3) ด้านความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง (Mean = 25.52, SD 1.9) 4) ด้านการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และความช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Mean = 30.86, SD 2.6) จากการประเมินการใช้บริการสุขภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนครั้งการมาตรวจที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ภายหลังการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว 1 เดือน ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก พบการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน จำนวน 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 9.52 โดยพบสาเหตุการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เกิดจากการสัมผัสสาร ก๊าซ ละออง ฝุ่น คว้นในชุมชน ร้อยละ 85.71 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลก่อนการพัฒนาในปี 2562 ที่มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 9.09 ผลการศึกษครั้งนี้มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลง ใน ปี 2563 เป็น ร้อยละ 3.19 นอกจากนี้พบว่าอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่าตัวชี้วัดของโรงพยาบาล (ร้อยละ 10.00) โดยพบการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของไวส์และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายจาก โรงพยาบาล ความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่าย และการใช้บริการสุขภาพในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดการเปลี่ยนผ่าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมก่อนจำหน่ายในระดับสูง มีการเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยลง¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร¹⁶ ที่พบ

ว่าการวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ป่วย ตลอดจนการติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอัตราการกำเริบเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง สามารถลดค่าใช้จ่ายของการดูแลรักษาได้

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบูรณาการระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้านเพื่อพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีพื้นฐานบนหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและแหล่งประโยชน์ในชุมชน ส่งผลให้มีอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ ยังมีข้อจำกัดในด้าน การจัดการความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของแต่ละบุคคลในชุมชน เช่น การสัมผัสก๊าซ สารละออง ฝุ่นคว้น ดังนั้นควรขยายผลพัฒนาในชุมชน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ศิริรัตน์ ปานอุทัย ที่ได้มอบความรู้และให้คำปรึกษาในการวางแผนเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นายแพทย์ กฤษติพงษ์ ทิพย์ลุ่ม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ แพทย์หญิงลาวัลย์ ชมเชย ที่ได้สนับสนุนและให้คำปรึกษา รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ที่ให้ความร่วมมือ ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Spurzem JR, Rennard SI. Pathogenesis of COPD. *SeminRespir Crit Care Med* 2005;26:142-53.
2. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease [online]. 2012 [cited Dec12, 2016]. Available from: www.who.int/respiratory/copd/en/.
3. สำนักโรคติดต่อ. รายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อเรื้อรัง (พ.ศ. 2559-2560) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
4. เวชระเบียนและสถิติ. รายงานประจำปี พ.ศ. 2561 โรงพยาบาลแม่ลาว อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย; 2561.
5. สมาคมเวชศาสตร์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2560, กรุงเทพฯ: สมาคมเวชศาสตร์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2560.
6. อุฬาลักษณ์ ไรจนวิภาต. ผลของโปรแกรมการรักษานผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซับซ้อน โรงพยาบาลท่าม่วง จังหวัดน่าน. *ลำปางเวชสาร* 2559;37(2):33-45.
7. นวลตา โพธิ์สว่าง,สุดใจ ศรีสงค์,เพชรภรณ์ สุพร.การพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2557; 32(1):165-175.
8. สมิทธิ์ เกิดสินธุ์, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. ผลการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อการรับผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วัน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2559; 25(2): 246-254.
9. สุภาณี เสนาดิสัย, วรณภา ประไพพานิช, บรรณารักษ์. การพยาบาลพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: บริษัท จดทอง จำกัด; 2558.
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>.
11. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci*. 2000; 23(1): 12-28.
12. Weiss ME, Piacentine LB. Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of Nursing Measurement* 2007;14(3): 163-180.
13. ศรีรัตน์ ศรีประสงค์, สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธุ์ภักดี, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, คณินิจ พงศ์ถาวรรณม, ธวัชชัย วรพศธร. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* 2554; 22(2): 44-57.
14. ชมพูนทุ ศรีรัตน์, ศิริรัตน์ ปานอุทัย. ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายและการใช้บริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *พยาบาลสาร* 2560; 44(1): 13-25.
15. วันดี ไตรภพสกุล. ผลลัพธ์การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร. *วารสารกรมการแพทย์* 2561;43(2):63-66.
16. Weiss ME, Piacentine LB, Ancona J, Gresser S, Toman S, Vega-Stromberg T. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clin Nurse Spec*. 2007; 21(1): 31-42.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินความแม่นยำของเครื่องมืออ่านภาพรังสีทรวงอกอัตโนมัติปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence; AI) ในการแปลผลวัณโรคปอดจากภาพรังสีทรวงอกในผู้ป่วยนอกที่มีอาการสงสัยวัณโรคปอด อ.แม่ระมาด จ.ตาก

Received: February 18, 2021; Revised: March 24, 2021; Accepted: July 9, 2021

บทคัดย่อ

แพทย์หญิงพัชริดา มหัทธกริชพงษ์

นายแพทย์ปฏิบัติการ

โรงพยาบาลแม่ระมาด จ.ตาก

*Corresponding Author Email:

pam.patcharida@gmail.com

ความเป็นมา: ภาพรังสีทรวงอก (CXR) เป็นเครื่องมือสำคัญในการคัดกรองวัณโรค ปัจจุบันยังพบข้อจำกัดในการแปลผล CXR เครื่องมืออ่านภาพรังสีทรวงอกอัตโนมัติปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence; AI) จึงถูกนำมาใช้แปลผลภาพ CXR เพื่อประโยชน์ด้านการคัดกรองวัณโรคปอด

วัตถุประสงค์: ศึกษาความแม่นยำของ AI ในการแปลผล CXR ของผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรคปอดโดยใช้ผลตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ (AFB) และการวินิจฉัยวัณโรคด้วยอาการเป็นเครื่องมืออ้างอิง ในผู้ป่วยพื้นที่ อ. แม่ระมาด จ. ตาก

ระเบียบวิธีวิจัย: ศึกษาคุณสมบัติของเครื่องมือเพื่อการวินิจฉัยแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังของ AI บริษัท อินเทอร์เน็ตประเทศไทย จำกัด (INET) ด้วยการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CXR และเสมหะ AFB ร่วมกับมีอาการสงสัยวัณโรคในช่วงกุมภาพันธ์-กันยายน 2563 โดยศึกษาถึง Sensitivity, Specificity, Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV) และ Area Under the Curve (AUC) ที่เกณฑ์คะแนน (cut off score) 70 คะแนน และศึกษา cut off score ที่ทำให้ AI มี sensitivity > 90%

ผลการวิจัย: เมื่อใช้ผลเสมหะ AFB เป็นเครื่องมืออ้างอิง AI มี Sensitivity 89.65%, Specificity 74.38%, PPV 16.25%, NPV 99.23% และ AUC 0.888 (95% CI 0.827-0.949) เมื่อใช้การวินิจฉัยวัณโรคด้วยอาการเป็นเครื่องมืออ้างอิง AI มี Sensitivity 85.42%, Specificity 76.39%, PPV 25.62%, NPV 98.21% และ AUC 0.885 (95% CI 0.842-0.928) เมื่อต้องการ Sensitivity > 90% ควรกำหนดค่า cut off score ที่ 38-54 คะแนน

สรุปผลการวิจัย: AI มีคุณสมบัติที่ดีในการแปลผลภาพ CXR เพื่อช่วยวินิจฉัยวัณโรคปอด ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับวัณโรคที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาล

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรองวัณโรค, เครื่องมืออ่านภาพรังสีทรวงอกอัตโนมัติ, ปัญญาประดิษฐ์, การศึกษาความแม่นยำของเครื่องมือ, แม่ระมาด

ORIGINAL ARTICLE

Evaluation of the diagnostic accuracy of Artificial Intelligence detection of pulmonary tuberculosis on Chest Radiograph among outpatients in Maeramard district, Thailand

Received: February 18, 2021; **Revised:** March 24, 2021; **Accepted:** July 9, 2021

Abstract

Background: Chest radiograph (CXR) was the important methods for tuberculosis screening. However, there was limitation in CXR interpretation. Using Artificial Intelligence technology (AI) to read CXR for TB detection has been introduced.

Objectives: To evaluate the diagnostic accuracy of AI detection of pulmonary TB using AFB and clinical diagnosis as the reference standard.

Methods: The study was diagnostic test study of AI from INET company, Thailand. The Data was collected retrospectively in an electronic medical record in whom who had CXR and AFB test together with having any TB suggestive symptoms during FEB-SEP 2020. The study defined Sensitivity, Specificity, Positive Predictive Value (PPV), Negative Predictive Value (NPV) and Area Under the Curve (AUC) at cut off score 70 out of 100 and defined the cut off score that would make the sensitivity over 90%

Results: For AFB as the reference standard, AI has sensitivity 89.65%, specificity 74.38%, PPV 16.25%, NPV 99.23% and AUC 0.888 (95% CI 0.827-0.949). For clinical diagnosis as the reference standard, AI has Sensitivity 85.42%, Specificity 76.39%, PPV 25.62%, NPV 98.21% and AUC 0.885 (95% CI 0.842-0.928). For Sensitivity over 90%, the cut off score should be at 38-54 out of 100.

Conclusion: AI offered good diagnostic accuracy in CXR interpretation for tuberculosis detection in patients with TB suggestive symptoms.

Keywords: Pulmonary Tuberculosis screening, Automated CXR reading, Artificial intelligence, Diagnostic accuracy, Maeramard district

Patcharida Mahatchariyapong, MD.

Maeramard Hospital

Email: pam.patcharida@gmail.com

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากเชื้อก่อโรคอันดับหนึ่ง รายงานสถานการณ์วัณโรคปี 2562 ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรคของโลกมากถึง 10 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตสูงถึง 1.4 ล้านคน¹

ประเทศไทยจัดเป็น 1 ใน 30 ประเทศ ที่มีปัญหาการวัณโรคมากที่สุดในโลก สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรคมีแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ในการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคให้ได้เริ่มและติดตามการรักษา² โดยการคัดกรองจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest radiograph; CXR) ร่วมกับการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Acid-fast bacilli sputum smear; AFB) อย่างไรก็ตามแม้จะมีการกักกันและรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคมาเป็นเวลากว่า 10 ปี ประเทศไทยยังมีปัญหาอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคสูงถึงร้อยละ 111 สาเหตุสำคัญของอัตราการตายที่สูงเกิดจากผู้ป่วยบางกลุ่มยังไม่เข้ารับการตรวจวินิจฉัย ส่งผลให้ไม่ได้รับการรักษาและเกิดการแพร่เชื้ออย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณจำนวน 1 ใน 3 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด³ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนางานด้านการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรค เพื่อให้ผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าถึงการวินิจฉัยได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรับการรักษา

CXR เป็นเครื่องมือสำคัญในแผนยติวัณโรคของ WHO มีความไว (sensitivity) ในการวินิจฉัยวัณโรคปอดร้อยละ 87-98 และมีประโยชน์อย่างยิ่งในกระบวนการค้นหาและวินิจฉัยวัณโรคปอด⁴ ปัจจุบัน CXR ยังมีข้อจำกัดในการแปลผล เนื่องด้วยวัณโรคปอดแสดงลักษณะความผิดปกติของปอดให้เห็นใน

CXR ที่ค่อนข้างไม่จำเพาะ ดังนั้นความจำเพาะ (specificity) ของ CXR ในการวินิจฉัยวัณโรคปอดจึงอยู่ที่ประมาณร้อยละ 46-89 คุณสมบัติความจำเพาะดังกล่าว ทำให้การวินิจฉัยวัณโรคปอดควรมีการตรวจเสมหะเพื่อยืนยันเชื้อวัณโรคร่วมด้วยก่อนให้การวินิจฉัยและรักษาวัณโรคเสมอ การแปลผล CXR ที่ดีมีความสำคัญอย่างยิ่งในขั้นตอนการค้นหาและวินิจฉัยวัณโรค ผล CXR ที่คิดถึงวัณโรคปอด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจเสมหะเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัยต่อไป ในขณะที่เดียวกันผล CXR ที่ปกติหรือนึกถึงสาเหตุพยาธิสภาพจากโรคอื่น ทำให้ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องรับส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการค้นหาวัณโรคที่เพิ่มเกินความจำเป็นหรือได้รับการส่งตรวจที่เฉพาะโรคที่นึกถึงนั้น ๆ ต่อไป การอ่าน CXR ที่น่าเชื่อถือจึงมี ความสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรครวมถึงการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ผลอ่าน CXR จึงต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์และได้รับการฝึกฝนมาแล้ว

ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่อาจไม่มีหรือมีบุคลากรดังกล่าวน้อย อีกทั้งผลอ่าน CXR ยังพบความแตกต่างระหว่างผู้อ่าน (interreader variability) และความแตกต่างของผลอ่านในผู้อ่านคนเดียวกันด้วย (intrareader variability)⁴ ปัจจุบันจึงมีเทคโนโลยีในการอ่าน CXR ด้วยระบบปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence; AI) ซึ่งช่วยวิเคราะห์และอ่านผล CXR ออกมาเป็นตัวเลขแสดงความน่าจะเป็นที่นึกถึงวัณโรคปอด อันช่วยลดข้อจำกัดในการอ่านผล CXR ดังกล่าว การศึกษาความแม่นยำของ AI ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการวินิจฉัยวัณโรคได้เทียบเคียง⁵ หรือดีกว่าความแม่นยำของรังสีแพทย์^{6,7} แสดง Receiver operating characteristics curve (ROC) และ Area

under the curve (AUC) ของ AI เทียบกับการวินิจฉัยวัณโรคด้วยเสมหะ (Bacteriological standard reference) ระหว่าง 0.71-0.848-10

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาความแม่นยำของ AI ยังมีข้อจำกัดจากจำนวนการศึกษาที่มีน้อย หลายการศึกษาประเมิน AI โดยใช้ CXR จากประชากรเดียวกันที่ใช้พัฒนาเครื่องมือ ทำให้ผลการประเมินความแม่นยำของ AI ในพื้นที่หนึ่ง ไม่สามารถบ่งบอกถึงความแม่นยำของ AI นี้ในประชากรอื่น ๆ ได้¹¹ หลายการศึกษามีข้อจำกัดในด้านวิธีการประเมิน ยังพบอคติ (bias) จากระเบียบวิธีวิจัยและข้อจำกัดในการนำไปใช้ WHO จึงไม่ได้ให้คำแนะนำ ในการนำ AI มาใช้อ่าน CXR เพื่อช่วยคัดกรองและวินิจฉัยวัณโรคปอดและแนะนำให้มีการศึกษาถึงความแม่นยำของ AI มากขึ้นเพื่อประโยชน์ในการนำมาใช้อ่าน CXR ในอนาคตต่อไป^{11,12}

ประเทศไทยได้นำ AI มาใช้ช่วยแปลผล CXR เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยวัณโรคปอดตั้งแต่ พ.ศ. 2542 AI แปลผล CXR แสดงตัวเลขความน่าจะเป็นที่ CXR นั้นมาจากผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด ใช้เพื่อประกอบการแปลผลเบื้องต้นก่อนที่จะได้รับการยืนยันจากรังสีแพทย์อีกครั้ง มีประโยชน์ช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ ช่วยให้การอ่าน CXR รวดเร็วขึ้นและช่วยลดการใช้เครื่องมือตรวจเพิ่มเติมที่ราคาแพง¹³ โรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตาก เป็นโรงพยาบาลชุมชนดูแลประชากรไทยและเมียนมาร์ ในพื้นที่อำเภอแม่ระมาด พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค 61 รายต่อแสนประชากร (มี.ค. 2563) โรงพยาบาลมีการคัดกรองวัณโรคปอดด้วยภาพ CXR และส่งตรวจเสมหะ AFB เมื่อผลอ่าน CXR พบความผิดปกติที่นึกถึงวัณโรคปอด การดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาในการแปลผล CXR ทั้งด้วยบุคลากรที่จำกัดและมีผลอ่าน CXR บางภาพที่สรุปผลไม่ได้ AI จึงถูกนำมาใช้เพื่อลดข้อจำกัดในการแปลผล CXR ดังกล่าว การศึกษาในครั้งนี้จึงทำขึ้นเพื่อศึกษาความแม่นยำของ AI ในการวินิจฉัยวัณโรคปอดจาก

CXR ในประชากรอำเภอแม่ระมาด จ. ตาก เพื่อเป็นข้อมูลในการใช้ประโยชน์จาก AI ในการอ่าน CXR สำหรับการคัดกรองและวินิจฉัยวัณโรคปอดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาถึงความแม่นยำของ AI ในการแปลผลวัณโรคปอดจาก CXR เมื่อใช้เกณฑ์คะแนน (cut off score) ที่ 70 คะแนน เปรียบเทียบกับการวินิจฉัยด้วยเครื่องมืออ้างอิงเป็นผลเสมหะ AFB และการวินิจฉัยโดยอาการ ในกลุ่มประชากรที่มีประวัติสงสัยวัณโรคและผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ระมาด

เพื่อศึกษาถึง cut off score ในการวินิจฉัยวัณโรคปอดเมื่อต้องการ Sensitivity มากกว่า 90%

วิธีดำเนินการวิจัย

ศึกษาคุณสมบัติการวินิจฉัยของเครื่องมือแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study of diagnostic test) ของ AI บริษัท อินเทอร์เน็ตประเทศไทย จำกัด (INET) ด้วยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CXR และเสมหะ AFB ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-กันยายน 2563 ร่วมกับมีประวัติอาการเจ็บป่วยที่เข้ากับอาการสงสัยวัณโรคตามเกณฑ์การคัดเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมวิจัย คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติการเจ็บป่วยเข้าได้กับข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้¹⁴

มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ระมาดด้วยอาการอันสงสัยวัณโรค ได้แก่ อาการข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

- ไอเรื้อรังตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป
- ไอในระยเวลาน้อยกว่า 2 สัปดาห์
- หายใจเหนื่อย
- มีเสมหะปนเลือด
- มีไข้ติดต่อกันตั้งแต่ 1 สัปดาห์ขึ้นไปในช่วง 1 เดือน

- มีไข้ในระยะน้อยกว่า 1 สัปดาห์
- มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด
- มีเหงื่อออกกลางคืน
- เป็นผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรค ได้แก่ ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย (Household contact)

เกณฑ์การคัดออก ไม่มี

ข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่นำมาใช้ในการศึกษาจะไม่มีภาระบื้อ มีการบันทึกเลขทั่วไป (Hospital Number; HN) เพื่อการสืบค้นประวัติเท่านั้น ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการบันทึกข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยปัจจุบันและช่วงเวลาเจ็บป่วย ภาพ CXR ของผู้ป่วยแต่ละรายจะถูกสืบค้นด้วย HN และ upload ไปยัง cloud เพื่อให้ AI อ่านค่าคะแนนความน่าจะเป็นที่นึกถึงโรคปอด โดย CXR ที่มีผลอ่านคะแนนตั้งแต่ 70 คะแนนขึ้นไป จะได้รับการแปลผลเป็นโรคปอด ผลการศึกษาจะนำมาวิเคราะห์ด้วยการคำนวณ Sensitivity, Specificity, Positive predictive value (PPV), Negative predictive value (NPV) และ Area under receiver operating curve (AUC) ของ AI โดยมีผลเสมอ AFB และการวินิจฉัยด้วยอาการเป็นเครื่องมืออ้างอิง (reference standard)

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

งานวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก หมายเลขโครงการ 0010/2563

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างประชากรเมื่อต้องการทราบความไว (Sensitivity) ของเครื่องมือวินิจฉัยโรคจากสูตร

โดย n = ขนาดตัวอย่าง

p = ค่าความไว (sensitivity)

a = ความผิดพลาดของการสุ่ม

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{e^2 \times \text{prevalence}}$$

ตัวอย่างเพื่อสรุปค่าสัดส่วนของประชากร

e = ความกระชั้นของการประมาณค่ากำหนดค่าตัวแปรต่าง ๆ ในสูตรคำนวณ ดังนี้

$$p = 0.92(15)$$

$$\alpha = 0.05 \text{ ดังนั้น } Z_{\alpha/2} = 1.96$$

$$e = 0.1$$

$$\text{prevalence} = 0.12$$

$$n = 235.62 \text{ โดยประมาณ } 250 \text{ คน}$$

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาแสดงข้อมูลด้วยจำนวนและร้อยละ

คำนวณค่า sensitivity, specificity, PPV, NPV ของ AI ที่ cut off score 70 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนที่บริษัทพัฒนาเครื่องมือกำหนดเพื่อแปลผลว่านึกถึงหรือไม่นึกถึงโรคปอด เทียบกับเครื่องมืออ้างอิง 2 วิธี ได้แก่

เครื่องมืออ้างอิงเป็นผลเสมอ AFB : กลุ่มที่เป็น True positive ได้แก่ผู้ป่วยที่มีผลเสมอ AFB เป็นบวก กลุ่มที่เป็น True negative ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีผลเสมอ AFB เป็นลบ

เครื่องมืออ้างอิงเป็นอาการและการตอบสนองต่อการรักษา (Clinically Diagnosis Pulmonary TB) : กลุ่มที่เป็น True positive ได้แก่ผู้ป่วยที่มีผลเสมอ AFB เป็นบวก และส่วนหนึ่งของผู้ป่วยที่มีผลเสมอ AFB เป็นลบ แต่มีอาการทางคลินิกและผล CXR แปลผลโดยแพทย์เห็นว่าเข้าได้กับโรคปอด ได้รับการวินิจฉัยเป็น Pulmonary TB smear negative ร่วมกับมีอาการเจ็บป่วยดีขึ้นในระยะเวลา 2 เดือนหลังจากเริ่มการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค กลุ่มที่เป็น True negative ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีผลเสมอ AFB เป็นลบและมีอาการเจ็บป่วยดีขึ้นในระยะเวลา 2 เดือนหลังให้การรักษาอื่น ๆ นอกเหนือไปจากยาต้านวัณโรค หรือผู้มีผลการตรวจทางเซลล์วิทยา (Cytology) หรือชีวเคมี (Biochemistry) ที่เข้าได้กับวัณโรคนอกปอด

(Extrapulmonary TB) หรือผู้ที่มีผลตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรคอื่นที่ไม่ใช่วัณโรคปอด

วิเคราะห์ Receiver Operating Characteristics (ROC) curve และ Area under the curve (AUC) เพื่อหาจุดตัดของค่าคะแนนที่ทำให้เครื่องมือ AI มี Sensitivity >90%

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics version 20

ผลการศึกษา

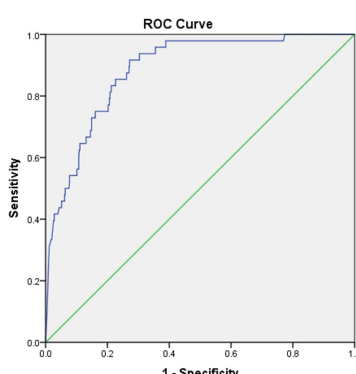
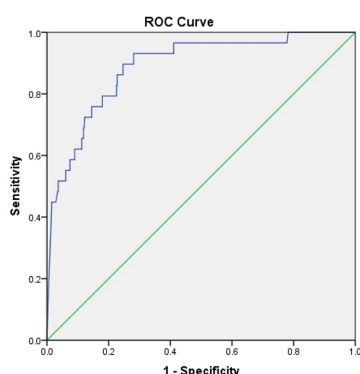
การศึกษาได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งสิ้น 552 ราย มีค่ามัธยฐาน (Median) อายุเป็น 60 ปี (IQR: 44-71) ประมาณร้อยละ 50 ของข้อมูลที่ศึกษาเป็นผู้อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 55.3 ของข้อมูลที่ศึกษาเป็นเพศชาย ผู้ป่วยร้อยละ 45.8 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 29.3 มีโรคประจำตัวเป็นปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือปอดอักเสบเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบโรคประจำตัวที่สำคัญได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 5.3 โรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 6.3 เป็นต้น อาการส่วนใหญ่ที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์และได้รับการตรวจเสมหะ AFB ร่วมกับ CXR คือ อาการไอ อาการหายใจเหนื่อยและอาการไอเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 45.5, 37.4 และ 30 ตามลำดับ นอกจากนี้ อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ยังมีอาการไอเป็นเลือด มีไข้ อ่อนเพลีย และอื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

จากข้อมูลผู้ป่วย 552 ราย มีจำนวนผู้ป่วยที่ AI แปลผล CXR เป็นวัณโรคปอดทั้งหมด 160 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค

โดยผลเสมหะ AFB บวกทั้งสิ้น 29 รายและได้รับการวินิจฉัยวัณโรคโดยอาการทั้งสิ้น 48 ราย เมื่อวิเคราะห์โดยใช้ผลเสมหะ AFB เป็นเครื่องมืออ้างอิง ที่ cut off score 70 คะแนน พบ AI มี sensitivity 89.65%, specificity 74.38%, PPV 16.25% และ NPV 99.23% และหากใช้การวินิจฉัยวัณโรคโดยอาการเป็นเครื่องมืออ้างอิง พบ sensitivity 85.42%, specificity 76.39%, PPV 25.62% และ NPV 98.21% ดังแสดงตารางที่ 2

เมื่อศึกษา ROC curve ของ AI เทียบกับผลตรวจเสมหะ AFB พบค่า AUC 0.888 (95% CI 0.827-0.949) ในขณะที่เมื่อศึกษาเทียบกับการวินิจฉัยวัณโรคโดยอาการ พบค่า AUC 0.885 (95% CI 0.842-0.928) และจาก ROC curve ทั้งสองจะเห็นว่าเมื่อต้องการคุณสมบัติของ AI ที่ sensitivity ตั้งแต่ 90% ควรกำหนด cut off score ที่ 54 คะแนนสำหรับการศึกษาที่มีเสมหะ AFB เป็นเครื่องมืออ้างอิง (sensitivity 93.1%, specificity 71.9%) และควรกำหนด cut off score ที่ 38 คะแนน สำหรับการการศึกษาที่ใช้อาการเป็นเครื่องมืออ้างอิง (sensitivity 91.7%, specificity 72.8%) ROC curve ของการแปลผล CXR ด้วย AI เมื่อใช้ผลตรวจเสมหะ AFB เป็นเครื่องมืออ้างอิง และเมื่อใช้การวินิจฉัยวัณโรคโดยอาการเป็นเครื่องมืออ้างอิง แสดงดังภาพที่ 1

เมื่อพิจารณาการกระจายตัวของคะแนนความน่าจะเป็นในการแปลผล CXR ที่นึกถึงวัณโรคปอด ที่อ่านโดย AI จะเห็นว่กลุ่ม



ภาพที่ 1 แสดง ROC curve ของการแปลผล CXR ด้วย AI เมื่อใช้ผลตรวจเสมหะ AFB เป็นเครื่องมืออ้างอิง (ซ้าย) และเมื่อใช้การวินิจฉัยวัณโรคโดยอาการเป็นเครื่องมืออ้างอิง (ขวา)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐาน อายุ เพศ โรคประจำตัวและอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ของข้อมูลผู้ป่วยในการศึกษา

	จำนวน	ร้อยละ	ผู้ป่วยวินิจฉัย วันโรคโดย AFB บวก	ผู้ป่วย AFB ลบ	ผู้ป่วยวินิจฉัย วันโรคโดยอาการ	ผู้ป่วยไม่ได้รับการ วินิจฉัยวันโรค
จำนวนผู้ศึกษาทั้งหมด	552	100	29	523	48	504
เพศ						
ชาย	305	55.3	22	283	35	270
หญิง	247	44.7	7	240	13	234
อายุ						
15-45	149	27	6	143	11	138
46-60	131	23.7	10	121	12	119
>60	272	49.3	13	259	25	247
โรคประจำตัวและภาวะเสี่ยงติดเชื้อมีโรค						
ไม่มีโรคประจำตัว	253	45.8	19	234	33	220
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	162	29.3	0	162	1	161
เบาหวาน (DM)	29	5.3	0	29	2	27
ไตเรื้อรัง (CKD)	35	6.3	3	32	5	30
ประวัติเคยเป็น วัณโรค	16	2.9	4	12	4	12
ผู้รับการรักษา เอชไอวี	5	0.9	0	5	0	5
อาการ (Symptoms)						
ไอเรื้อรังตั้งแต่ 2 สัปดาห์	166	30	8	158	13	153
ไอเป็นเลือด	79	14.3	7	72	15	64
หายใจเหนื่อย	206	37.4	8	198	11	195
อ่อนเพลีย	59	10.7	10	49	14	45
ใช้ติดต่อกันตั้งแต่ 1 สัปดาห์	26	4.7	3	23	4	22
ประวัติสัมผัสผู้ป่วย วัณโรค	24	4.3	2	22	2	22

ตารางที่ 2 แสดง sensitivity, specificity, PPV, NPV ของ AI ในการวินิจฉัยวัณโรคปอดที่ cut off score 70 เปรียบเทียบกับเครื่องมืออ้างอิงผลตรวจเสมหะ AFB และการวินิจฉัยวัณโรคโดยอาการ

	ผู้ป่วยวินิจฉัย วันโรคโดย AFB บวก	ผู้ป่วย AFB ลบ		ผู้ป่วยวินิจฉัย วันโรคโดย อาการ	ผู้ป่วยไม่ได้รับ การวินิจฉัย วันโรค	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด	
AI อ่าน TB positive (score≥70)	26	134	PPV 16.25	41	119	160	PPV 25.62
AI อ่าน TB negative (score<70)	3	389	NPV 99.23	7	385	392	NPV 98.21
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	29	523		48	504	552	
	Sensitivity 89.65	Specificity 74.38		Sensitivity 85.42	Specificity 76.39		

ตารางที่ 3 แสดง sensitivity และ specificity ของ AI ที่แต่ละ cut off score โดยใช้ผลเสมหะ AFB และการวินิจฉัยโดยอาการเป็นเครื่องมืออ้างอิง

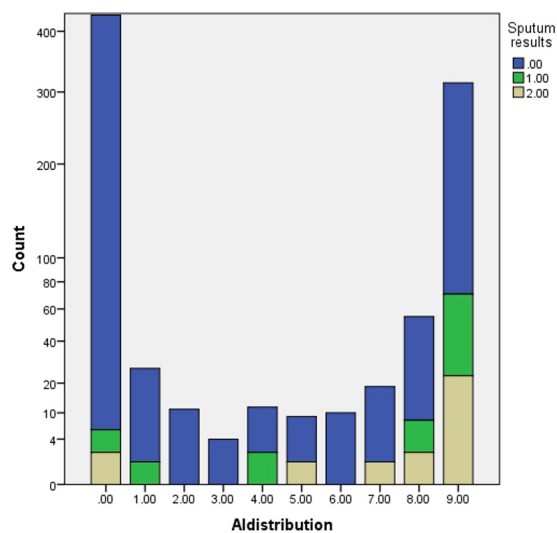
Cut off score ที่อ่านผล positive	ผลเสมหะ AFB เป็นเครื่องมืออ้างอิง Sensitivity (%)	Specificity (%)	วินิจฉัยโดยอาการเป็นเครื่องมืออ้างอิง Sensitivity (%)	Specificity (%)
1.46	100	0.2	100	0.2
10	93.1	64.4	93.8	66.5
20	93.1	67.7	91.7	69.8
30	93.1	70.0	91.7	72.2
40	93.1	70.7	89.6	72.8
50	93.1	71.7	87.5	73.6
60	89.7	72.7	85.4	74.6
70	89.7	74.4	85.4	76.6
80	86.2	76.9	81.3	78.8
90	79.3	80.9	75.0	82.7
96.618	13.8	99.6	8.3	99.6

ผู้ป่วยที่เสมหะ AFB บวก ร้อยละ 79 มีคะแนนอยู่ที่ 90-100 กลุ่มผู้ป่วยที่เสมหะ AFB ลบ และไม่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคโดยอาการมีคะแนนในช่วง 0-10 ร้อยละ 66 ของผู้มีเสมหะ AFB ลบทั้งหมด ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคด้วยอาการ ร้อยละ 68 มีคะแนนอยู่ในช่วง 90-100 และประมาณร้อยละ 83 ของคะแนนความน่าจะเป็นที่ AI แปลผลได้อยู่ในช่วง 0-10 และ 90-100 แสดงให้เห็นว่าผลอ่านคะแนนความน่าจะเป็นของ CXR ที่นึกถึงวัณโรคปอดมีแนวโน้มที่จะตกอยู่ในช่วงคะแนนด้านน้อยหรือด้านมากทางใดทางหนึ่งซึ่งแสดงถึงระดับความสามารถในการแยก CXR ของผู้ที่เป็นและไม่เป็นวัณโรคปอด ภาพที่ 2 แสดงกราฟการกระจายตัวของคะแนนความน่าจะเป็นในการแปลผล CXR ที่นึกถึงวัณโรคปอด ที่แปลผลโดย AI

อภิปรายผลการวิจัย

จากข้อมูลผลการศึกษาความแม่นยำของ AI ในการแปลผลวัณโรคปอดจากภาพ

CXR ที่ cut off score 70 คะแนน เมื่อมีผลเสมหะ AFB เป็นเครื่องมืออ้างอิง พบค่า sensitivity ที่ 89.65% และ AUC 0.888 แสดงให้เห็นว่า AI เป็นเครื่องมือช่วยแปลผลภาพ CXR ในการคัดกรองวัณโรคปอดกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับวัณโรคที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลได้ดี และจากค่า AUC 0.888 แสดงให้เห็นว่าการแปลผลของ AI สามารถแยกภาพ CXR ของผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอดและไม่เป็นวัณโรคปอดได้ดี¹⁵ องค์การอนามัยโลกแนะนำคุณสมบัติของเครื่องมือที่ใช้คัดกรองวัณโรคที่มี sensitivity อย่างน้อย 90% และ specificity อย่างน้อย 70%¹⁶ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า AI สามารถเป็นเครื่องมือแปลผล CXR สำหรับคัดกรองวัณโรคปอดได้ดีสอดคล้องตามคำแนะนำโดยที่ใช้ cut off score 54 คะแนน กรณีใช้เครื่องมืออ้างอิงเป็นผลเสมหะ AFB (Sensitivity 93.1%, specificity 71.9%) และใช้ cut off score 38 คะแนน กรณีใช้เครื่อง



ภาพที่ 2 แสดงการกระจายตัวของคะแนนความน่าจะเป็นในการแปลผล CXR ที่นึกถึงวัณโรคปอด แบ่งตามผลตรวจเสมหะของข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย แกน X แสดงช่วงคะแนนความน่าจะเป็นในการแปลผล CXR ที่นึกถึงวัณโรคปอด โดย 0 คือคะแนนในช่วง 0-10, 1 คือคะแนนในช่วง 10-20, 2 คือคะแนนในช่วง 20-30, 3 คือคะแนนในช่วง 30-40, 4 คือคะแนนในช่วง 40-50, 5 คือคะแนนในช่วง 50-60, 6 คือคะแนนในช่วง 60-70, 7 คือคะแนนในช่วง 70-80, 8 คือคะแนนในช่วง 80-90 และ 9 คือคะแนนในช่วง 90-100 ด้านแกน Y แสดงจำนวนผู้ป่วยตามผลเสมหะแต่ละประเภท ดังนี้ สีฟ้า แสดงจำนวนข้อมูลผู้ป่วยที่ผลเสมหะ AFB เป็นลบและไม่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคโดยอาการ สีเขียว แสดงจำนวนข้อมูลผู้ป่วยที่ผลเสมหะ AFB เป็นลบแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยวัณโรคโดยอาการ และสีเทา แสดงจำนวนข้อมูลผู้ป่วยที่ผลเสมหะ AFB เป็นบวก (Logarithmic scale)

มืออ้างอิงเป็นการวินิจฉัยโรคปอดโดยอาการ (sensitivity 91.7%, specificity 72.8%)

เมื่อเปรียบเทียบคุณสมบัติของ AI ในการแปลผลภาพ CXR เพื่อใช้คัดกรองโรคปอด ด้วยการคัดกรองโรคด้วยแบบคัดกรองอาการที่มีใช้ในปัจจุบัน มีการศึกษาประสิทธิภาพของแบบคัดกรองโรคด้วยอาการโดยใช้การวินิจฉัยของแพทย์เป็นเครื่องมืออ้างอิงพบเครื่องมือมี sensitivity 50-93.1% และ specificity 72.43-99.83%^{17,18} และมีการศึกษาแสดง AUC ของแบบคัดกรองดังกล่าวมีค่า AUC 0.8276¹⁸ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงค่า sensitivity ที่กว้าง และมีการศึกษาหนึ่งแสดงให้เห็น sensitivity ไม่ถึง 60%¹⁸ แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ในการนำ AI มาใช้ในการแปลผลภาพ CXR ในงานคัดกรองโรคปอดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทซึ่งขาดแคลนแพทย์หรือรังสีแพทย์ในการแปลผล CXR

จากคุณสมบัติในการแปลผลภาพ CXR ของ AI แสดงให้เห็นว่า AI เป็นเครื่องมือที่อาจพิจารณานำมาใช้ในเวชปฏิบัติเพื่อลดการใช้กำลังคนอ่าน CXR ในบริบทพื้นที่ซึ่งขาดแคลนรังสีแพทย์ จากค่า PPV 16.25% โดยเครื่องมืออ้างอิงเป็นเสมหะ AFB และ 25.62% โดยเครื่องมืออ้างอิงเป็นวินิจฉัยด้วยอาการ ช่วยให้แพทย์พิจารณาได้ถึงระดับความสำคัญของการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมเมื่อ AI แปลผล CXR ว่า positive และจากค่า NPV 99.23% โดยเครื่องมืออ้างอิงเป็นเสมหะ AFB และ 98.21% โดยเครื่องมืออ้างอิงเป็นวินิจฉัยด้วยอาการ กรณีผลอ่านจาก AI เป็น negative อาจช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยแยกโรคความผิดปกติของโรคปอดอื่น ๆ นอกเหนือไปจากโรคปอด และอาจช่วยเพิ่มความมั่นใจที่จะไม่วินิจฉัยโรคปอดในรายที่ไม่สามารถส่งเสมหะตรวจเพื่อยืนยันการติดเชื้อได้ ผลการศึกษาประเมินคุณสมบัติในการแปลผลภาพ CXR ของ AI โปรแกรมอื่น ๆ ในการศึกษาก่อนหน้านี้ พบความแม่นยำของ AI ในการแปลผล CXR ค่อนข้างแตกต่างกัน หลายการศึกษาประเมิน AI โดยใช้ผลเพาะ

เชื้อโรคจากเสมหะหรือผลตรวจเสมหะทางอนุชีววิทยาเป็นเครื่องมืออ้างอิง พบค่า sensitivity ที่ตีระหว่าง 90-93%, specificity ระหว่าง 50.7-76% และแสดง AUC ระหว่าง 0.79- 0.885^{5,7,8,16,19} ทั้งนี้ มีการศึกษาที่ใช้ผลเสมหะ AFB ร่วมกับผลเพาะเชื้อโรคจากเสมหะและผลตรวจเสมหะทางอนุชีววิทยาเป็นเครื่องมืออ้างอิง พบว่ามี sensitivity ที่ 71%, specificity 80% และ AUC 0.81²⁰

การนำผลการศึกษากิจการงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้จำเป็นต้องคำนึงถึงข้อจำกัดในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลที่ได้มีการบันทึกไว้แล้วในเวชระเบียน ข้อมูลผู้ป่วยที่นำเข้ามาศึกษาในงานวิจัยคือผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเสมหะ AFB ร่วมกับการทำ CXR และมีอาการที่สงสัยโรคตามเกณฑ์การคัดเข้า อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล อาจมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีอาการสงสัยโรคตามเกณฑ์การคัดเข้าแต่ไม่ได้รับการส่งตรวจเสมหะ AFB หรือ CXR ทำให้การศึกษามีอคติที่เกิดจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาโดยการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (Prospective cohort) จึงควรทำเพื่อลดอคตินี้

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือวินิจฉัยอ้างอิงเป็นผลตรวจเสมหะ AFB เนื่องจากข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายและข้อจำกัดทางห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถตรวจเสมหะโดยเฉพาะเชื้อได้ทุกราย ผลเสมหะ AFB มี sensitivity 61%¹⁴ และ specificity 98% เมื่อเทียบกับการเพาะเชื้อโรคจากเสมหะ ทำให้ผลการศึกษาแสดงคุณสมบัติของ AI อาจมีความคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ดังนั้น การศึกษาคุณสมบัติของ AI ด้วยเครื่องมืออ้างอิงที่แม่นยำขึ้น เช่น อ้างอิงโดยผลเพาะเชื้อโรคจากเสมหะหรือผลตรวจเสมหะทางอนุชีววิทยา จึงควรทำเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของผลการศึกษานี้ นอกจากนี้การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มประชากรที่ประมาณร้อยละ 50 เป็นผู้สูงอายุและเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยโรคปอด การนำผลการศึกษาไปใช้อาจจำเป็นต้องเลือกในกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกัน เนื่องจากผลการศึกษาอาจมีข้อ

จำกัดในการนำไปใช้ในประชากรกลุ่มอื่น เช่น การคัดกรองวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังที่ไม่มีอาการ หรือการคัดกรองวัณโรคโดยการค้นหาเชิงรุกในชุมชน เป็นต้น การศึกษาความแม่นยำของเครื่องมือในประชากรอื่น ๆ ที่จำเพาะจึงควรทำเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกับการนำไปใช้มากขึ้น

สรุปผลการวิจัย

AI มีคุณสมบัติที่ดีในการแปลผลภาพ CXR เพื่อคัดกรองวัณโรคปอดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับวัณโรคที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาล การศึกษาพบ AI มี sensitivity 89.65%, specificity 74.83% เมื่อมีผลเสมหะ AFB เป็นเครื่องมืออ้างอิงและ

มี sensitivity 85.42%, specificity 76.39% เมื่อใช้การวินิจฉัยวัณโรคด้วยอาการเป็นเครื่องมืออ้างอิง การแปลผล CXR ของ AI สามารถแยกภาพ CXR ของผู้ที่เป็นและไม่เป็นวัณโรคได้ดีด้วย AUC 0.88 อาจพิจารณานำมาใช้ในเวชปฏิบัติเพื่อลดการใช้บุคลากรแปลผล CXR ลดเวลาและแก้ปัญหาเรื่องผลอ่าน CXR โดยอาจพิจารณาลด cut off score ในการวินิจฉัยวัณโรคลงมาที่ 38-54 คะแนน เพื่อให้เครื่องมือมีคุณสมบัติในการแปลผล CXR เพื่อคัดกรองวัณโรคได้ดีตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในด้านกระบวนการวิจัยและเครื่องมืออ้างอิงที่ใช้เปรียบเทียบ การนำผลการศึกษาไปใช้จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงข้อจำกัดเหล่านี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. World health organization. Global Tuberculosis Report 2019. Geneva: World health organization; 2019.
2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2561. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดส์ไซน์; 2561.
3. Qin ZZ, Sander MS, Rai B, Titahong CN, Sudrungrot S, Laah SN, et al. Using artificial intelligence to read chest radiographs for tuberculosis detection: A multi-site evaluation of the diagnostic accuracy of three deep learning systems[Internet]. Sci Rep 2019;9(1):1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-019-51503-3>
4. World health organization. Chest radiography in tuberculosis detection summary of current recommendations and guidance on programmatic approaches. Geneva: World health organization; 2016.
5. Murphy K, Habib SS, Zaidi SMA, Khowaja S, Khan A, Melendez J, et al. Computer aided detection of tuberculosis on chest radiographs: An evaluation of the CAD4TB v6 system [Internet]. Sci Rep 2020;10(1):1-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-020-62148-y>
6. Pande T, Cohen C, Pai M, Ahmad Khan F. Computer-aided detection of pulmonary tuberculosis on digital chest radiographs: A systematic review. Int J Tuberc Lung Dis 2016;20(9):1226-1230.
7. Breuninger M, Van Ginneken B, Philipsen RHHM, Mhimbira F, Hella JJ, Lwilla F, et al. Diagnostic accuracy of computer-aided detection of pulmonary tuberculosis in chest radiographs: A validation study from sub-Saharan Africa. PLoS One 2014;9(9):e106381.
8. Zaidi SMA, Habib SS, Van Ginneken B, Ferrand RA, Creswell J, Khowaja S, et al. Evaluation of the diagnostic accuracy of Computer-Aided Detection of tuberculosis on Chest radiography among private sector patients in Pakistan[Internet]. Sci Rep 2018;8(1):1-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-018-30810-1>
9. Habib SS, Rafiq S, Zaidi SMA, Ferrand RA, Creswell J, Van Ginneken B, et al. Evaluation of computer aided detection of tuberculosis on chest radiography among people with diabetes in Karachi Pakistan. Sci Rep 2020;10(1):1-5.

เอกสารอ้างอิง

10. Muyoyeta M, Maduskar P, Moyo M, Kasese N, Milimo D, Spooner R, et al. The sensitivity and specificity of using a computer aided diagnosis program for automatically scoring chest X-rays of presumptive TB patients compared with Xpert MTB/RIF in Lusaka Zambia. *PLoS One* 2014;9(4):16–18.
11. Chanchaichujit J, Tan A, Meng F, Eaimkhong S. Application of artificial intelligence in healthcare. In: *Healthcare 4.0*. Singapore: Palgrave Pivot; 2019. 63–93.
12. Park SH, Han K. Methodologic guide for evaluating clinical performance and effect of artificial intelligence technology for medical diagnosis and prediction. *Radiol* 2018;286(3):800–809.
13. Osatavanichvong K, de Goes Nakano E, Dessi G, Saksirinukul T. Evaluation Artificial Intelligent (Ai) Assists Radiologist in Radiographic Chest Interpretation. *Bangkok Med J* 2018;14(2):59–65.
14. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคและวัณโรคดื้อยา (Systematic screening for active TB and drug-resistant TB). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดิไซน์; 2561.
15. Mandrekar JN. Receiver operating characteristic curve in diagnostic test assessment[Internet]. *J Thorac Oncol* 2010;5(9):1315–1316. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/JTO.0b013e3181ec173d>
16. Khan FA, Majidulla A, Tavaziva G, Nazish A, Abidi SK, Benedetti A, et al. Chest x-ray analysis with deep learning-based software as a triage test for pulmonary tuberculosis: a prospective study of diagnostic accuracy for culture-confirmed disease[Internet]. *Lancet Digit Heal* 2020;2(11):e573–581. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30221-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30221-1)
17. ศศิธร ศรีโพธิ์ทอง, วิโรจน์ วรรณภิระ, วาสนา เกตุมะ. การคัดกรองวัณโรคปอดในกลุ่มเสี่ยงและประสิทธิภาพของแบบคัดกรองอาการสงสัยวัณโรคปอด. *พุทธชินราชเวชสาร* 2018;35(3):394–400.
18. ศิริพร อุปจักร, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, จิตตากรณ์ จิตริเชื้อ. ประสิทธิภาพของแบบคัดกรองวัณโรคปอดในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร* 2016;43(1):107–117.
19. Lakhani P, Sundaram B. Deep Learning at Chest Radiography[Internet]. *Radiol* 2017;284(2). Available from: <http://pubs.rsna.org.ezp-prod1.hul.harvard.edu/doi/pdf/10.1148/radiol.2017162326>
20. Nash M, Kadavigere R, Andrade J, Sukumar CA, Chawla K, Shenoy VP, et al. Deep learning, computer- aided radiography reading for tuberculosis: a diagnostic accuracy study from a tertiary hospital in India [Internet]. *Sci Rep* 2020;1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-019-56589->

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายการมารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

Received: March 31, 2021; **Revised:** June 4, 2021; **Accepted:** July 20, 2021

แพทย์หญิงพัชราภรณ์ ปินตา

อ.เวชศาสตร์ครอบครัว

ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลท่าปลา

จังหวัดอุตรดิตถ์

E-mail: geneint7@gmail.com

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์: การรักษาที่รวดเร็วในระยะแรกมีความสำคัญและมีประโยชน์มากในโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (thrombolytic therapy) จะมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้นยิ่งขึ้นอยู่กัระยะเวลาที่เหมาะสม ดังนั้น การศึกษานี้จึงต้องการหาปัจจัยทำนายการมารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาย้อนหลัง (Case-control study) เก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มารักษาที่โรงพยาบาลท่าปลา จำนวน 224 คน ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง กันยายน พ.ศ. 2562 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาคือผู้ป่วยที่มารักษาทันในเวลา 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 112 คน กับกลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยที่มารักษาไม่ทันเกินเวลา 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 112 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือสถิติการถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression)

ผลการศึกษา: การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis) พบว่าอาการหน้าเบี้ยว (adj .OR=2.00, 95%CI : 1.12-3.58) อาการชัก (adj .OR=9.20, 95%CI : 1.98-42.66) การมีระดับคะแนนกลาสโกว์โคมาสเกลน้อย (adj. OR=3.89, 95% CI : 1.00 -15.11) การเกิดอาการขณะอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่บ้าน (adj. OR=3.05, 95%CI : 1.19-7.83) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายการมารักษาทันเวลาภายใน 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

สรุป: ปัจจัยทำนายการมารักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันคือ อาการหน้าเบี้ยว อาการชัก อาการโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรง และการเกิดอาการขณะอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่ที่บ้าน ดังนั้นควรมีการให้ความรู้กับชุมชนเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับอาการหรืออาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และความสำคัญในการรักษาในระยะแรกของโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน, การมารับการรักษาทัน

ORIGINAL ARTICLE

Predictive Factors of stroke patients who arrival to hospital in golden periods

Received: March 31, 2021; **Revised:** June 4, 2021; **Accepted:** July 20, 2021

Abstract

Background and objective: Early treatment is crucial in maximizing the benefit of stroke intervention and effective thrombolytic therapy is dependent on timely intervention. The purpose of this study was aimed to identify predictive factors of patients with early hospital arrival after stroke symptom onset.

Methods: A case-control study was conducted in Thapla hospital among 224 acute stroke patients between October 2015 and September 2019. Cases were 112 acute stroke patients who have been hospitalized within 3 hours after the onset of acute stroke compared to 112 controls who have been hospitalized for more than 3 hours. Binary logistic regression was performed to evaluate factors associated with early hospital arrival.

Results: Multivariate analysis revealed symptoms of facial palsy (adj. OR= 2.00 , 95%CI : 1.12-3.58), seizure (adj. OR= 9.20, 95%CI : 1.98-42.66), lower Glasgow coma scale score (adj. OR= 3.89, 95%CI : 1.00 -15.11) and occurrence of stroke outside the home (adj. OR= 3.05,95%CI : 1.19-7.83) were associated with hospital arrival within 3 hours.

Conclusions: The factors associated with early hospital arrival in acute stroke patients were symptoms of facial palsy, seizure, severe stroke, and occurrence of stroke outside the home. Health care providers can educate the public on stroke, enabling the recognition of the signs and symptoms of acute stroke correctly and realize the benefits of early treatment.

Keyword: acute stroke, early hospital arrival

Pacharaporn Pinta MD.

Dip. of the Thai Board of
Family Medicine,
Professional level of medical
physician

Thapla hospital, Uttaradit

E-mail: geneint7@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง คือโรคที่เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ส่งผลให้สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงและมีเซลล์สมองตาย อาการแสดงที่พบได้บ่อยของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทัน ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีจำนวน ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 15 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง 5 ล้านคน¹ ประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี 2555-2559 เท่ากับ 31.7, 35.9, 38.7, 43.3 และ 48.7 ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี 2554-2558 เท่ากับ 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี²

ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันได้มีการพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด คือยา Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rtPA) ซึ่งจะสามารถละลายลิ่มเลือดและส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองดีขึ้น ลดความพิการที่เกิดจากเซลล์สมองตายจากขาดเลือดได้และการรักษาที่ให้ผลดีควรให้ยา rtPA ในกลุ่มผู้ป่วยหลังเกิดอาการเตือนของหลอดเลือดสมองภายในเวลา 3-4.5 ชั่วโมง^{3,4,5}

ดังนั้นได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) ในโรงพยาบาลหลายแห่งเพื่อลดระยะเวลาการตรวจวินิจฉัยและเพิ่มโอกาสการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในส่วน of โรงพยาบาลท่าปลา ได้มีการทำระบบ stroke fast track โดยกำหนดผู้ป่วยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึง รพ.ท่าปลาต้องไม่เกิน 3 ชั่วโมงจึงจะสามารถให้บริการผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ stroke fast track ได้ เนื่องจาก รพ.ท่าปลาเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกลจากรพ.ศูนย์อุตรดิตถ์ ใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 45 นาที ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองและมีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึง รพ.ท่าปลาเกิน 3 ชั่วโมง จะไม่สามารถนำผู้ป่วยส่งเข้ารับการรักษาที่ รพ.ศูนย์อุตรดิตถ์ และได้รับยา rtPA ได้ทันภายใน 4.5 ชั่วโมง

การสำรวจพบว่าประเทศไทยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาในระยะเวลา 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการมีเพียง ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมด⁶ และจากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลท่าปลา อำเภوتاปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปีงบประมาณ 2559, 2560 และ 2561 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี จำนวน 66, 77 และ 79 ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และเข้า stroke fast track มีจำนวน 13, 16 และ 28 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 19.6, 20.7 และ 35.4 ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้รับการรักษาเร็ว⁷⁻⁹ พบว่า อาการเฉาของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด^{10,11} อาการซึม อาการชัก¹² ระดับอาการ

รุนแรง^{8,9,12-14} การเคยมีประสบการณ์ในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน¹⁴ และการมีประสบการณ์เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน^{7,8} มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาที่เร็ว และสถานที่เกิดอาการที่ทำงานนอกบ้าน มีผลให้มารับบริการเร็วกว่าอยู่บ้าน^{8,11,13,15} การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service system(EMS)) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและได้รับการ CT scan ที่เร็วขึ้น^{7-9,11,13,14,16}

อย่างไรก็ตามการวิจัยปัจจัยข้างต้นเป็นการศึกษาทำวิจัยในต่างประเทศ⁷⁻¹¹ และการศึกษาในประเทศไทยที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ^{17,18} ภาคใต้¹² และกรุงเทพฯ^{13,15,19} ซึ่งมีความแตกต่างของลักษณะของภูมิประเทศ สิ่งแวดล้อม ชุมชน และประชากร เมื่อเทียบกับพื้นที่ของอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่อยู่ในเขตภาคเหนือ ลักษณะภูมิประเทศ เป็นที่ราบที่อยู่ระหว่างเนินเขาและภูเขา อำเภอท่าปลาอยู่ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 40 กิโลเมตร เป็นชุมชนชนบท ประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกร²⁰ นอกจากนี้ยังไม่เคยมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มารับบริการการรักษาของโรงพยาบาลท่าปลา อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ มาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ทำนายการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาแนวทางในการลดปัญหาการมารับบริการล่าช้า พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของโรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ และเพิ่มโอกาสผู้ป่วยในการได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rtPA)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง จากผลไปหาเหตุ (Retrospective Analytic Studies / Case-control) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของโรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาทันทีที่ห้องตรวจผู้ป่วยฉุกเฉิน และห้องตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ และแพทย์โรงพยาบาลท่าปลาได้นิยามว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2562

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- ต้องมีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนของที่ต้องการใช้ในการวิจัยครบทุกข้อโดยแพทย์
- ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนหรือระหว่างการส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลอุตรดิตถ์หรือผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โดยทำการเปรียบเทียบเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างกลุ่มการมารับการรักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มผู้ป่วยที่มีการมารับรักษาไม่ทันเกินเวลา 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณตามสูตร²¹ ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 150 ราย โดยกลุ่มศึกษา 75 รายและกลุ่มควบคุม 75 ราย แต่ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ปีงบประมาณ 2559-2562 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2562) จำนวน 224 ราย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมปัจจัยอื่น ๆ มากขึ้นโดยแบ่งเป็นกลุ่มศึกษา

112 รายและกลุ่มควบคุม 112 ราย ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (case report form: CRF) ที่ทางผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากบันทึกเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉิน และห้องตรวจผู้ป่วยนอก ซึ่งประกอบด้วย

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว

ข้อมูลด้านประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ลักษณะอาการผู้ป่วยที่นำมาโรงพยาบาล การประเมินระดับความรุนแรงของอาการตาม Glasgow Coma Scale (GCS)

ข้อมูลด้านสถานที่ขณะเกิดอาการและการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตในแง่จริยธรรม เสนอคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และทำหนังสือแจ้งความจำนงค์ ขอเก็บข้อมูลผู้ป่วย ผ่านทางโรงพยาบาลท่าปลา และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการทบทวน เวชระเบียนของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจะใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการอธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ในค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำ-ค่าสูง ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยสถานที่ขณะเกิดอาการ และปัจจัยการเดินทางมาโรงพยาบาลกับการมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยใช้การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) สถิติที่ใช้ทดสอบคือ Crude Odds Ratio (crude OR) และ chi-squares test ส่วนการศึกษาปัจจัย

ทำนายการมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยใช้การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis) สถิติที่ใช้ทดสอบคือ binary logistic regression มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ $p < 0.05$ และคำนวณหา adjusted Odds Ratio (adj. OR) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมพบว่า มีอายุเฉลี่ย 66.6 ± 12.6 ปี และ 67.7 ± 12.9 ปี ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 58.0 และ 64.3 มีสมรสร้อยละ 59.8 และร้อยละ 68.8 หย่าหรือหม้ายร้อยละ 33.0 และร้อยละ 26.8 มีสถานภาพโสดเพียงร้อยละ 7.1 และร้อยละ 4.5 มีโรคประจำตัวร่วมความดันโลหิตสูง (Hypertension) ร้อยละ 60.7 และ ร้อยละ 57.1 โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) ร้อยละ 25.0 และ ร้อยละ 16.1 โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease) ร้อยละ 17.9 และ ร้อยละ 17.0 โรคไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) ร้อยละ 11.6 และร้อยละ 13.4 โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease) พบเพียง ร้อยละ 3.6 และร้อยละ 7.1 ลักษณะอาการโรคหลอดเลือดสมอง อาการพูดไม่ชัดร้อยละ 80.4 และร้อยละ 65.2 อาการแขนขาอ่อนแรง ร้อยละ 79.5 และร้อยละ 70.5 อาการหน้าเบี้ยว ร้อยละ 68.8 และร้อยละ 51.8 อาการเวียนศีรษะ ร้อยละ 8.9 และร้อยละ 6.3 อาการตามัวมองไม่ชัด ร้อยละ 2.7 และร้อยละ 4.5 อาการชัก ร้อยละ 16.1 และร้อยละ 1.8 ระดับความรุนแรงของอาการที่ประเมินด้วย (GCS) พบระดับอาการรุนแรงน้อย ร้อยละ 63.4 และร้อยละ 83.0 ระดับอาการรุนแรงปานกลางร้อยละ 22.3 และร้อยละ 14.3 ระดับอาการรุนแรงมากร้อยละ 14.3 และร้อยละ 2.7 และ เดินทางมาโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เพียงร้อยละ 26.8 และร้อยละ 15.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

ลักษณะทั่วไป	ระยะเวลาการมารับการรักษา	
	ภายใน 3 ชั่วโมง (n = 112)	มากกว่า 3 ชั่วโมง (n = 112)
อายุ (ปี): $\bar{x} \pm SD$ (Min-Max)	66.6 + 12.6 (38-87)	67.7 + 12.9 (18-94)
เพศ		
หญิง	47(42.0%)	40(35.7%)
ชาย	65(58.0%)	72(64.3%)
สถานภาพ		
โสด	8(7.1%)	5(4.5%)
สมรส	67(59.8%)	77(68.8%)
หย่า/หม้าย	37(33.0%)	30(26.8%)
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	68(60.7%)	64(57.1%)
โรคหลอดเลือดสมอง	20(17.9%)	19(17.0%)
โรคเบาหวาน	28(25%)	18(16.1%)
โรคไขมันในเส้นเลือดสูง	13(11.6%)	15(13.4%)
โรคหลอดเลือดหัวใจ	4(3.6%)	8(7.1%)
ไม่มีโรคประจำตัว	26(23.2%)	27(24.1%)
อาการที่พบ		
แขนหรือขาอ่อนแรง	89(79.5%)	79(70.5%)
หน้าเบี้ยว	77(68.8%)	58(51.8%)
พูดไม่ชัด	90(80.4%)	73(65.2%)
เวียนศีรษะ	10(8.9%)	7(6.3%)
ตามัวมองไม่ชัด	3(2.7%)	5(4.5%)
ชัก	18(16.1%)	2(1.8%)
ระดับความรุนแรงอาการ(GCS)		
รุนแรงมาก (GCS $\leq$ 8)	16(14.3%)	3(2.7%)
รุนแรงปานกลาง (GCS = 9-12)	25(22.3%)	16(14.3%)
รุนแรงน้อย (GCS = 13-15)	71(63.4%)	93(83.0%)
การเดินทางมาโรงพยาบาล		
EMS	30(26.8%)	17(15.2%)
เดินทางมาเอง	82(73.2%)	95(84.8%)

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านการเดินทางและสิ่งแวดล้อมกับการรักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ของโรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยใช้การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) สถิติที่ใช้ทดสอบคือ Crude Odds Ratio (crude OR) และ chi-squares test พบว่า มีปัจจัยทั้งหมด 6 ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ มีอาการชัก (Crude OR= 10.5) มีอาการหน้าเบี้ยว (Crude OR= 2.1) มีอาการพูดลำบาก พูดไม่ชัด (Crude OR= 2.2) มีระดับอาการที่รุนแรงมาก (Crude OR= 6.1) ปัจจัยสถานที่ขณะเกิดอาการคือเกิดอาการขณะอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่บ้าน (Crude OR= 3.1) และปัจจัยการเดินทางมาโรงพยาบาล คือการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในการเดินทางมารักษา (Crude OR= 2.0) (ตารางที่ 2)

การศึกษาปัจจัยทำนายการรักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ใช้การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (Multivariate analysis) สถิติที่ใช้ทดสอบคือ binary logistic regression มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ $p < 0.05$ และคำนวณหา adjusted Odds Ratio (adj. OR) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% CI โดยทำการคัดเลือกตัวแปรอิสระ ที่ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ จำนวน 6 ตัวแปร ประกอบด้วย อาการหน้าเบี้ยว อาการพูดลำบาก อาการชัก พูดไม่ชัดระดับอาการที่รุนแรงมาก ($GCS \leq 8$) เกิดอาการขณะอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่บ้าน และการเดินทางมาโรงพยาบาล โดยใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ได้นำมาเข้าสู่สมการทำนายด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบเดินหน้า Forward Stepwise (Likelihood Ratio) เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้ว พบว่าปัจจัยทำนายการรักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมง

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยมีอาการหน้าเบี้ยว (adj. OR= 2.00, 95%CI : 1.12-3.58) ปัจจัยมีอาการชัก (adj. OR= 9.20, 95%CI : 1.98-42.66) ปัจจัยการมีระดับอาการที่รุนแรงมาก ($GCS \leq 8$) (adj. OR= 3.89, 95%CI : 1.00 -15.11) ปัจจัยการเกิดอาการขณะอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่บ้าน (adj. OR= 3.05, 95%CI : 1.19-7.83) (ตารางที่ 3)

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยทำนายการรักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มีดังนี้

• ปัจจัยด้านอาการ

การมีอาการหน้าเบี้ยว สัมพันธ์กับการรักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการมีอาการหน้าเบี้ยวเป็นปัจจัยในการทำนายการรักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยที่มีอาการหน้าเบี้ยวขณะมีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จะมีการรักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมง สูงเป็น 2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหน้าเบี้ยวขณะมีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จินฉีฉีตา คำสารักษ์ (2558)¹⁷ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการมารับการรักษาในผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการที่เฉพาะเจาะจงเช่นอาการอ่อนแรงของใบหน้าจะมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการมารับการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่าอาการหน้าเบี้ยวเป็นอาการที่พบได้มากเป็นอันดับต้นๆของผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ทั้งในกลุ่มศึกษาร้อยละ 68.8 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 51.8 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลและการศึกษาก่อนหน้านี้^{15,17}

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านสถานที่ขณะเกิดอาการและปัจจัยการเดินทางมาโรงพยาบาลกับการรักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ปัจจัย	ระยะเวลาการมารับการรักษา				Crude OR	95%CI	x ²	p-value
	ภายใน 3 ชั่วโมง		มากกว่า 3 ชั่วโมง					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
เพศ								
หญิง	47	42.0	40	35.7	1.3	0.8-2.2	0.9	0.337
ชาย	65	58.0	72	64.3				
อายุ (ปี)								
≥ 65	66	58.9	69	61.6	0.9	0.5-1.5	0.2	0.682
< 65	46	41.1	43	38.4				
ประสบการณ์เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง								
เคย	20	17.9	19	17.0	1.2	0.5-2.1	0.3	0.860
ไม่เคย	92	82.1	93	83.0				
ประสบการณ์เคยโรคหลอดเลือดหัวใจ								
เคย	4	3.6	8	7.1	0.5	0.1-1.6	1.4	0.235
ไม่เคย	108	96.4	104	92.9				
อาการแขนหรือขาอ่อนแรง								
มี	89	79.5	79	70.5	1.6	0.9-3.0	2.4	0.123
ไม่มี	23	20.5	33	29.5				
อาการหน้าเบี้ยว								
มี	77	68.8	58	51.8	2.1	1.2-3.5	6.7	0.009*
ไม่มี	35	31.3	54	48.2				
อาการพูดลำบาก พูดไม่ชัด								
มี	90	80.4	73	65.2	2.2	1.2-4.0	6.5	0.010*
ไม่มี	22	19.6	39	34.8				
อาการเวียนศีรษะ								
มี	10	8.9	7	6.3	1.5	0.5-4.0	0.6	0.449
ไม่มี	102	91.1	105	93.8				
อาการตามัวมองไม่ชัด								
มี	3	2.7	5	4.5	0.6	0.1-2.5	0.5	0.471
ไม่มี	109	97.3	107	95.5				
อาการชัก								
มี	18	16.1	2	1.8	10.5	2.4-46.5	14.1	<0.001*
ไม่มี	94	83.9	110	98.2				
ระดับความรุนแรงอาการ(GCS)								
รุนแรงมาก (GCS ≤ 8)	16	14.3	3	2.7	6.1	1.7-21.4	9.7	0.002*
รุนแรงน้อย/ปานกลาง (GCS=9-15)	96	85.7	109	97.3				
สถานที่ขณะเกิดอาการ								
สถานที่อื่นที่ไม่ใช่ที่บ้าน	19	17.0	7	6.3	3.1	1.2-7.6	6.3	0.012*
บ้าน	93	83.0	105	93.8				
การเดินทางมาโรงพยาบาล								
EMS	30	26.8	17	15.2	2.0	1.1-4.0	4.6	0.033*
เดินทางมาเอง	82	73.2	95	84.8				

ตารางที่ 3 การศึกษาปัจจัยทำนายการมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ปัจจัย	B	p-value	adj.OR	95% CI	
				Lower	Upper
อาการชัก	2.22	.005	9.20	1.98	42.66
อาการหน้าเขียว	.69	.020	2.00	1.12	3.58
ระดับอาการที่รุนแรงมาก(GCS < 8)	1.12	.050	3.89	1.00	15.11
เกิดอาการขณะอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่ที่บ้าน	1.36	.020	3.05	1.19	7.83
Constant	-.78	.000	.459		

- 2Loglikelihood = 271.633
- Cox & Snell R² = 0.140
- Nagelkerke R² = 0.187
- Overall Percentage correct = 64.3

การมีมีอาการพูดลำบาก พูดไม่ชัด ใน การศึกษานี้พบว่าอาการพูดไม่ชัด พูดลำบาก เป็นอาการที่พบได้มากเป็นอันดับต้นๆของผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยในกลุ่มศึกษาพบร้อยละ 80.4 และกลุ่มควบคุมพบร้อยละ 65.2 เช่นเดียวกับข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมา^{11,15,17} ที่พบว่าอาการการพูดไม่ชัด พูดลำบากเป็นอาการหนึ่งที่ได้บ่งชี้ของการมีมีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ในการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยการมีมีอาการพูดลำบาก พูดไม่ชัด กับการมา รักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัย การมีมีอาการพูดลำบาก พูดไม่ชัด สัมพันธ์กับการมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอาการอาการพูดลำบาก พูดไม่ชัด ในขณะมีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจะมารับการรักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมง แต่ในการศึกษานี้กลับพบว่าการมีอาการพูดลำบาก พูดไม่ชัด ไม่เป็นปัจจัยในการทำนายการมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิพัทธ ภิญญาศรี (2551) ที่อธิบายว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่ชัดเจเน เช่น อาการพูดไม่ชัด และมีการรับรู้ ความรุนแรงของอาการน้อยจะไม่มารับการรักษาทันที่ โดยส่วนมากมีสาเหตุจากผู้ป่วยรอดูอาการก่อน¹⁵

การมีมีอาการชัก สัมพันธ์กับการมา รักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการมีมีอาการชักเป็นปัจจัยในการทำนายโอกาสการมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยการมีมีอาการชักขณะมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจะมีผลให้ผู้ป่วยจะมีการมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมง สูงเป็น 9.20 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีไม่มีมีอาการชักขณะมีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จีรพล เหล็กเพชร (2552)¹² ที่พบว่าอาการซึม หรืออาการชัก สัมพันธ์กับการมีระยะเวลาสั้นก่อนมาถึงโรงพยาบาล โดยการมีลักษณะอาการแรกเริ่มที่ไม่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ ไม่ซึม ไม่มีมีอาการชักจะมารับการรักษาช้า เนื่องจากมีการดำเนินของโรคดำเนินไปอย่างช้าๆ อาการไม่ชัดเจเน จะส่งผลให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารับการรักษาช้า และการศึกษาของ Honnorat J และ Trouillas P (2002) พบว่าลักษณะอาการที่เกิดขึ้นรวดเร็วกะทันหันทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเร็วด้วยเช่นกัน⁹

การมีระดับอาการที่รุนแรงมาก สัมพันธ์กับการมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า การมีระดับอาการที่รุนแรงมากเป็นปัจจัยในการทำนายโอกาสการมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยที่มีระดับอาการที่รุนแรง

มากขณะมีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจะมีการมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมง สูงเป็น 3.89 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับอาการที่รุนแรงน้อยในขณะมีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{7,9,12,14,18} ที่พบว่าการที่มีระดับความรุนแรงของอาการมากจะใช้เวลาน้อยตั้งแต่เกิดอาการจนถึงได้รับการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคสมองขาดเลือดที่รุนแรงจะสามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและนำส่ง โรงพยาบาลเร็ว¹⁸

ส่วนปัจจัยด้านอาการอื่น ๆ เช่น มีอาการแขนหรือขาอ่อนแรง เวียนศีรษะ ตามัว มองไม่ชัดพบว่าไม่สัมพันธ์กับการมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย และขัดแย้งกับการศึกษาของ ตวงทิพย์ บินไทย สงค์ (2556)¹⁹ และ Kleindorfer et. al. (2010)¹⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เฉพาะเจาะจง เช่น อาการอ่อนแรงจะมารับการรักษาเร็ว อย่างไรก็ตาม อาการแขนขาอ่อนแรง ยังเป็นอาการที่พบได้บ่อยและเป็นอาการหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน^{10,19} และอาการเวียนศีรษะ อาการตามัวมองไม่ชัด ก็เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เช่นกัน^{15,17}

• ปัจจัยด้านสถานที่ขณะเกิดอาการ

การเกิดอาการขณะอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่บ้าน สัมพันธ์กับการมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเกิดอาการขณะอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่บ้าน เป็นปัจจัยในการทำนายการมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโดยผู้ป่วยที่เกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันขณะอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่บ้านจะมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมง สูงเป็น 3.05 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะ

เฉียบพลันขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{8,13,15} ที่พบว่า การเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันขณะอยู่นอกบ้าน เช่นที่ทำงาน มีผลให้มารับการรักษาที่ใช้ระยะเวลาน้อยเมื่อเทียบกับเกิดอาการที่บ้าน โดยเมื่อเกิดอาการที่ทำงาน จะมีเพื่อนร่วมงานอาจพบอาการของพวกเขาได้ง่ายกว่า และอาจได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วกว่า⁸ และการเกิดอาการนอกบ้านมีความจำกัดในเรื่องสถานที่ ไม่สามารถทำกิจกรรม ต่างๆ ได้สะดวก เช่น นอนพัก รักษาเอง จึงทำให้มารับการรักษาทันที่¹⁵

• ปัจจัยด้านการเดินทางมาโรงพยาบาล

การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในการเดินทางมารักษา
สัมพันธ์กับการมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้ป่วยที่เกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในการเดินทางมารักษาจะมารับการรักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมง แต่การศึกษานี้กลับพบว่าใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในการเดินทางมารักษานั้นไม่เป็นปัจจัยในการทำนายการมารักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษา^{7-9,11,13,14}ก่อนหน้านี้ที่อธิบายว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการได้รวดเร็ว คือ การเดินทางโดยใช้ระบบบริการฉุกเฉิน(EMS) นอกจากนี้ การศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในการเดินทางมารับการรักษาหลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีน้อย คือ ในกลุ่มศึกษามีเพียง ร้อยละ 26.8 และกลุ่มควบคุมมีเพียงร้อยละ 15.2 และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเดินทางมารักษาเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของนิพาพร ภิญโญศรี (2551) ที่พบว่าการเดินทางไปโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจะเดินทางไปรับการรักษาโดยรถแท็กซี่เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55) และพบว่าผู้ป่วย 1 คนในการ

ศึกษาให้ข้อมูลว่าต้องใช้ระยะเวลาในการรณพยาบาลนานและญาติเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจึงเรียกรถรับจ้างแทน¹⁵ แต่ในการศึกษาต่างประเทศกลับพบว่าผู้ป่วยมีการใช้บริการรถพยาบาล ถึงร้อยละ 50^{14,16} ทั้งนี้ เนื่องจากปัจจุบันระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ของโรงพยาบาลท่าปายังให้บริการได้ไม่ทั่วถึงหรืออาจเกิดจากประชาชนเข้าไม่ถึงในช่องทางการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) แสดงให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการรถฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ สามารถให้บริการประชาชนได้ทั่วถึง

• ปัจจัยด้านบุคคล

ในส่วนของ **ปัจจัยด้านบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ประสบการณ์เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน พบว่าไม่สัมพันธ์กับการมารับการรักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย และขัดแย้งกับการศึกษาของ Haiqiang Jin (2012)⁸ และ Lacy CR (1997)⁷ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมาก และการมีประสบการณ์เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน สัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาที่เร็ว และยังขัดแย้งกับ Honnorat J(2002)⁹ ที่พบว่าเพศหญิงที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองจะมารับบริการรักษาเร็วกว่าผู้ชาย และขัดแย้งกับ Kim YS et. al. (2011)¹⁴ ที่พบว่าการมีประสบการณ์เป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน แต่สอดคล้องกับการศึกษาของนิพัทธ ภิญญศรี (2551)¹⁵ ที่พบว่าอายุ เพศ ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สัมพันธ์กับการมารับบริการรักษาที่เร็วของผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

จากการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่ทำนายการมารับการรักษาทันภายในเวลา 3 ชั่วโมงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน มี 4 ปัจจัย ได้แก่ อาการหน้าเบี้ยว อาการชัก การมี

ระดับอาการที่รุนแรงมาก ปัจจัยการเกิดอาการขณะอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่บ้าน จะเห็นได้ว่าอาการอื่นๆที่พบได้บ่อยและเป็นอาการหลักของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เช่น อาการแขนหรือขาอ่อนแรง อาการพูดลำบากพูดไม่ชัด อาการตามัวมองไม่ชัด กลับไม่มีผลให้ผู้ป่วยมารับรักษาเร็ว ซึ่งอาจเกิดจากอาการดังกล่าวอาจมีสังเกตได้ยาก อาการแสดงไม่ชัดเจนและไม่รบกวนชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตามอาการดังกล่าวก็มีความสำคัญเนื่องจากเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยและเป็นสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ดังนั้นในการประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชน ในการสังเกตอาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของตนเอง หรือคนในครอบครัว ควรมีการเน้นย้ำให้เฝ้าระวังในอาการที่สังเกตได้ไม่ชัดเจนด้วย เพื่อจะได้สังเกตอาการได้ทันทั่วทั้งที่และมารับการรักษาได้ทันเวลา

จากการศึกษาการศึกษาในครั้งนี้นี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในการเดินทางมารับบริการรักษาหลังเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันมีน้อย เนื่องจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ของโรงพยาบาลท่าปายังให้บริการได้ไม่ทั่วถึง ดังนั้น ควรมีการพัฒนาระบบรถพยาบาลฉุกเฉินที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึงครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีความสะดวกในการติดต่อใช้บริการ และควรมีการประชาสัมพันธ์ให้กับชุมชนได้รู้จักและเข้าถึงการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในการเดินทางมารับบริการการรักษาโดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต เพิ่มโอกาสในการมารับการรักษาได้ทันเวลา

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารังต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดยในการศึกษาควรมีจำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษามากกว่านี้ ซึ่งอาจจะทำในระดับจังหวัดหรือเขต เป็นต้น เพื่อ

ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์จะให้เห็นความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ประชากรที่ใช้ในการศึกษาชัดเจนมากขึ้น

ควรมีการศึกษาต่อยอดในปัจจัยอื่นๆ เช่นความรู้ความตระหนักของโรคหลอดเลือดสมองทั้งของผู้ป่วยและญาติ การเข้าถึงหรือการใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ทราบถึงข้อมูลในมิติอื่นๆและนำมาพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้อาจไม่สำเร็จล่วงไป ด้วยดีหากผู้เขียนไม่ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือ จากบุคคลหลายท่าน

ขอขอบพระคุณ ผศ.นพ.กมลพร ชุมน ตัญยคานนท์ ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ที่ได้จัดการอบรมพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัว งานวิจัยและโครงการด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อเตรียมสอบหนังสืออนุมัติ ได้ให้ความรู้ในวิธีการทำการศึกษาวิจัย ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์การทำงานวิจัย

และแนะนำแนวทางที่ เหมาะสมในการศึกษาวิจัย รวมถึง ขอขอบพระคุณ ดร.นพ.ชัยสิริ อังกรวรรณนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้ให้คำปรึกษาและเสนอแนะแนวทางในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์เสรี นพรัตน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ให้โอกาสในการจัดกิจกรรมในพื้นที่โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียน โรงพยาบาลท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่ช่วยสนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทุกท่านที่เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรม และการดูแลรักษา เพื่อนำมาจัดทำงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัว กัลยาณมิตร เพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่คอยให้การ สนับสนุนจนกระทั่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organisation. Stroke Cerebrovascular accident [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 27]. Available from: <http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>
2. ญัฐวิธรณ พันธ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, อามีนะห์ เจ๊ะปอ. ประเด็นสารณรงควันอัมพาตโลก ปี 2561 [Internet]. 2561 [cited 2019 Aug 27]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/news/announcement-detail.php?id=13251&gid=16>
3. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 Hours after Acute Ischemic Stroke. N Engl J Med [Internet] 2008 Sep 25 [cited 2019 Aug 27];359(13):1317–1329. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoa0804656>
4. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke [Internet] 2018 [cited 2019 Aug 25];49(3):46–110. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000158>
5. Adams HP, Adams RJ, Brott T, Del Zoppo GJ, Furlan A, Goldstein LB, et al. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke: A scientific statement from the Stroke Council of the American Stroke Association. Stroke [Internet] 2003 [cited 2019 Aug 25];34(4):1056–1083. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.STR.0000064841.47697.22>

เอกสารอ้างอิง

6. นีจครี ชาญณรงค์, บรรณารักษ์, การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
7. Lacy CR, Bueno M, Kostis JB. Delay in Presentation and Evaluation for Acute Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* [Internet] 1997 [cited 2019 Sep 3];6(6):470. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.str.32.1.63>
8. Jin H, Zhu S, Wei JW, Wang J, Liu M, Wu Y, et al. Factors associated with prehospital delays in the presentation of acute stroke in urban China. *Stroke* [Internet] 2012 [cited 2019 Sep 5];43(2):362–370. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.111.623512>
9. Honnorat J, Trouillas P. Factors Influencing Early Admission in a French Stroke Unit [Internet]. 2002 [cited 2019 Sep 3] 33(1): 153-159. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/hs0102.100533>
10. Kleindorfer D, Lindsell CJ, Moomaw CJ, Alwell K, Woo D, Flaherty ML, et al. Which stroke symptoms prompt a 911 call? A population-based study. *Am J Emerg Med* [Internet] 2010 [cited 2019 Sep 7];28(5):607–612. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735675709000862>
11. Soto-Cámara R, González-Santos J, González-Bernal J, Martín-Santidrian A, Cubo E, Trejo-Gabriel-Galán JM. Factors Associated with Shortening of Prehospital Delay among Patients with Acute Ischemic Stroke. *J Clin Med* [Internet] 2019 [cited 2019 Sep 5];8(10):1712. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/10/1712>
12. จีรพล เหล็กเพชร, ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวี, ประเสริฐ วศินานุกร. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดใช้ในการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2552;27(3):203–212.
13. Rakchue P, Poonphol S. Factor influencing Pre-hospital Delay among Acute Ischemic Stroke Patients in Rajavithi Hospital. *J thai stroke Soc* [Internet] 2019 [cited 2019 Aug 29];18(1):5–13. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jtss/article/view/187423>
14. Kim YS, Park SS, Bae HJ, Cho AH, Cho YJ, Han MK, et al. Stroke awareness decreases prehospital delay after acute ischemic stroke in korea. *BMC Neurol* [Internet] 2011 [cited 2019 Sep 5];11(1):2. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2377/11/2>
15. นิพัทธ ภิญญศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
16. Morris DL, Rosamond W, Madden K, Schultz C, Hamilton S. Prehospital and emergency department delays after acute stroke: The genentech stroke presentation survey. *Stroke* [Internet] 2000 [cited 2019 Sep 15];31(11):2585–2590. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/01.STR.31.11.2585>
17. จิณัฐตา คำสารักษ์, ชนกวร จิตปัญญา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2558;7(2):106–119.
18. พนัชญา ขันติจิตร, ภัทระ แสนไชยสุริยา, พิมพา เทพวัลย์. ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2559;10(3):277–288.
19. ดวงทิพย์ บินไทยสงค์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารเกื้อการุณย์* 2556;20(1):15–29.
20. คณะกรรมการบริหารอำเภอท่าปลา. แผนพัฒนาอำเภอท่าปลา 4 ปี พ.ศ. 2561-2564 [Internet]. 2560 [cited 2019 Aug 28]. Available from: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER37/DRAWER072/GENERAL/DATA0000/00000017.PDF>
21. Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Duxbery: Thomson learning; 2002. 348–385.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยสูงอายุ

Received: August 13, 2021; **Revised:** October 18, 2021; **Accepted:** November 26, 2021

นพ. เชม พ้ามิตินนท์*
ผศ.พญ. พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ
 วว.เวชศาสตร์ครอบครัว
นพ. กุลเชษฐ เกษะโกมล
 วว.เวชศาสตร์ครอบครัว
พญ. สุภัชมา เก่งพานิช
 วว.เวชศาสตร์ครอบครัว
 กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก
 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

*Corresponding Author Email:
 jackieshem747@gmail.com

บทคัดย่อ

ความเป็นมา จากการศึกษาต่าง ๆ ที่ผ่านมามีพบว่า ประมาณครั้งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเนื่องในผู้ป่วย เช่น ความตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การศึกษานี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยา

วัตถุประสงค์: หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์การรักษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย วัดความสม่ำเสมอในการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐาน ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ

ผลการวิจัย จากการศึกษาผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 120 ราย ผู้ป่วยร้อยละ 60 ไม่ร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแล และผู้ป่วยที่ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาพบว่ามีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดี (odds ratio 2.71 [95% CI]: (1.21-6.09)) และ 2.75 [95% CI]: (1.07-7.05)) ตามลำดับ ความรู้สึกลำบากในการเดินทางมาพบแพทย์ และผลข้างเคียงของยาพบว่ามีผลเสียต่อพฤติกรรมการรับประทานยา (odds ratio 2.54 [95% CI]: (1.12-5.76)) และ 2.56 [95% CI]: (1.18-5.57)) ตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดี มีสัดส่วนที่น้อยกว่าปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อพฤติกรรมการรับประทานยา คือ ความรู้สึกลำบากในการเดินทางมาพบแพทย์ และ ผลข้างเคียงที่เกิดจากยา การดูแลสนับสนุนทางด้านจิตใจของผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการปรับปรุงพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วย

คำสำคัญ พฤติกรรมการรับประทานยา, การใช้ยาตามคำแนะนำ, กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก, โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ORIGINAL ARTICLE

Factors Affecting Adherence to Antihypertensive Medication in Older Adults

Received: August 13, 2021; **Revised:** October 18, 2021; **Accepted:** November 26, 2021

Abstract

Background: Various studies showed that nearly half of hypertensive patients had poor drug adherence. Many factors affect medication adherence, such as disease awareness, health knowledge, and healthy behavior. Factors affecting adherence to medications were studied. The expectation was that disease awareness could lead to good medication adherence.

Objective: This study was conducted to determine factors affecting medication adherence in older patients who cannot reach targeted blood pressure.

Study Design: A cross-sectional study to assess medication adherence in older patients undergoing hypertensive treatment. Adherence was measured using a validated survey form for medication adherence consisting of seven questions.

Results: One hundred and twenty participants with an average age of 70.51, mean blood pressure 150/94 mmHg, were enrolled. Sixty percent of patients were poor adherers. Patients with caregivers were found to be more likely to be good adherers, compared to self-care patients (odds ratio 2.71 [95% CI]: (1.21-6.09)). Patients with medication awareness were likely to adhere (odds ratio 2.75 [95% CI]: (1.07-7.05)). The feeling of difficulty travel to hospital and medication side effects were found to decrease adherence, odds ratio 2.54 [95% CI]: (1.12-5.76), 2.56 [95% CI]: (1.18-5.57) respectively.

Conclusion: Feeling of difficulty traveling to a hospital and medication side effects caused by the drug should be of concern for the best care. Close monitoring and follow-up care are considered to be important for all groups of patients regardless of their socioeconomic characteristics. Patient education and psychological support are essential ways to improve the patient's medication adherence.

Keywords: medication, adherence, medication, compliance, outpatient, department, Phramongkutklao Hospital

Shem Famitynond, MD*

Patsri Srisuwan, MD, MRCFPT

Kulachade Gesakomol, MD, MRCFPT

Supatcha Kengpanich, MD, MRCFPT

Outpatient and Family Medicine Department,
Phramongkutklao College of Medicine

*Corresponding Author Email:
jackieshem747@gmail.com

Introduction

Hypertension is a common chronic disease in the outpatient department. It is an incurable disease and has serious complications such as cerebrovascular disease, ischemic heart disease, kidney disease, etc. Nowadays, the number of hypertensive patients is nearly one billion and is likely to increase. In Thailand, a prevalence of hypertensive patients from the Ministry of Public Health reports was found equal to 21.4 percent, but only 20.4 percent of these patients can control their blood pressure levels.⁽¹⁾ The mortality rate of hypertensive patients is still increasing.

Hypertension was the third leading cause of death after cancer and accident.⁽²⁾ It can be seen that the rate of sickness with hypertension in Thailand tends to be consistently higher. Drug adherence problems studies show that approximately half of the patients have drug-related problems, and only about one-third of patients can control their blood pressure level to the goal treatment.⁽³⁾ Therefore, taking medications for high blood pressure treatment is one of the health behaviors that are important in the prevention and treatment of disease with possible negative impact on the patient, family, and society such as discomfort from frequent hospitalization and caregiver burden.

Studies have shown that people diagnosed with hypertension have four times the risk of financial problems compared to people who have not.^(4, 5) Several factors influencing medication adherence in people with high blood pressure, include psychological obstacles, health literacy, and positive attitudes.^(6, 7) Additional influencing external or environmental factors were doctor-patient relationships, communication skills of health care providers, and sources of drug information.⁽⁸⁾ Trust and a strong relationship between patients and healthcare workers good communication between patient and doctor with proper urging of the patient to take the drug will provide good medication adherence.⁽⁹⁾ Limited evidence exists regarding factors affecting medication adherence in older patients in the primary health care unit (PCU) in Thailand. The data obtained from this study can be used as a basis for planning the health care treatment of this group of patients and raise their medication information education which improves the effectiveness of any treatment.

Materials and Methods

This was a cross-sectional study to assess factors associated with medication adherence⁽¹⁰⁾ by studying 120 cases of older patients aged over 60 years with primary hypertension unable to reach a targeted blood pressure.⁽¹¹⁾ The average of the last two

measurements was used for analysis. Patients with blood pressure higher than 140/90 mmHg were included in this study. The patients underwent hypertensive treatment in the primary health care unit (PCU), Phramongkutklao Outpatient Department from 1 July 2020 - 31 January 2021. Patients who were diagnosed with secondary hypertension were excluded. This study utilized a total survey method. The sample size for this study was estimated using Wayne W., D. (1995) ⁽¹²⁾ infinite population proportion formula for calculating sample size. The sample size was calculated using prevalence from the previous study of Azuana Ramli et al. ⁽¹³⁾. Research related variables were demographic data, health literacy, disease awareness, medication compliance, and adherence. Data was collected from the survey using interviews and pill count method regarding the health status assessment of patient adherence and risk factors for adherence. The researcher personally interviewed the study participants and performed physical examinations of the study participants.

The Medication Adherence Scale used in this study was developed by Azuana Ramli et al (2012)⁽¹³⁾ consisting of seven questions. Each question in this Medication Adherence Scale had a four-point response format. Each response carried a score: none of the time = 4, some of the time = 3, most of the time = 2, and all the time = 1. The total scores were added for each patient. The total score for each patient could range from 7 and 28. Lower scores would reflect poorer adherence

to medication therapy. A full score of 28 or a score of 27 (due to 1 point deducted from any one of the “unintentional non-adherence” questions, which were question 1 or question 6), were defined as adherence. A score of 26 and below was categorized as non-adherence. To complete the questionnaires, patients were required to choose their responses from a set of possible answers for easy administration and to minimize inconsistencies among different interviewers. Descriptive statistics were used for data analysis. The calculated sample size was 111 (95% confidence interval and a p-value <0.05). The cross-sectional study between the relationship of demographic data and the incidence of drug use was not consistent. Chi-square statistics were used to find the relationship between variables, prevalence rate ratio, and multivariate analysis using multiple logistic regression.

Ethics approval for conducting this study was obtained from the Institutional Review Board, Royal Thai Army Medical Department (Approval number IRBRTA 383/2563).

Results

A total of 120 participants that fulfilled the inclusion criteria were enrolled as subjects for this study. 52.5% of the participants were male; the average age was 70.51 years. The mean blood pressure was 150/94 mmHg with the average of the last two measurements used for analysis. The majority of the participants, 70.8 %, were self-care patients, while 29.2% of them had caregivers. Treatment support for the participants was the

Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS), Universal Coverage (UC), and/or the Social Security Scheme, 68.3%, 25%, and 2.5%, respectively. Only 4.2% of the participants were self-pay patients.

Socioeconomic characteristics of the participants are shown in **Table 1**

Adherence scores obtained in the present study ranged from 16 to 28 (the maximum score possible). The average adherence score was 24.82 points with a standard deviation of 11.12. The prevalence of hypertensive older patients with poor adherence is 60.0%. Sixty-five point eight percent of participants had good persistence in

medication adherence as shown in **Table 2**. The frequency distribution is shown in **Tables 3 and 4**.

Only 40.0% of participants were adherers. Relevant factors were having a relative as a caregiver; did not receive side effects from antihypertensive drugs; convenience of travel to the hospital; and awareness of the importance of drug use with P-values of 0.015, 0.017, 0.025, and 0.035, respectively. All of these factors correlated with good medication adherence with statistical significance as shown in **Table 5**.

Discussion

Several factors affect medication adherence which is an

Table 1 Demographics

	Non-Adherers n = 72	Adherers n = 48	Total n = 120	p-value
Ages (Years)	69.47±7.98	72.06±9.2	70.51±8.55	0.105
Gender				0.156
Male	34(54)	29(46)	63(52.5)	
Female	38(66.7)	19(33.3)	57(47.5)	
MeanSBP	150.22±8.59	150.15±9.66	150.19±9	0.966
MeanDBP	93.68±4.43	94.26±4.98	93.91±4.65	0.496
BMI (Kg/m²)	25.4±3.52	24.94±3.17	25.22±3.38	0.459
Level of education				0.278
Primary or below	30(65.2)	16(34.8)	46(38.4)	
Secondary	23(62.1)	14(37.9)	37(30.8)	
Bachelor's Degree or above	29(78.4)	18(21.6)	37(30.8)	
Travel Difficulty				0.023*
No	41(52.6)	37(47.4)	78(65)	
Yes	31(73.8)	11(26.2)	42(35)	
Treatment support				0.820
CSMBS	50(61)	32(39)	82(68.3)	
Universal Coverage	18(60)	12(40)	30(25)	
Self-Payment	2(40)	3(60)	5(4.2)	
Social Security Scheme	2(66.7)	1(33.3)	3(2.5)	
Occupation				0.405
Employed	30(60)	20(40)	50(41.7)	
Not employed	42(60)	28(40)	70(58.3)	
Income				0.197
Insufficient	21(70)	9(30)	30(25)	
Sufficient	51(56.7)	39(43.3)	90(75)	
Care Giver				0.015*
Self-Care	57(67.1)	28(32.9)	85(70.8)	
Having Caregiver	15(42.9)	20(57.1)	35(29.2)	

Table 2 Drug compliance and persistence

	Non-Adherers n = 72	Adherers n = 48	Total n = 120	p-value
Compliance				0.002*
Poor	37(77.1)	11(22.9)	48(40)	
Good	35(48.6)	37(51.4)	72(60)	
Persistence				0.001*
Poor	31(75.6)	10(24.4)	41(34.2)	
Good	37(46.8)	42(53.2)	79(65.8)	

Table 3 Adherence score

Questions	Adherence score (frequency [%])				Mean score
	1	2	3	4	
1. How often do you forget to take you medicine?	9(7.5)	15(12.5)	36(30)	60(50)	3.23
2. How often do you decide not to take your medicine?	3(2.5)	9(7.5)	9(7.5)	99(82.5)	3.7
3. How often do you miss taking you medicine because you feel better?	3(2.5)	11(9.2)	15(12.5)	91(75.8)	3.62
4. How often do you decide to take less of your medicine?	5(4.2)	6(5)	11(9.2)	98(81.7)	3.68
5. How often do you stop taking your medicine because you feel sick due to effects of the medicine?	4(3.3)	13(10.8)	6(5)	97(80.8)	3.63
6. How often do you forget to bring along your medicine when you travel away from home?	3(2.5)	23(19.2)	18(15)	76(63.3)	3.39
7. How often do you NOT take you medicine because you run out of them at home?	2(1.7)	11(9.2)	24(20)	83(69.2)	3.57
mean adherence score = 24.82±3.85					

Table 4 Frequency distribution of adherers and non-adherers

Adherence score	Adherence status	Frequency (N)	Percentage (%)
Full score (28)	Adherers	21	17.5
27 (one point deducted from either question 1 to 6)	Adherers	27	22.5
27 (one point deducted due to other questions)	Non-Adherers	14	11.7
7-26	Non-Adherers	58	48.3
Total		120	100.0

important factor in achieving blood pressure control. Hypertension is an asymptomatic disease and needs long-term treatment. Therefore, several patients still had poor drug adherence. The results of medication adherence in hypertension treatment could differ due to various studies.

A similar study by Azuana Ramli et al.⁽¹³⁾ found the prevalence of poor medication behavior to be 46.6%. In this study the prevalence of poor medication adherence among the older patients with hypertension was 60.0%,

which was found to have a greater prevalence than a previous study. The results may be due to a sample of older patients who did not control their blood pressure according to the treatment criteria. Another study conducted by Azuana Ramli et al.⁽¹³⁾ included all hypertensive patients aged 30 years and over.

The factors that positively affect medication adherence were having a relative as a caregiver; not receiving side effects from antihypertensive drugs; convenience of

Table 5 Factors

	Non-Adherers n = 72	Adherers n = 48	Total n = 120	Crude Odds Ratio	Adjusted Odds Ratio	p-value	95%CI
Gender							
Male	34(54)	29(46)	63(52.5)	1.706		0.158	0.813-3.578
Female	38(66.7)	19(33.3)	57(47.5)	1			
Suffice by family income							
1	51(56.7)	39(43.3)	90(75)	1.784		0.2	0.736-4.324
Number of HT drugs used							
1	30(68.2)	14(31.8)	44(36.7)	1			
2	32(60.4)	21(39.6)	53(44.2)	1.406		0.426	0.607-3.257
3	10(45.5)	12(54.5)	22(18.3)	2.571		0.078	0.898-7.363
More than 3	0(0)	1(100)	1(0.8)				
HT drugs dosage							
Once daily	58(63)	34(37)	92(76.7)	1			
Twice a day	14(50)	14(50)	28(23.3)	1.706		0.22	0.727-4.004
3 Times a day	0(0)	0(0)	0(0)				
4 Times a day	0(0)	0(0)	0(0)				
More than 4 times a day	0(0)	0(0)	0(0)				
Convenience of taking medication							
1	44(57.1)	33(42.9)	77(64.2)	1.4		0.393	0.646-3.032
Having caregiver							
1	15(42.9)	20(57.1)	35(29.2)	2.714	2.766	0.015*	1.21-6.089
Having complication of hypertension							
1	20(50)	20(50)	40(33.3)	1.857	1.994	0.116	0.859-4.017
No antihypertensive side effects							
1	35(50.7)	34(49.3)	69(57.5)	2.567	1.586	0.017*	1.183-5.574
Convenience of travel to the hospital							
1	41(52.6)	37(47.4)	78(65)	2.543	2.998	0.025*	1.121-5.768
Disease awareness							
1	49(54.4)	41(45.6)	90(75)	2.749	3.285	0.035*	1.071-7.054
Visual problems							
1	39(59.1)	27(40.9)	66(55)	1.088		0.822	0.522-2.269

travel to the hospital; and awareness of the importance of drug use. These factors influence good medication adherence with statistical significance. Increased patient health knowledge was a contributing factor to good medication adherence. Health behaviors such as regularity of physical exercise, alcohol, and the smoking habit were not related to medication adherence, which was different from the study of Wipaporn Wangworatrakul⁽¹⁴⁾ and Hyo Yoon Choi et al. ⁽¹⁵⁾ They found that regularity of physical exercise, no alcohol and smoke habit makes the participants more likely to have good medication adherence with statistical significance. It could be assumed that health behaviors in older patients did not affect their medication adherence.

On the other hand, factors that adversely affect medication adherence were being a self-care patient; receiving side effects from antihypertensive drugs; the difficulty of travel to the hospital; poor medication compliance; and lack of disease awareness. The number of antihypertensive drugs used and socio-economy did not affect medication adherence which was different from the study of Wipaporn Wangworatrakul⁽¹⁴⁾ and Hyo Yoon Choi et al. ⁽¹⁵⁾ which found that the number of antihypertensive drugs used and low family income adversely affects medication adherence with statistical significance. According to their study, almost half of the participants were older patients with caregivers. It could be assumed that caregivers had a positive effect on medication

adherence, regardless of the number of antihypertensive drugs that the older patients used.

Demographic and socioeconomic characterization of the participants such as age, gender, education level, and occupation did not affect medication adherence in this study. It could be assumed that data in this study were collected from a specific group of participants. Moreover, the demographic and socioeconomic status was not directly related to awareness of the importance of drug use.

This study assesses factors affecting medication adherence in older adults by using the Medication Adherence Scale, determining the prevalence of good and poor medication adherence in the older adults. factors affecting behavior, consistency and continuity of taking medications for hypertension and the relationship of some factors that were associated with irregular drug intake. Additionally, participants will benefit from a cognitive health assessment; knowing and realizing the treatment effect; awareness of the severity of hypertension and approach to the appropriate treatments; increased awareness of the importance of drug use.⁽¹⁶⁾

The questionnaire and drug behavior assessment tools were used by the Medication Adherence Scale and pill counts, as well as study results that can be practical in caring for the elderly at all levels especially at the primary care unit (PCU) because the tools are not complicated. A short time is

required to collect data. Since the study uses few amounts of resources but can be used to perform a holistic approach to elderly patients, it is cost-effective to process.

There were some limitations in this study. First of all, this study focused on older patients in just one hospital, the population may not reflect the general population of Thailand. In addition, using self-reporting questionnaires to measure adherence is simple and probably cost-effective but known to overestimate adherence, the patients tend to overestimate themselves. Finally, adherence was measured indirectly using the pill count method. The direct method includes the measurement of the concentration of the drug in body fluids or biological markers. However, direct methods are invasive and can also induce bias if the patient only takes medication before the upcoming test. Also, the pill count method is more accurate compared to other subjective methods. Further research should be conducted in a broader population of older patients with hypertension and multicenter studies, for example, done in different parts of the country to make the population of older patients more diverse. It is recommended to study in a larger population to identify factors that affect medication adherence more clearly.

From this study, it can be seen that the older patients whose blood pressure did not meet the treatment criteria had poor medication adherence. This was due to the lack of awareness of the importance of taking

prescription drugs and lack of confidence in treatment according to side effects from the drugs. Demographic and socioeconomic characteristics such as age, gender, education level, and occupation did not affect medication adherence in this study. Thus, close monitoring and follow-up care are considered to be important for all groups of patients regardless of their socioeconomic characterization. The researcher explained to the patients the basic information about the disease itself for them to recognize the risk and severity of the disease. Patients' self-awareness should inspire them to avoid the threat of disease by choosing what is considered the best practice. This patient education also introduces the importance of taking prescribed medication, providing psychological support to the patient, and communicating to create mutual understanding between doctors and patients which provides a good doctor-patient relationship and contributes to the improvement of medication adherence.

Conclusions

The medication adherence rate was found to be low among older patients unable to reach the targeted blood pressure. The feeling of difficulty traveling to a hospital and experiences of side effects caused by the drug should be of concern for the best care. Poor medication behavior has adversely affected the control of blood pressure. Close monitoring and follow-up care are considered to be important for all patients regardless of their socioeconomic characteristics. Patient education and psychological support is an essential way to improve the patient's medication adherence.

Acknowledgments

Our gratitude goes to the Department of Family Medicine, Phramongkutklao College of Medicine, and the Institutional Review Board, Royal Thai Army Medical Department for the approval of the ethical clearance. The authors would like to thank data collectors and supervisors for their commitment and the study participants for their valuable information.

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Regional Office for South East Asia. Hypertension fact sheet; 2018.
2. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. [cited 2021 August 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/148114>
3. Wood MK, Thomas S, Muntner P, Morisky D. Health edu re 2004;19(6): 730-738.
4. Wungthanakorn S. Factors affecting medication taking behaviors in hypertensive patients. Songkla Med J 2008;26(6):539-547.
5. Wangji N. Effect of Behavioral Modification Program on Medical Adherence and Blood Pressure for Muslim Elderly with Uncontrolled Hypertension. Thesis for The Degree of Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Prince of Songkla University; 2015.

เอกสารอ้างอิง

6. Rungaramsin S, Vathesatogkit P, Sritara P, Tanomsup S. Factors Influencing Awareness, Treatment and Control of Hypertension in an Urban Thai Population. *Thai heart journal* 2012; 25(1): 36-44.
7. Akaporn A. Factors Correlated with Antihypertensive Drugs Used Behaviors of Hypertension Patients, Public Health Center 5 Chulalongkorn., Thesis for The Degree of Master of Public Health Science, Ramkamhang University; 2015.
8. Heymann AD, Gross R, Tabenkin H, Porter B, Porath A. Factors associated with hypertensive patients' compliance with recommended lifestyle behaviors. *Isr Med Assoc J* 2011;13(9):553-557.
9. Duangjai P, Kangchai W, Jullamate P. Effects of Self-Management Promotion Program on Medication Adherence Among Older Adults with Chronic Kidney Disease 2013. [cited: 2021 August 20]. Available from: http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcims/files/52920235.pdf
10. Sriwarakorn S, Krittiyanunt S, Sakulbumrungsil R. Sensitivity and Specificity of Thai-Version Brief Medication Questionnaire. *J Health Res* 2010;24(3):129-134.
11. Armstrong C; Joint National Committee. JNC8 guidelines for the management of hypertension in adults. *Am Fam Physician* 2014;90(7):503-504.
12. Wayne WD. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences (6th ed.). New York: John Wiley & Sons: Inc;1995;180.
13. Ramli A, Ahmad NS, Paraidathathu T. Medication adherence among hypertensive patients of primary health clinics in Malaysia. *Patient Prefer Adherence* 2012;6:613-622.
14. Wangworatrakul W. Factors Predicting to Medication Adherence among Patients with Essential Hypertension. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017;18(1):131-139.
15. Choi HY, Oh IJ, Lee JA, Lim J, Kim YS, Jeon TH, Cheong YS, Kim DH, Kim MC, Lee SY. Factors Affecting Adherence to Antihypertensive Medication. *Korean J Fam Med* 2018; 39(6): 325-332.
16. Cramer JA, Benedict A, Muszbek N, Keskinaslan A, Khan ZM. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. *Int J Clin Pract* 2008;62(1):76-87.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่แผนก ตรวจผู้ป่วยนอกหน่วยบริการระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Received: July 13, 2021; Revised: August 23, 2021; Accepted: November 12, 2021

นายแพทย์ธนากร แก้วสุทธิ*

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3

นายแพทย์เรืองนิพนธ์ พ่อเรือน

ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

*Corresponding author e-mail:

doctor13055@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

วิธีวิจัย: ศึกษาแบบภาคตัดขวางโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง รวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 200 คน และได้รับยาอย่างน้อย 1 ชนิด ที่ทำการตรวจรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและแผนกผู้ป่วยนอกอายุกรรมทั่วไป โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2562 ทบทวนเวชระเบียนและข้อมูลการสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสม ตามเกณฑ์ของเบียร์ปี ค.ศ. 2019 รวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อศึกษาหาความชุกและความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสม

ผลศึกษา: จากกลุ่มตัวอย่าง 200 คน พบความชุกของการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมเท่ากับร้อยละ 24.5 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้จำนวนยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป (adjusted OR 4, 95%CI 1.74-9.21, P 0.001) กลุ่มยาที่ไม่เหมาะสมพบมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือ กลุ่มยาคลายกล้ามเนื้อ กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และกลุ่มยาแก้ปวดแก้แอส

สรุปผลและข้อเสนอแนะ: ความชุกของการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่รับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เท่ากับร้อยละ 24.5 โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปมีโอกาสได้รับการสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตามควรมีการทบทวนความรู้ด้านยาที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุให้แก่แพทย์

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม, เกณฑ์ของเบียร์

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Factors Associated with Potentially Inappropriate Medications (PIMs) in Older Patients at Outpatient Clinic: A Tertiary Care Center, Chiangrai Prachanukroh Hospital

Received: July 13, 2021; **Revised:** August 23, 2021; **Accepted:** November 12, 2021

Abstract

Objective: To study prevalence and factors associated with potentially inappropriate medication use in older patients.

Method: The study was a retrospective cross-sectional conducted in 200 patients 60 years and older. These patients received at least one drug from two clinics (Primary Care Unit and Internal Medicine Clinic) in Chiang Rai Prachanukroh Hospital from 1 September 2019 to 31 December 2019. This study reviewed medical records to find inappropriate medical prescriptions according to the American Geriatric Society 2019 Beer Criteria. The factors associated with PIMs were analyzed using multiple logistic regression analyses.

Results: Among 200 older patients, the prevalence of inappropriate medication use was 24.5%. The factors associated with inappropriate medication use were using at least five drugs (Polypharmacy) (adjusted OR 4, 95% CI 1.74-9.21, P 0.001). The most common inappropriate drug groups were skeletal muscle relaxants, central nervous system drugs, analgesics, and nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Conclusions: The prevalence of inappropriate medication use in an outpatient clinic in Chiang Rai Prachanukroh Hospital was 24.5%. Polypharmacy was significantly associated with PIMs. Physicians viewing inappropriate drug use in older patients is necessary.

Keyword: Elderly, Polypharmacy, Potentially inappropriate medications, 2019 AGS Beers Criteria

Thanakorn Kaewsoothi, MD*

3rd year Family Medicine Resident

Ruangnipon Porruan, MD, MRCFPT

Department of Social Medicine,
Chiang Rai Prachanukroh Hospital

***Corresponding author e-mail:**

doctor13055@gmail.com

บทนำ

ด้วยวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่ มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีนวัตกรรมใหม่ๆ ที่สามารถรักษาและควบคุมโรคระบาดได้ดีขึ้น มีการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข ผู้คนสามารถเข้าถึงระบบบริการการดูแลสุขภาพมากขึ้น ทำให้ในอนาคตรัฐบาลมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวมากขึ้น¹ ปัจจุบันสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนประชากรที่เพิ่มมากขึ้นใน ทุก ๆ ปี และในอนาคตประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์² โดยคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 ของจำนวนประชากรในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 และเพิ่มขึ้นร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2574³

ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยของสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ นำมาซึ่งโรคต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อเสื่อม โรคไตวายเรื้อรัง โรคเมเร็ง โรคที่เกิดจากการติดเชื้อ เป็นต้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากตัวโรค เกิดภาวะทุพพลภาพรวมถึงการเสียชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาาร่วมกันหลายรายการ (polypharmacy)⁴ ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดนิยามการใช้ยาหลายรายการ คือ การรักษาด้วยยาาร่วมกันตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป ที่ต่างชนิดกัน⁵ และทำให้มีโอกาสการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมตามมา⁶

การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (potentially inappropriate medications: PIMs)⁷ หมายถึง รายการยาที่ใช้แล้วทำให้เกิดความเสี่ยงหรือผลเสียมากกว่าประโยชน์ทางการรักษา มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug events) มากขึ้น เช่น การแพ้ยา (drug allergy), การเกิดผลข้างเคียงจากยา (drug side effects), การได้รับยาซ้ำซ้อน (drug

duplicate), การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (drug-drug Interaction), การได้รับยาเกินขนาดหรือผิดขนาด (drug overdose/missed dose) เป็นต้น ผู้สูงอายุบางรายเกิดอาการลัมป่วยจากการได้รับยาที่ไม่เหมาะสม อัตราการนอนโรงพยาบาลสูงขึ้น อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้นตามมา⁸ ในปัจจุบันมีหลักเกณฑ์ในการประเมินรายการยาที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุอยู่หลายเกณฑ์ เช่น 2019 AGS Beers criteria, STOPP criteria, Thai RDU hospital manual, MAI criteria, FORTA criteria, เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้ 2019 AGS Beers criteria เนื่องจากมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561) โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์พบผู้สูงอายุมาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองทั้งหมด 14,500 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 จากผู้ป่วยทั้งหมด 37,475 คน ในขณะที่แผนกอื่น ๆ เช่น แผนกอายุรกรรมทั่วไปพบร้อยละ 41.8 แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อพบร้อยละ 37.6 และแผนกศัลยกรรมทั่วไปพบร้อยละ 41.4 ผู้ป่วยเข้ารับบริการการตรวจที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 พบการเกิดเหตุการณ์คลาดเคลื่อนทางยา (medication error) ทั้งหมด 98 รายการ ซึ่งเก็บข้อมูลโดยเภสัชกรห้องจ่ายยาสำหรับผู้ป่วยนอก โดยเหตุการณ์เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ เหตุการณ์คลาดเคลื่อนทางยาที่พบมากที่สุดคือ ระบุขนาดการใช้ยาผิดพบร้อยละ 44.9 การสั่งจ่ายยาผิดคนพบร้อยละ 10.2 การสั่งจ่ายยาผู้ที่มีประวัติแพ้และการสั่งจ่ายยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ที่เป็ไตวายเรื้อรังพบเหตุการณ์ละร้อยละ 5 การสั่งจ่ายยาคิดหรือกลุ่มเดียวกันพบร้อยละ 4.1 การสั่งจ่ายยาที่มีอันตรกิริยาระหว่างยาและโรคพบร้อยละ 3.1

และการส่งจ่ายยาที่มีอันตรกิริยาระหว่างยาที่รุนแรงพบร้อยละ 2

ในปัจจุบันจังหวัดเชียงรายและจังหวัดอื่น ๆ ในภาคเดียวกัน รวมถึงประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มารับบริการการตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก (PCU และ OPD MED) ได้รับรายการยาที่ไม่เหมาะสมซึ่งจะมีโอกาสทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาตามมา จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของของ วรณญา บัวขวัญ และ สุรชาติพิย พิชญไพญญ์⁹ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นการศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ แต่เป็นการศึกษาประชากรกลุ่มผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา (ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร) โดยใช้เกณฑ์ 2012 AGS Beers criteria ซึ่งพบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 61 ได้รับรายการยาที่ไม่เหมาะสม และการได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปเพิ่มโอกาสต่อการได้รับยาไม่เหมาะสม ในขณะที่ต่างประเทศก็ให้ความสนใจกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาของ Abdelmoneim Awad และ Olivia Hanna¹⁰ เรื่อง Potentially inappropriate medication use among geriatric patients in primary care setting คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยคูเวต ประเทศคูเวต พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิมีการได้รับรายการยาที่ไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ AGS 2012 Beers criteria อยู่ที่ย้อยละ 53.1 และพบว่าการใช้ยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปมีความสัมพันธ์การได้รับยาที่ไม่เหมาะสม การศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ซึ่งผู้สูงอายุที่รับบริการของโรงพยาบาลสามารถเข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์ประจำบ้านประจำภาควิชา และแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไป โดยแพทย์อายุรกรรมและแพทย์ประจำบ้านประจำภาควิชา

ตามสิทธิการรักษา โรคหรือภาวะที่ต้องการรักษา ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบ เป็นต้น โดยผู้ป่วยที่มารับบริการศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองส่วนใหญ่จะเป็นสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่แผนกอายุรกรรมส่วนใหญ่จะเป็นสิทธิการรักษาข้าราชการ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำผลการศึกษานี้ได้ไปปรับปรุงการให้บริการในอนาคต และคาดว่าจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความระมัดระวังมากขึ้นในการจ่ายยา นำมาซึ่งผู้สูงอายุมีความปลอดภัยในการใช้ยามากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่มารับการตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (Primary care unit; PCU) และแผนกอายุรกรรมทั่วไป (internal medicine outpatient clinic; OPD MED) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (A retrospective cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่มารับการตรวจรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (PCU) และแผนกอายุรกรรมทั่วไป (OPD MED) ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยการเก็บกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มโดยเลือกผู้สูงอายุที่มารับบริการเป็นคนแรกของแต่ละหน่วยบริการในแต่ละวัน (PCU 1 คน และ OPD MED 1 คน รวมเป็น 2 คนต่อวัน) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการรับยาอย่างน้อย 1 รายการขึ้นไป ผ่านช่องทางต่าง ๆ (route) ได้แก่ การ

รับประทาน (oral), การฉีด (injection), การอมใต้ลิ้น (sublingual), การสอดผ่านรูทวาร (rectal suppository), การสูด (inhalation) หรือการพ่น (nubulizer) ยกเว้น ยาทา (topical medication) มีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ได้รับการนอนโรงพยาบาล (admit)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ใช้สูตรคำนวณสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากรโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ Abdelmoneim Awad และ Olivia Hanna(10) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยคูเวต ประเทศคูเวต เรื่อง Potentially inappropriate medication use among geriatric patients in primary care setting โดยกำหนดให้ α หรือความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ 0.05 สัดส่วนของการพบรายการยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุเท่ากับ 0.53 และกำหนดให้ β หรือ ค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 เท่ากับ 0.1 (Power เท่ากับ 90 %) กำหนดค่าในสูตรคำนวณ $n = Z^2P(1-P)/D^2$ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้คือ 69 รายการวิจัยนี้เลือกตัวอย่าง 100 รายการ แบ่งเป็นผู้ป่วยจาก PCU 100 รายการ และจาก OPD MED 100 รายการ รวมเป็น 200 รายการ ทั้งนี้เพื่อให้มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากพอในกรณีที่ตัวอย่างขาดหายไปและเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (observation study) ขนาดกลุ่มตัวที่มากขึ้น ความถูกต้องแม่นยำและความน่าเชื่อถือก็มีมากขึ้น นอกจากนี้งานวิจัยมีค่าใช้จ่ายในการจัดทำน้อยมากจึงไม่เป็นปัญหาในด้านงบประมาณและเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลก็มีความเหมาะสม เหตุผลที่เลือกสองแผนกนี้เนื่องจากเป็นหน่วยที่ให้บริการตรวจโรคทั่วไปและโรคเรื้อรังภายในโรงพยาบาล เชิงรายประจําแผนก ซึ่งผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวที่คล้ายคลึงกัน มีทั้งผู้ป่วยที่นัดหมายมาและผู้ป่วยที่มาโดยไม่ได้นัดหมายล่วงหน้า (walk-in)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ค่าดัชนีมวล

กาย ประวัติการแพ้ยา ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ ค่าการทำงานของไต (creatinine) แผนกที่รับการตรวจ สิทธิการรักษาพยาบาล จำนวนและชนิดของโรคหรืออาการ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ได้แก่ จำนวนรายการยาที่ได้รับ ชื่อยา กลุ่มของยา และการบริหารยา

การศึกษาใช้เกณฑ์ของเบียร์ ฉบับปี ค.ศ.2019 (American Geriatrics Society 2019 Beers Criteria)⁷ เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ (Potentially inappropriate medications) เกณฑ์ดังกล่าวมีประโยชน์ในการช่วยจำแนกโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ พิจารณาเลือกหรือปรับเปลี่ยนแบบแผนการให้ยาได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น มีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ฉบับปีปัจจุบันคือปี ค.ศ. 2019 โดยเครื่องมือดังกล่าวมีความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 68.8, ความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 31.4 และค่าพยากรณ์ผลบวก (positive predictive value) เท่ากับร้อยละ 94.1 อ้างอิงจากงานวิจัยของ Juan A. Lopez-Rodriguez และคณะ¹¹

การรวบรวมข้อมูล

เขียนบททวนวรรณกรรมจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ลงข้อมูลในตารางเก็บข้อมูล (case record form) โดยจะลงข้อมูลเป็นรหัสตัวเลขเพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ป่วย และข้อมูลผู้ป่วยจะถูกเก็บเป็นความลับไม่มีการเปิดเผย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) นำเสนอผลด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกติ นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ส่วนข้อมูลต่อเนื่องที่ไม่ใช่การแจกแจงแบบปกติ นำเสนอโดยใช้ค่ามัธยฐาน (median) และค่าควอไทล์ที่ 1-3 (interquartile range)

ความชุกของการได้รับยาที่ไม่เหมาะสม รายงานด้วยสถิติร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมด้วยสถิติ Multiple logistic regression analysis รายงานความสัมพันธ์ด้วยค่า adjusted OR และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่ ชร 0032.102/วิจัย/EC051

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (ตารางที่ 1) พบว่ามีผู้เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 200 คน มีอายุเฉลี่ย 69.3 ± 7.6 ปี แบ่งเป็น เพศหญิง 126 คน (ร้อยละ 63) และเพศชาย 74 คน (ร้อยละ 37), เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ร้อยละ 63, ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) ร้อยละ 24.5 และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปี) ร้อยละ 12.5, ผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.9 ± 3.4 กก./ม², ปฏิเสธการแพทย์ 182 คน (ร้อยละ 91), ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่ร้อยละ 96 และร้อยละ 98 ตามลำดับ, ค่าการทำงานของไต (Creatinine) เฉลี่ยเท่ากับ 1.03 ± 0.47 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 61.8 รองลงมาเป็นสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการร้อยละ 32.2 และชำระเงินเองร้อยละ 7, จำนวนโรคหรืออาการเฉลี่ยที่พบคือ 2 โรค โดยจำนวนโรคหรืออาการที่พบมากที่สุดคือ 8 โรค พบน้อยที่สุดคือ 1 โรค, จำนวนรายการยาที่ผู้สูงอายุได้รับเฉลี่ยคือ 3 รายการ รายการยาที่ได้รับมากที่สุดคือ 14 รายการ และได้รับน้อยที่สุดคือ 1 รายการ, ผู้สูงอายุที่ได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป (polypharmacy) มีจำนวน 57 คน (ร้อยละ 28.5) และได้รับยาน้อยกว่า 4 รายการ (non-polypharmacy) จำนวน 143 คน (ร้อยละ 71.5), โรคหรืออาการที่พบมากที่สุด 5 ลำดับแรก (ตารางที่ 2) คือ โรคความดันโลหิตสูง 123 คน (ร้อยละ 62.5), โรคไขมันในเลือดสูง 101 คน (ร้อยละ 50.5), โรคเบาหวาน 46 คน (ร้อยละ 23), โรคทางกระดูกและข้อ 37 คน (ร้อยละ 18.5) และโรคไตวายเรื้อรัง 35 คน (ร้อยละ 17.5), จำนวนผู้สูงอายุได้รับรายการยาทั้งหมด 755 รายการ (ตารางที่ 3) โดยรายการยาจำแนกตามกลุ่มยาที่พบมากที่สุด 5 ลำดับแรก คือกลุ่มยาโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular drugs) 371 รายการ (ร้อยละ 49.1), ยากลุ่มวิตามิน เกลือแร่ อาหารเสริม (vitamins, minerals and dietary supplements) 62 รายการ (ร้อยละ 8.2), ยากลุ่มระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal drugs) 54 รายการ (ร้อยละ 7.2), ยากลุ่มบรรเทาอาการปวด อาการอักเสบ (analgesics and non-steroidal anti-inflammatory drugs) 49 รายการ (ร้อยละ 6.5) และยากลุ่มระบบทางเดินหายใจ (respiratory drugs) 45 รายการ (ร้อยละ 5.9)

ผู้สูงอายุทั้งหมด 200 คน ได้รับรายการยาที่ไม่เหมาะสมเป็นจำนวนทั้งหมด 49 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5 (ตารางที่ 4) โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับจาก PCU จำนวน 22 คน (ร้อยละ 44.9) และได้รับจาก OPD MED จำนวน 27 คน (ร้อยละ 55.1) แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับรายการยาที่ไม่เหมาะสม 1 รายการจำนวน 35 คน (ร้อยละ 71.4), ได้รับ 2 รายการจำนวน 12 คน (ร้อยละ 24.5) และได้รับ 3 รายการ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.1) จำนวนรายการยาที่ไม่เหมาะสมที่ผู้สูงอายุได้รับรวมมีทั้งหมด 65 รายการ พบรายการยาที่ไม่เหมาะสมจำแนกตามกลุ่มยา 3 อันดับแรกคือ กลุ่มยาคลายกล้ามเนื้อ (skeletal muscle relaxant drugs) 19 รายการ (ร้อยละ 29.2), กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system drugs) 13 รายการ (ร้อยละ 20) และยากลุ่มบรรเทาอาการปวด อาการอักเสบ (analgesics and non-steroidal anti-inflammatory drugs) 11 รายการ (ร้อยละ 16.9), จำแนกตามชนิดของยาที่พบมากที่สุด คือ Orphenadrine 19 รายการ (ร้อยละ 29.2) อันดับที่ 2 คือ Meloxicam, Hydroxyzine และ Lorazepam ชนิดละ 6 รายการ (ร้อยละ 9.2) และอันดับที่ 3 คือ Amitriptyline 4 รายการ (ร้อยละ 6.2) โดย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (n = 200)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุ (ปี)		
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69)	126	63
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79)	49	24.5
ผู้สูงอายุตอนปลาย (≥ 80)	25	12.5
อายุเฉลี่ยเป็นปี (Median, IQR) (Mean+/-SD)	69.3 +/- 7.6	
เพศ		
ชาย	74	37
หญิง	126	63
ดัชนีมวลกาย (กก./ม2)		
ปกติ (18.5-22.9)	75	37.7
ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5)	11	5.5
เกินเกณฑ์ (≥ 23.0)	113	56.8
ดัชนีมวลกายเฉลี่ยเป็น กก./ม2 (Mean+/-SD)	23.9 +/- 4.3	
ประวัติแพ้ยา		
ปฏิเสธการแพ้ยา	182	91
มีประวัติแพ้ยา	18	9
ประวัติการดื่มสุรา		
ปฏิเสธการดื่ม	192	96
ดื่ม	8	4
ประวัติการสูบบุหรี่		
ปฏิเสธการสูบ	196	98
สูบ	4	2
ค่า Cr baseline (mg/dl)		
< 1.2	149	75.6
≥ 1.2	48	24.4
ค่าเฉลี่ย Cr baseline (Mean+/-SD)	1.03 +/- 0.47	
วิธีการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพ 30 บาท	123	61.8
สวัสดิการข้าราชการ	63	31.2
ชำระเงิน	7	3.5
อื่น ๆ	6	3.0
จำนวนโรคหรืออาการที่พบ		
1- 2 โรคหรืออาการ	114	57
≥ 3 โรคหรืออาการ	86	43
จำนวนโรคหรืออาการเฉลี่ย (Median, IQR)	2, 1-3	
พิสัย	1 - 8	
จำนวนรายการยาที่ได้รับ		
1-4 รายการ (non-polypharmacy)	143	71.5
≥ 5 รายการ (polypharmacy)	57	28.5
จำนวนรายการยาที่ได้รับเฉลี่ย (Median, IQR)	3, 2-5	
พิสัย	1 - 14	

ยาที่พบส่วนใหญ่เป็นยาที่สามารถออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางได้มากถึงร้อยละ 63.1 และสามารถออกฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหารร้อยละ 26.2

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (ตารางที่ 5) ได้แก่ การได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป (polypharmacy) (adjusted OR = 4.0, 95%CI 1.74-9.21, P = 0.001) และ การมีประวัติแพ้ยา (adjusted OR = 3.49, 95%CI 1.26-9.67, P = 0.016) ในขณะที่ปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ เพศ (adjusted OR = 0.53, 95%CI 0.68-2.93,

P = 0.35), ช่วงอายุ แบ่งเป็นสูงอายุตอนต้นกับสูงอายุตอนกลาง (adjusted OR = 1.79, 95%CI 0.81-3.95, P = 0.18) และ สูงอายุตอนต้นกับสูงอายุตอนปลาย (adjusted OR = 1.33, 95%CI 0.46-3.8, P = 0.18), จำนวนโรคหรืออาการ (adjusted OR = 0.47, 95%CI 0.21-1.08, P = 0.07), ดัชนีมวลกาย แบ่งเป็นค่าปกติกับต่ำกว่าเกณฑ์ (adjusted OR = 0.64, 95%CI 0.13-3.57, P = 0.64) และค่าปกติกับเกินเกณฑ์ (adjusted OR = 0.71, 95%CI 0.56-2.36, P = 0.71), ค่าการทำงานของไต (Creatinine) (adjusted OR = 4.0, 95%CI 0.29-1.54, P = 0.67)

ตารางที่ 2 โรคหรืออาการที่พบในผู้สูงอายุ (n = ๓200)

โรคหรืออาการ	จำนวน	ร้อยละ
Hypertension	123	62.5
Dyslipidemia	101	50.5
Diabetes	46	23
Bone and joint disease	37	18.5
Chronic kidney disease	35	17.5
Cardiovascular disease	34	17
Respiratory disease	17	8.5
Neuropsychiatric disease	15	7.5
Hematologic disease	13	6.5
GI disease	11	5.5
Infectious disease	11	5.5
Muscle/tendon disease	8	4
Tumor/Cancer	7	3.5
Endocrine disease	7	3.5
Skin disease	6	3
Hepatobiliary disease	5	2.5
Other	7	3.5

ตารางที่ 3 จำนวนรายการยาที่ผู้สูงอายุได้รับจำแนกตามระบบกลุ่มยา (n = 755)

กลุ่มยา	จำนวน	ร้อยละ
Cardiovascular drugs	371	49.1
Gastrointestinal drugs	54	7.2
Analgesics and non-steroidal anti-inflammatory drugs	49	6.5
Respiratory drugs	45	5.9
Antidiabetic and endocrine drugs	39	5.2
Anticholinergic drugs	24	3.2
Skeletal muscle relaxants	24	3.2
Central nervous system drugs	20	2.6
Anti-infective drugs	17	2.3
Steroid and immunosuppressive drugs	16	2.1
Urate-lowering drugs	13	1.7
Vitamins, minerals and dietary supplements	62	8.2
Others	21	2.8

ตารางที่ 4 รายการยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุได้รับทั้งหมด 49 คน มีทั้งหมด 65 รายการยา

กลุ่มยา	ชื่อยา	หน่วยบริการ		
		OPD MED	PCU	รวม
Analgesics and nonsteroidal anti-inflammatory drugs	Naproxen	3	0	3
	Meloxicam	4	2	6
	Colchicine	1	0	1
	Tramadol	1	0	1
Skeletal muscle relaxants	Orphenadrine	6	13	19
Anticholinergics drugs	Hydroxyzine	3	3	6
	Loratadine	1	1	2
Central nervous system drugs	Amitriptyline	2	2	4
	Nortriptyline	1	0	1
	Diazepam	1	0	1
	Lorazepam	4	2	6
Cardiovascular drugs	Clonazepam	1	0	1
	Doxazocin	2	0	2
	Methyldopa	1	1	2
	Digoxin	2	1	3
Steroid drugs	Aspirin	2	0	2
	Prednisolone	3	0	3
Gastrointestinal drugs	Omeprazole*	1	0	1
Anti-depressant	Fluoxetine	1	0	1
รวมรายการยา		40	25	65

* use for >8 weeks for non high-risk patients

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ (n = 200)

ปัจจัย	จำนวนผู้ป่วย (คน)		Crude Odd ratio (95% CI)	P value	Adjusted Odds	
	ไม่มีรายการ ยาที่ไม่ เหมาะสม	มีรายการ ยาที่ไม่ เหมาะสม			Ratio (95% CI)	P value
จำนวนรายการยาที่ได้รับ						
1-4 รายการ	116	27	Reference	0.004	Reference	0.001
≥ 5 รายการ	35	22	2.70 (1.29-5.60)		4.0 (1.74-9.21)	
เพศ						
ชาย	58	16	Reference	0.72	Reference	0.35
หญิง	93	33	1.29 (0.62-2.73)		0.53(0.68-2.93)	
ช่วงอายุ						
60-69 ปี	100	26	Reference		Reference	
70-79 ปี	32	17	2.04 (0.99-4.24)	0.06	1.79(0.81-3.95)	0.18
≥ 80 ปี	19	6	1.21 (0.44-3.35)	0.71	1.33(0.46-3.80)	0.60
จำนวนโรค						
1-2 โรค	85	29	Reference	0.72	Reference	0.07
≥ 3 โรค	66	20	0.89 (0.46-1.74)		0.47(0.21-1.08)	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม2)						
ปกติ (18.5-22.9)	57	18	Reference		Reference	
ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5)	9	2	0.70 (0.13-3.56)	0.67	0.67(0.13-3.57)	0.64
เกินเกณฑ์ (≥ 23.0)	84	29	1.09 (0.56-2.15)	0.80	1.15(0.56-2.36)	0.71
ประวัติแพ้ยา						
ปฏิเสธการแพ้ยา	142	40	Reference	0.012	Reference	0.016
มีประวัติแพ้ยา	9	9	3.55(1.32-9.54)		3.49(1.26-9.67)	
ค่า Cr baseline (mg/dl)						
< 1.2	113	36	Reference	0.86	Reference	0.67
≥ 1.2	37	11	0.93(0.40-2.02)		0.67(0.29-1.54)	

วิจารณ์

ความชุกของการใช้ยาหลายรายการ (polypharmacy) คือตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปของผู้สูงอายุในการศึกษานี้พบว่ามี 57 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 200 คน คิดเป็นร้อยละ 28.5 เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Abdelmoneim Awad และ Olivia Hann(10) ประเทศคูเวต ปี พ.ศ.2561 พบว่าผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความชุกของการใช้ยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 72.1, การศึกษาของ Tariq M. Alhawassi และคณะ¹² ประเทศซาอุดีอาระเบีย ปี พ.ศ. 2562 พบความชุกของการใช้ยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปในผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจของตึกป่วยนอกในโรงพยาบาล อยู่ที่ร้อยละ 80.5 การศึกษาของ วรัญญา บัวขวัญ และสุราทิพย์ พิษณุไพบูลย์⁹ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2558 พบการใช้ยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรามากถึงร้อยละ 85.7 ความชุกของการใช้ยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปในการศึกษานี้ถือว่าต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากเป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เป็นการ

สำรวจในช่วงที่ผู้ป่วยมารับการตรวจที่ PCU และ OPD MED ผู้ป่วยอาจมีการใช้ยามากกว่าที่พบเนื่องจากอาจมีการได้รับยาจากแหล่งอื่น ๆ เช่น ห้องตรวจต่างแผนก โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน หรือ ซื้อเองตามร้านขายยา เป็นต้น จึงทำให้ความชุกของการใช้ยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปในงานวิจัยนี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริงได้

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุได้รับรายการยาไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ของ AGS 2019 Beers criteria ทั้งหมด 49 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5 โดยพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไป (polypharmacy) (adjusted OR = 4.0, 95%CI 1.74-9.21, P = 0.001) และการมีประวัติแพ้ยา (adjusted OR = 3.49, 95%CI 1.26-9.67, P = 0.016) เมื่อเปรียบเทียบการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Abdelmoneim Awad และ Olivia Hanna¹⁰ พบว่ามีผู้สูงอายุที่ได้รับรายการยาที่ไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ AGS 2012 Beers criteria ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อยู่ที่ร้อยละ 53.1 และพบ

ว่าการใช้ยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปมีความสัมพันธ์การได้รับยาที่ไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้, การศึกษาของ Baldoni Ade O และคณะ¹³ ประเทศบราซิล ปี ค.ศ. 2014 ก็ให้ผลสอดคล้องเป็นไปในทางเดียวกันคือพบปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลและได้รับยาที่ไม่เหมาะสมคือการได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการขึ้นไปและการมีประวัติไม่พึงประสงค์จากยา นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องคือ เพศหญิง การใช้ยาเพื่อการดูแลสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง (self-medication) การใช้ยาที่ซื้อเองตามร้านค้าโดยไม่ต้องใช้ใบสั่งยาจากแพทย์ (over-the-counter drug) การใช้ยารักษาโรคทางระบบประสาทและจิต (psychotropic medication) ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยนี้คือปัจจัยเพศไม่สัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ, การศึกษาของ Zeenny R, Wakim S และ คณะ¹⁴ พบว่าการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยนอกในประเทศเลบานอนเท่ากับ ร้อยละ 45.2 โดยกลุ่มยาที่พบส่วนใหญ่เป็นยาที่สามารถออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางถึงร้อยละ 71.4 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ที่พบมากถึงร้อยละ 63.1

การศึกษาของวรัญญา บัวขวัญ และสุรชาติพิทย์ พิชญ์ไพบุลย์⁹ ในบ้านพักคนชรา พบผู้สูงอายุได้รับรายการยาที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 64 โดยรายการยาที่พบสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ chlorpheniramine (CPM), orphenadrine และ lorazepam คล้ายคลึงกับยาที่พบในงานวิจัยนี้คือ orphenadrine, meloxicam, hydroxyzine, lorazepam และ amitriptyline ซึ่งเป็นยาที่สัมพันธ์กับโรคที่มักพบในผู้สูงอายุ เช่น โรคทางกระดูกและข้อ โรคทางระบบกล้ามเนื้อ โรคนอนไม่หลับ และโรคที่เกิดจากอาการแพ้การคัน เป็นต้น ยาสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีจำหน่ายทั่วไปตามสถานพยาบาลและมีราคาถูก โดยที่ยา orphenadrine, hydroxyzine, CPM และ amitriptyline เป็นกลุ่มยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิกสูง (highly anticholinergic effect)

ซึ่งสามารถออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาได้ เช่น อาการปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ซึมลง (sedation) หรือ สับสน (confusion) เสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม (falling) ในผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากร่างกายผู้สูงอายุจะมีการขับยาประเภทนี้ลดลงทำให้ยาออกฤทธิ์ได้นานขึ้น จึงเป็นยาที่ต้องระมัดระวังอย่างมากในการจ่ายในผู้สูงอายุ นอกจากนี้การศึกษาของวรัญญา บัวขวัญ และคณะ ยังพบยาอื่นๆ เช่น prazosin, glibenclamide, alprazolam, dicyclomine เป็นต้น ซึ่งไม่พบในการศึกษานี้ เนื่องจากยาบางตัวถูกตัดออกจากบัญชียาหลักแห่งชาติไปแล้ว เช่น ยารักษาโรคเบาหวานกลุ่ม long acting sulfonylureas (glibenclamide) ยากลุ่มนี้ถูกตัดออกจากบัญชียาของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์แล้วเมื่อปี พ.ศ. 2559 เนื่องจากเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug) ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ (hypoglycemia) ได้บ่อย ในขณะที่ยา alprazolam ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม benzodiazepine ยานี้ถูกตัดออกจากบัญชียาโรงพยาบาลแล้วเช่นกันเมื่อปี พ.ศ. 2560, ยาในกลุ่ม benzodiazepines อื่น ๆ เช่น lorazepam, diazepam หรือ clonazepam ก็เป็นยาที่แพทย์พึงระวังในการจ่ายในผู้สูงอายุ เนื่องจากร่างกายผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อยากลุ่มนี้ไวขึ้นและร่างกายขับออกได้ช้า อาจทำให้เกิดภาวะการทำงานของสมองเสื่อมถอยลง (cognitive impairment) เกิดอาการเพ้อ สับสน (delirium) เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (falling) เสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก (fracture) และอุบัติเหตุบนท้องถนน พบผู้สูงอายุที่ได้ยาแก้ปวดกลุ่ม non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) จำนวนทั้งหมด 9 คน แบ่งเป็นได้รับ naproxen 3 คน และ meloxicam 6 คน ซึ่งยากลุ่มนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลและเลือดออกในกระเพาะอาหาร เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคไตวาย ควรระมัดระวังในการจ่ายยากลุ่มนี้ในผู้สูงอายุและไม่ควรให้รับประทานติดต่อกันเป็นเวลานาน นอกจากนี้ยังพบผู้สูงอายุที่ได้รับรายการยาไม่เหมาะสมที่

เกิดจากคู่ยาที่เกิดอันตรกิริยากัน (drug interaction) จำนวน 7 คน แบ่งเป็นการจ่ายยา NSAIDs คู่กับ NSAIDs 2 คน, NSAIDs คู่กับ steroid drug 3 คน, anticholinergic drug คู่กับ anticholinergic drug 2 คน พบผู้สูงอายุที่ได้รับยาเกินขนาด ไม่ได้ปรับลดยาตามค่าการทำงานของไตจำนวน 2 คน คือยา colchicine 1 คน และ tramadol 1 คน พบผู้สูงอายุ 1 คน ได้รับยากลุ่ม proton pump inhibitor คือยา omeprazole เป็นเวลานานมากกว่า 8 สัปดาห์โดยไม่มีข้อบ่งชี้ในการให้ ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรีย *Clostridium difficile*. ที่กระเพาะอาหารและเกิดโรคกระดูกพรุน (osteoporosis)

ในปัจจุบันประเทศไทยมีแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use) ที่จัดทำขึ้นในปี พ.ศ. 2558 โดยคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล¹⁵ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และประชาชนให้เป็นไปอย่างสมเหตุผล ถูกต้อง และคุ้มค่า เกิดความตระหนักถึงปัญหาการใช้ยาและสร้างระบบในการบริหารจัดการด้านยาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ในขณะที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ก็มีการออกคู่มือการเรียนการสอนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปี พ.ศ.2560¹⁶ โดยมีข้อแนะนำการใช้ยาในผู้สูงอายุ เช่น ในการรักษาโรคในผู้สูงอายุควรพิจารณาถึงความจำเป็นในการใช้ยาและควรพิจารณาการรักษาที่ไม่ต้องใช้ยา (non-pharmacological treatment) ก่อนเสมอ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงกลุ่มยาที่ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้สูงอายุ เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น first-generation antihistamine , benzodiazepines (short, Intermediate and long-acting), skeletal muscle relaxant เป็นต้น ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่คล้ายคลึงกับ AGS 2019 Beer criteria ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ เมื่อเริ่มสั่งจ่ายยาควรเริ่มในขนาดที่ต่ำและปรับยาอย่างช้า ๆ และระมัดระวังขนาดการใช้ยาในผู้ที่มีโรคไตวายเรื้อรัง ผู้สูงอายุมักมี

ปัญหาการรับรู้และความจำจึงควรเลือกยาให้มีรูปแบบและวิธีการบริหารยาที่ง่ายต่อการใช้ เช่น ลดจำนวนการใช้ยา ลดความถี่ในการบริหาร รวมถึงมีการเขียนคำสั่งวิธีการใช้ยาให้ชัดเจนและเข้าใจง่าย ซึ่งให้เหตุผลสอดคล้องกับงานวิจัยนี้คือการใช้จำนวนยาที่มากขึ้น (polypharmacy) เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาไม่เหมาะสมนำมาซึ่งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาตามมา เช่น การพลัดตกหกล้ม การเกิดอาการแพ้สับสน การเกิดไตวายฉับพลัน การมีเลือดออกทางเดินอาหาร เป็นต้น ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรมีความระมัดระวังในการจ่ายยาให้ผู้สูงอายุในแต่ละครั้ง และควรสั่งจ่ายยาเท่าที่จำเป็น

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ จำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ต่างแผนกจากสถานพยาบาลอื่น ๆ หรือซื้อเองตามนอกสถานพยาบาล จะไม่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้จำนวนรายการยาที่ไม่เหมาะสมที่ผู้สูงอายุได้รับอาจน้อยกว่าความเป็นจริง จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับยาไม่เหมาะสมในงานวิจัยนี้พบร้อยละ 24.5 เปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่นซึ่งพบอยู่ที่ร้อยละ 45.2–64.9^{9,11,12,13,14} การศึกษาในอนาคตจึงอาจพิจารณาเก็บข้อมูลในเชิงรุกโดยการลงพื้นที่สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ แทนการเก็บข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์เพียงอย่างเดียว และการศึกษาในครั้งหน้าอาจนำเกณฑ์การประเมินรายการยาที่ไม่เหมาะสมอื่น ๆ มาพิจารณาร่วมด้วย เช่น STOPP criteria, Thai RDU hospital manual, MAI criteria เป็นต้น อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีจุดเด่น คือเป็นงานวิจัยที่ยังไม่มีการทำมาก่อนในจังหวัด และในภาคเดียวกัน สามารถนำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ได้ไปใช้ในการปรับปรุงการบริการได้จริง เช่น การจัดการอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

สรุปผล

ความชุกของการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ของ AGS 2019 Beers criteria ของผู้สูงอายุที่มารับการตรวจรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและแผนกผู้ป่วยนอกอายุกรรมทั่วไป โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เท่ากับร้อยละ 24.5 โดยการได้รับยาตั้งแต่ 5 รายการยาขึ้นไปและการมีประวัติแพ้ยา มีความสัมพันธ์กับการได้รับยาที่ไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มยาที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือกลุ่มยาลดความดันโลหิต กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และกลุ่มยาแก้ปวดแก้อักเสบ รายการยาที่พบมากที่สุดคือยา orphenadrine รองลงมา

คือ meloxicam, hydroxyzine และ lorazepam ยาที่พบส่วนใหญ่เป็นยาที่สามารถออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง บ่อยๆ ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนโรคที่เป็น ดัชนีมวลกาย และค่าการทำงานของไต (creatinine) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับรายการยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามควรมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับยาที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุให้แก่แพทย์เพื่อให้แพทย์มีการจ่ายยาอย่างระมัดระวังและทำให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยในการใช้ยามากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. The United Nations Department of Economic and Social Affairs. World population aging 2019. New York: United Nations; 2020:14-21.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2557.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
4. รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ. นครปฐม: สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
5. Viktil KK, Blix HS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. BJCP 2007;63(2):187-195.
6. Budnitz DS, Lovegrove MC, Shehab N, Richards CL. Emergency hospitalizations for adverse drug events in older Americans. NEJM 2011;365(21):2002-2012.
7. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2019;67(4):674-694.
8. Shah BM, Hajjar ER. Polypharmacy, adverse drug reactions, and geriatric syndromes. Clin Geriatr Med 2012;28(2):173-186.
9. วรรณญา บัวขวัญ, สุราทิพย์ พิษณุไพบูลย์. รายการยาที่ไม่เหมาะสมที่ผู้สูงอายุใช้ในบ้านพักคนชรา. วารสารเภสัชกรรมไทยคณะเภสัชศาสตร์ 2558;1:3-14.
10. Awad A, Hanna O, Dijk LV. Potentially inappropriate medication use among geriatric patients in primary care setting. PLOS ONE 2019;14(6):e0218174.
11. Juan AL, Eloisa RB, Mercedes AP, Fernando LV, Victoria PS, Francisca LF, et al. Potentially inappropriate prescriptions according to explicit and implicit criteria in patients with multimorbidity and polypharmacy. PLOS ONE 2020;15(8):e0237186.
12. Alhawassi TM, Alatawi WA, Alwhaibi M. Prevalence of potentially inappropriate medications use among older adults and risk factors using the 2015 American Geriatrics Society Beers criteria. BMC Geriatr 2019;19:154.
13. Baldoni Ade O, Ayres LR, Martinez EZ, Dewulf Nde L, Dos Santos V, Pereira LR. Factors associated with potentially inappropriate medications use by the elderly according to Beers criteria 2003 and 2012. Int J Clin Pharm 2014;36(2):316-324.
14. Zeenny R, Wakim S, Kuyumjian Y. Potentially inappropriate medications use in community-based aged patients: a cross-sectional study using 2012 Beers criteria. Clin Interv Aging 2017;12:65-73.
15. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital Manual). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลศูนย์สมทบการเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
16. คณะทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการเรียนการสอนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. นนทบุรี:สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข; 2560

นิพนธ์ต้นฉบับ

อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีบาดแผลสดเกรด 1 จากอุบัติเหตุ หลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

Received: April 16, 2021; Revised: May 24, 2021; Accepted: August 28, 2021

พว.อัจฉราณี สังชนะ*
 พว.อนิสา อรัญศิริ
 พว.ภณิกาญจน์ พุทธิรักษา
 พว.เบญจา นิ่มนวล
 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
 โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา*
 *Corresponding Author E-mail:
 atcharanee@gmail.com

บทคัดย่อ

ที่มา: ปัญหาการใช้ยาที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ก่อให้เกิดอันตรายจากการใช้ยา สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และนำไปสู่ปัญหาการดื้อยาที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะบาดแผลสดจากอุบัติเหตุเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในท้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และมีการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุในผู้ป่วยที่มีบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ แผลเกรด 1 กึ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ของโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาไปข้างหน้า (Prospective observational study) ในช่วงเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2563 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์จนกว่าจะครบ เครื่องมือที่ใช้ เป็นแนวปฏิบัติการดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ แบบเก็บข้อมูล Case Record Form และใบนัดพร้อมคำแนะนำ มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดย สัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัย ให้การรักษาบาดแผลตามแนวปฏิบัติ นัดหมายทำแผลที่โรงพยาบาลบางคล้า จนแผลหาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 299 คน ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ พบว่าอัตราการติดเชื้อของบาดแผลร้อยละ 0 ซึ่งมาจากการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่วางไว้ มีการดูแลบาดแผลก่อนทำหัตถการเป็นอย่างดี มีการให้คำแนะนำการดูแลบาดแผลที่บ้าน นัดหมายทำแผลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเพื่อประเมินและติดตามการติดเชื้อของบาดแผล จนแผลหายได้ทุกราย

สรุป: ผู้ป่วยที่มีบาดแผลสดเกรด 1 จากอุบัติเหตุ ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ไม่พบการติดเชื้อที่บาดแผล สามารถทำให้บุคลากรมั่นใจในการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดการใช้ยาปฏิชีวนะลงได้

คำสำคัญ: อัตราการติดเชื้อ, แนวปฏิบัติการดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ, แผลเกรด 1 กึ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน

ORIGINAL ARTICLE

Infectious Rate of Fresh Traumatic Wounds Class I after Following the Implementation of the Guidelines for Fresh Traumatic Wounds at Bangkhla Hospital, Chachoengsao Province

Received: April 16, 2021; **Revised:** May 24, 2021; **Accepted:** August 28, 2021

Abstract

Objective: The purpose of this research was to explore the effectiveness of practice guidelines for patients with Class I fresh traumatic wounds defined as clean-contaminated wounds that did not receive antibiotics for infection at Bangkhla Hospital, Chachoengsao Province.

Design: This study is a prospective observational study.

Materials and Methods: The samples were Class I fresh traumatic wounds defined as clean-contaminated wounds that did not receive antibiotics for the prevention of infection. All participants were patients who received treatment in the Emergency Room, Bangkhla Hospital between October 2018 and September 2020. Selective a sample group were formed by purposive selection according to the criteria until complete. The practice guidelines were used for determining fresh traumatic wounds. The case record forms and the appointment letters with comprehensible instructions were employed for all samples. The content validity index was 1. Data was collected by Interview for basic information in research studies. Wound care was provided according to the practice guidelines. Appointments for wound dressing were provided at Bangkhla Hospital until the wound was healed. The data were analyzed by statistical analysis reported as mean, standard deviation, and percentage.

Results: Two hundred ninety-nine samples treated following the practice guidelines showed a 0% infection rate because the guidelines were intensely followed. The wound was well cared before wound dressing or suturing. Wound care at home was provided and was monitored by wound dressing appointments at the hospital for all participants.

Conclusion: Patients with Class I fresh traumatic wounds received care due to the practice guidelines. No wound infection was found. This may infer that the hospital's personnel should comply with guidelines strictly. Following the wound care guidelines for fresh traumatic wounds provides safety for patients and can reduce the use of antibiotics.

Keywords: Infection Rate, Practice Guideline for Fresh Traumatic Wounds, Class I: Clean-contaminated Wounds

Atcharanee Sungsanah, RN.

Anisa Arunkeeree, RN.

Phanikarn Phuttharaksa, RN.

Benja Nimnaul, RN.

Emergency Department,

Bangkhla Hospital, Chachoengsao*

***Corresponding Author E-mail:**

atcharanee@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use : RDU) ได้ถูกกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จากปัญหาการใช้ยาที่มากเกินไปจนก่อให้เกิดอันตรายจากการใช้ยา สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย และนำไปสู่ปัญหาการดื้อยาที่เพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ให้คำจำกัดความของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไว้ว่า ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดสำหรับผู้ป่วยและชุมชน¹ ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญและมีการดำเนินการสอดคล้องกับ WHO อย่างเป็นรูปธรรมมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559² โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) วางนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 – 2564 ในยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบและกลไกเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการดำเนินงานเป็นระบบงานปกติ สำหรับห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปัญหาสำคัญของผู้รับบริการส่วนใหญ่ คือกลุ่มบาดแผลสดที่เกิดจากอุบัติเหตุ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดที่ 8 ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุให้เหลือน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 และได้กำหนดความหมายของบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ว่าหมายถึง บาดแผลที่เกิดขึ้นภายในเวลาไม่เกิน 6 ชั่วโมง³

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีความมุ่งมั่นในการลดการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข เช่นกัน ซึ่งแต่เดิมจะมีการให้ยาปฏิชีวนะทุกรายในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ โดยเฉพาะผู้ที่ต้องทำหัตถการเย็บ

แผล จากการศึกษาของ อริรัฐ บุญญาศิริและคณะ เรื่อง Antibiotics Smart Use ในโรงเรียนแพทย์พบว่า โรงพยาบาลศิริราชมีการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาแผลสดมากถึงร้อยละ 90 แต่พบว่า ผู้บาดเจ็บที่ติดเชื้อมีโอกาสก่อโรคมะเร็งร้อยละ 7 และพบผู้บาดเจ็บที่ติดเชื้อมากจากแผลเพียง 4 ราย จาก 330 ราย³ ดังนั้นการใช้ยาปฏิชีวนะ จึงไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวที่ทำให้แผลไม่ติดเชื้อ การดูแลทำความสะอาดแผลอย่างดี อาจเป็นปัจจัยหนึ่งช่วยลดการติดเชื้อได้ด้วยเช่นกัน³ ดังนั้น งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงได้ศึกษาแนวทางปฏิบัติในการดูแลบาดแผลจากสถาบันการแพทย์ที่น่าเชื่อถือและนำมาปรับใช้ตามบริบทของหน่วยงาน ซึ่งบาดแผลสดจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่ที่พบ เกิดจากสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่นำเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า จึงได้ทบทวนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2559 (QSMI Guideline for Post-Exposure Rabies Treatment)^{4,5} ของสถานเสาวภา สภากาชาดไทย และเน้นการป้องกันและจัดการการเกิดการติดเชื้อของบาดแผลขององค์การอนามัยโลก⁶ รวมทั้งในประเทศไทยก็มีการจัดทำคู่มือการควบคุมและป้องกันเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล โดยโครงการการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ⁷ ได้มีการจัดทำแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยนอกที่มีบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (แผลเกิดภายใน 6 ชั่วโมงก่อนการรักษา) ไว้เป็นแนวทางให้โรงพยาบาลปฏิบัติตาม นอกจากนี้ยังมีแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับผู้ใหญ่ที่มีบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลศิริราช โดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและคณะ⁸ ซึ่งมีการแบ่งบาดแผลสดจากอุบัติเหตุเป็น 2 กลุ่ม โดยพิจารณาจากการใช้ยาปฏิชีวนะและไม่ใช้ยาปฏิชีวนะ โดยมีการระบุการปนเปื้อนของสิ่งสกปรก และมีการระบุลักษณะของบาดแผลในแต่ละกลุ่ม ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูของบาดแผล ในกลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ แผลเกรด 1 กิ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน (Class I : Clean-contaminated wound) ซึ่งมี

ลักษณะของบาดแผลต้องครอบคลุมดังนี้ แผลขอบเรียบ ทำความสะอาดได้ง่าย ไม่ลึกถึงกล้ามเนื้อ กระดูกและเส้นเอ็น ไม่มีเนื้อตาย ไม่ปนเปื้อน อุจจาระ ปัสสาวะ น้ำลาย สิ่งสกปรก น้ำสกปรก หรืออาหาร และไม่ได้เกิดจากคนหรือสัตว์กัด และกลุ่มที่ควรได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ แผลเกรด 2 กิ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน (Class II : Clean-contaminated wound) และมีลักษณะอย่างน้อย 1 ข้อ ในขอบเขตต่อไปนี้ ได้แก่ แผลขอบไม่เรียบ ลึกถึงกล้ามเนื้อ กระดูกและเส้นเอ็น มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง อายุมากกว่า 65 ปี เป็นโรคเบาหวาน ตับแข็ง โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย มะเร็ง ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน และอีกกลุ่มหนึ่งได้แก่ แผลปนเปื้อน (Class III : Contaminated wound) มีลักษณะอย่างน้อย 1 ข้อ ในขอบเขตต่อไปนี้ ได้แก่ แผลคนหรือสัตว์กัด แผลมีเนื้อตายบริเวณกว้าง แผลปนเปื้อนมากจาก อุจจาระ ปัสสาวะ น้ำลาย สิ่งสกปรก น้ำสกปรก หรืออาหาร แผลมีสิ่งแปลกปลอมที่ไม่สามารถเอาออกได้หมด และยังมีโรงพยาบาลอีกหลายแห่งที่ใช้ลักษณะเดียวกัน เช่น โรงพยาบาลมหาสารคาม⁹ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร¹⁰ ซึ่งโรงพยาบาลบางลำไยได้นำมา กำหนดเป็น “แนวปฏิบัติการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาแผลสดจากอุบัติเหตุ” ของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางลำไย และงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้มาตั้งแต่ปี 2560 และมีการศึกษาผลการดำเนินงานพบว่า มีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 71.12 และยังมี การใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลกลุ่มนี้อยู่ถึงร้อยละ 82.29 ¹¹ ซึ่งมาจากความกังวลใจ ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ดังนั้นจึงมีการประชุมทำความเข้าใจระหว่างทีมบุคลากรที่ปฏิบัติงานทั้งหมด และถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในการดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุในทุกประเภทตามหลักการดูแลบาดแผล โดยเฉพาะแผลเกรด 1 กิ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน ซึ่งเป็นบาดแผลที่ไม่ต้องให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ มีการพิจารณา ลักษณะบาดแผลตามแนวปฏิบัติ ประเมินบาดแผลด้วยการซักประวัติถึงกลไกการเกิดบาดแผล มีการตรวจบาดแผล ขนาดและการสัมผัสสิ่งปนเปื้อน ระยะเวลาตั้งแต่เกิดบาดแผลจนมาถึงโรงพยาบาล และให้การดูแลบาดแผลตามหลักวิชาการที่กำหนด

ในแนวปฏิบัติ พร้อมให้คำแนะนำการดูแลบาดแผลหลังการรักษา มีการติดตามดูแลบาดแผลที่โรงพยาบาลจนกระทั่งบาดแผลหาย หรือได้รับการตัดไหมและแผลแห้งติดสนิท เพื่อติดตามอัตราการติดเชื้อของบาดแผลประเภทนี้หลังการได้รับการรักษา ทั้งนี้เป็นการตรวจสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้นใช้ และสามารถนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงแนวปฏิบัติการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาแผลสดจากอุบัติเหตุของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางลำไยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุของโรงพยาบาลบางลำไย ในผู้ป่วยที่มีแผลเกรด 1 กิ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน (Class I : Clean-contaminated wound) ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ที่มารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางลำไย จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

หลังการใช้การดูแลบาดแผลตามแนวปฏิบัติการดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุของโรงพยาบาลบางลำไย ไม่พบการติดเชื้อในแผลเกรด 1 กิ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน (Class I : Clean-contaminated wound)

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ทำการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (Prospective observational study) โดยให้การรักษาดูแลบาดแผลตามแนวปฏิบัติการดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ นัดหมายการทำแผลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางลำไย จนแผลหาย เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบเก็บข้อมูล Case Record Form เพื่อการติดตามดูการติดเชื้อที่แผล โดยพิจารณาบาดแผลทุกครั้งเมื่อกลุ่มตัวอย่างมาทำแผลที่โรงพยาบาล ว่าแผลแห้งหายดี หรือตัดไหมแล้วแผลติดสนิท

ประชากรและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีบาดแผลสดจากอุบัติเหตุที่เข้ามารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางคล้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ แผลเกรด 1 กึ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน (Class I : Clean-contaminated wound) ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ที่เข้ามารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางคล้า ระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2563 การหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน¹² โดยหาได้จาก ขนาดประชากรตามเกณฑ์ที่ต้องการศึกษาในช่วงเวลาเดียวกันคือ ระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2561 จากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ในระบบ HOSxP ของโรงพยาบาล บางคล้า ได้จำนวน 1,193 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ประชากร 1,200 คน เท่ากับ 291 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ดังนี้

โดยอาศัยเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาบาดแผลสดจากอุบัติเหตุภายใน 6 ชั่วโมงก่อนการรักษา ที่มีแผลเกรด 1 กึ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน (Class I : Clean-contaminated wound) ที่ไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางคล้า
2. มีอายุตั้งแต่ 1 เดือนถึง 65 ปี
3. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตาม ICD 10 ตามตัวชี้วัดที่ระบุเป็น Open Wound ตามส่วนต่างๆ ของร่างกายในรหัส S ที่ไม่ลึกถึงกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก ได้แก่ ICD-10 S00-S01, S05, S07-S11, S16-S21, S29-S31, S39-S41, S59-S61, S69-S71, S79-S81, S89-S91, S99

4. เป็นผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองโดยมีการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและให้ผู้ปกครองเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดังต่อไปนี้ โรคเบาหวาน โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคโลหิตจาง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ โรคมะเร็ง ผู้ที่ใช้ยาสเตียรอยด์หรือยากดภูมิคุ้มกัน ตามแนวทางการรักษาบาดแผลอุบัติเหตุของสถานเสาวภา สภากาชาดไทย และตามเกณฑ์ของ U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
2. ผู้ป่วยที่เป็นบาดแผลที่เกิดจากสัตว์กัด
3. ผู้ที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น
4. ผู้ป่วยที่ไปซื้อยาปฏิชีวนะรับประทานเอง
5. ผู้ป่วยที่มาทำแผลตามนัดหมายที่โรงพยาบาลบางคล้าไม่ต่อเนื่อง

เครื่องมือและวิธีการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

แนวปฏิบัติการดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ผู้วิจัยได้ศึกษาความรู้จากแหล่งข้อมูลในการดูแลบาดแผล แนวปฏิบัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และมาตรฐานวิชาชีพ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ และจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลบางคล้า ที่มุ่งเน้นให้มีการทำความสะอาดบาดแผล เพื่อขจัดการปนเปื้อนสิ่งแปลกปลอมที่มากับบาดแผล ลดการติดเชื้อของแผล เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดการหายของแผลที่เร็วขึ้น

โดยไม่เกิดการติดเชื้อ ได้แก่ การล้างแผลสดในวันแรก การเย็บและตกแต่งบาดแผล (Debridement & Suture) การทำแผลแบบแห้ง (Dry Dressing) และการทำแผลแบบเปียก (Wet Dressing) ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่กลุ่มตัวอย่าง

แบบเก็บข้อมูล (Case Record Form) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยใช้เพื่อการจัดทำแบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ข้อมูลการบาดเจ็บ ได้แก่ ระยะเวลาก่อนมารับการรักษา (นาฬิกา) ชนิดของบาดแผล (บาดแผลฉีกขาด, บาดแผลถลอก) ตำแหน่งของบาดแผล (ศีรษะ, ใบหน้า, ช่องปาก, มือ, แขน, ขา, เท้า, ทรวงอกและหลัง, ท้อง, อื่น ๆ) ขนาดของบาดแผล (เซนติเมตร) การปนเปื้อนของบาดแผล (ไม่ปนเปื้อน, ดิน, น้ำตามแหล่งน้ำธรรมชาติ, น้ำสะอาด, อื่นๆ) การดูแลบาดแผล (การเย็บแผล, การล้างแผล) และข้อมูลการติดเชื้อของบาดแผล ได้แก่ แผลติดเชื้อ (พบอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ อาการปวด บวม แดง ร้อน หรือแผลมีหนอง หรือผล Gram Stain จากบาดแผลพบเชื้อแกรมบวกหรือแกรมลบ) แผลไม่ติดเชื้อ การรักษาหลังมีการติดเชื้อ ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการรวบรวมข้อมูล

ในนัดหมายการทำแผล ผู้วิจัยออกแบบจากแบบเก็บข้อมูล Case Record Form ในส่วนที่ต้องติดตามเรื่องการทำแผลประจำวัน การประเมินบาดแผล ประเมินการติดเชื้อในทุกวันที่กลุ่มตัวอย่างมาทำแผลต่อเรื่องที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล บางคล้า และเพื่อใช้ประโยชน์ในการสื่อสารข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้อง และจะมีคำแนะนำการดูแลบาดแผลที่บ้านในตอนท้าย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถใช้เพื่อศึกษาข้อมูลความรู้เพิ่มเติมจากคำแนะนำที่ให้ เพื่อการดูแลบาดแผลด้วยตนเองต่อเรื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้องจนแผลหาย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกชิ้นที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม ให้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เครื่องมือทั้งหมดเท่ากับ 1 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำเครื่องมือเข้าที่ประชุมงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ชี้แจงการดำเนินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ นำไปใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยที่มีบาดแผลสดจากอุบัติเหตุจำนวน 20 ราย ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 และนำมาแก้ไขส่วนที่ขาดและบางส่วนไม่ชัดเจนในเรื่องคำแนะนำการดูแลบาดแผลที่บ้านอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักการพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย (เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่อาสาสมัคร/Participant Information Sheet) ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง และความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย/Consent Form) กรณีผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี เข้าพบผู้ปกครองหรือนัดพบในวันต่อไปที่มาทำแผลตามนัดหมาย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยรวบรวมตลอดเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการดูแลรักษาในช่วงเวลาที่มาทำแผล เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการทำวิจัย ข้อมูลวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยได้รับการพิจารณา

เห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่โครงการวิจัย PH_CCO_REC 003/2562

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับบาดแผลของกลุ่ม ตัวอย่าง

ตอนที่ 3 อัตราการติดเชื้อของบาดแผลสดจาก อุบัติเหตุ ในผู้ป่วยที่มีแผลเกรด 1 กึ่งสะอาดกึ่ง ปนเปื้อน (Class I : Clean-contaminated wound) และไม่ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อ

• ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้สามารถรวบรวม กลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 300 คน แต่เมื่อ ดำเนินการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่าง 1 คน ไม่ปฏิบัติตาม คำแนะนำ มาทำแผลตามนัดไม่ต่อเนื่อง แผลเปื่อยกน้ำ จึงพิจารณาตัดออกตามเกณฑ์ การแยกออกจากการวิจัย ดังนั้นจึงเหลือกลุ่ม ตัวอย่าง 299 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 69.10 มีอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 64 ปี (= 25.24, S.D = 19.25) โดยกลุ่มอายุที่มีมากที่สุดคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี ร้อยละ 23.40 รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 13 - 24 ปี ร้อยละ 17.10 และ 49 - 60 ปี ร้อยละ 16.70, ส่วนใหญ่ร้อยละ 95.30 ไม่มีโรคประจำตัว, ร้อยละ 3.70 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.00 เป็นโรคหอบหืด ดังตารางที่ 1

• ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับบาดแผลของกลุ่ม ตัวอย่าง และการได้รับการดูแลรักษา

กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาการเดินทางตั้งแต่เกิดบาดแผลถึงมาโรงพยาบาล 5 - 360 นาที (= 41.87, S.D. = 54.03) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 94.00 จะมาโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 นาที ชนิดของบาดแผล เป็น แผลฉีกขาด ร้อยละ 82.90 ตำแหน่งของบาดแผล เกิดที่ใบหน้ามากที่สุด ร้อยละ 32.80 รองลงมา ได้แก่ ที่มือ ร้อยละ 18.40 ที่ศีรษะร้อยละ 17.10

ขนาดของบาดแผลมีตั้งแต่ 0.2 - 14 เซนติเมตร (= 2.78, S.D. = 2.39) โดยมีขนาดน้อยกว่าหรือ เท่ากับ 2 เซนติเมตร มากที่สุด ร้อยละ 59.70 ส่วนใหญ่เป็นบาดแผลไม่ปนเปื้อน ร้อยละ 95.30 ส่วนบาดแผลที่มีการปนเปื้อนดิน อื่น ๆ สามารถ จัดสิ่งปนเปื้อนออกได้ง่าย ดังตารางที่ 2

จากตารางที่ 3 พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.90 กลุ่มตัวอย่างได้รับการทำ ทดถการเย็บแผล ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 82.90 จะได้รับการล้างทำความสะอาดบาดแผลแบบ แห้ง จำนวนวันที่กลุ่มตัวอย่างมาทำแผลที่โรง พยาบาลมีตั้งแต่ 3 วัน ถึง 15 วัน (= 6.30, S.D. = 1.76) โดยพบว่าจำนวนวันที่มาทำ แผลระหว่าง 3-5 วัน มากที่สุด ร้อยละ 50.80

• ตอนที่ 3 อัตราการติดเชื้อของบาดแผลสด จากอุบัติเหตุ ในผู้ป่วยที่มีแผลเกรด 1 กึ่ง สะอาดกึ่งปนเปื้อน (Class I : Clean-contaminated wound) และไม่ได้รับยา ปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

หลังการได้รับการดูแลรักษา พบว่า บาดแผลของกลุ่มตัวอย่างไม่มีการติดเชื้อ อัตราการติดเชื้อของบาดแผลเท่ากับร้อยละ 0 ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

จากผลการวิจัย พบว่า ไม่พบการ ติดเชื้อของบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ในผู้ป่วย แผลเกรด 1 กึ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน (Class I : Clean-contaminated wound) และไม่ได้รับ ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ที่มารับการ รักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล บางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จากอุบัติการณ์ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างที่มีลักษณะตามข้อบ่งชี้เท่านั้นที่ได้เข้าร่วม ในการวิจัย ซึ่งมีลักษณะบาดแผลสดที่เกิดจาก อุบัติเหตุที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการ ป้องกันการติดเชื้อของแผล ซึ่งสอดคล้องกับการ ศึกษาของ Sirijatuphat R., Choochan T., Siritongtaworn P., Sripojtham V., and Thamlikitkul V.¹³ ที่ใช้แนวปฏิบัติในการใช้ยา ปฏิชีวนะในการดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ซึ่งระบุถึงผู้ป่วยที่มีบาดแผลสด แผลเกรด 1 กึ่ง สะอาดกึ่งปนเปื้อน ไม่จำเป็นต้องใช้ยา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 299)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	209	69.90
หญิง	90	30.10
อายุ $\bar{X} = 25.24$ ปี S.D. = 19.25 ปี Min = 6 เดือน Max = 64 ปี		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี	70	23.40
7 - 12 ปี	41	13.70
13 - 24 ปี	51	17.10
25 - 36 ปี	45	15.10
37 - 48 ปี	37	12.30
49 - 60 ปี	50	16.70
61 ปีขึ้นไป	5	1.70
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	285	95.30
โรคความดันโลหิตสูง	11	3.70
โรคหอบหืด	3	1.00
รวม	299	100.00

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะของบาดแผล (n = 299)

ลักษณะของบาดแผล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาตั้งแต่เกิดบาดแผลจนมาถึงมาโรงพยาบาล		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 นาที	281	94.00
61 - 120 นาที	6	2.00
121 - 180 นาที	4	1.30
181 - 240 นาที	2	.70
241 - 300 นาที	0	0.00
301 - 360 นาที	6	2.00
$\bar{X} = 41.87$ นาที S.D. = 54.03 นาที Min = 5 นาที Max = 360 นาที		
ชนิดของบาดแผล		
แผลฉีกขาด	248	82.90
แผลถลอก	39	13.10
แผลถลอกและแผลฉีกขาด	12	4.00
ตำแหน่งของบาดแผล		
ใบหน้า	98	32.80
มือ	55	18.40
ศีรษะ	51	17.10
เท้า	35	11.70
ขา	33	11.00
มากกว่า 1 ตำแหน่ง	13	4.30
แขน	12	4.00
ช่องปาก	2	.70
ขนาดของบาดแผล		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร	179	59.70
2.1 - 4 เซนติเมตร	75	25.10
4.1 - 6 เซนติเมตร	25	8.40
6.1 - 8 เซนติเมตร	8	2.70
8.1 - 10 เซนติเมตร	5	1.70
10.1 - 12 เซนติเมตร	2	.70
12.1 - 14 เซนติเมตร	5	1.70
$\bar{X} = 2.78$ เซนติเมตร S.D. = 2.39 เซนติเมตร Min = 0.2 เซนติเมตร Max = 14 เซนติเมตร		
การปนเปื้อน		
ไม่ปนเปื้อน	285	95.30
ดิน แต่สามารถขจัดออกได้ง่าย	12	4.00
อื่นๆ แต่สามารถขจัดออกได้ง่าย	2	.70
รวม	299	100.00

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับการดูแลรักษา (n = 299)

การได้รับการดูแลรักษา	จำนวน	ร้อยละ
การเย็บแผล		
เย็บแผล	260	86.90
ไม่เย็บแผล	39	13.10
การล้างแผล		
ทำความสะอาดแผลแบบแห้ง	248	82.90
ทำความสะอาดแผลแบบเปียก	39	13.10
ทำความสะอาดแผลแบบแห้งและเปียก	12	4.00
จำนวนวันที่มาทำแผลที่โรงพยาบาล		
3 – 5 วัน	152	50.80
6 – 8 วัน	135	45.20
9 – 11 วัน	4	1.30
12 – 14 วัน	5	1.70
15 วันขึ้นไป	3	1.00
$\bar{X} = 6.30$ วัน S.D. = 1.76 วัน Min = 3 วัน Max = 15 วัน		
รวม	299	100.00

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการติดเชื้อหลังการได้รับการดูแลรักษา (n = 299)

การติดเชื้อของบาดแผล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ติดเชื้อ	299	100.00
ติดเชื้อ	0	0.00
รวม	299	100.00

ปฏิชีวนะในการป้องกันการติดเชื้อ ทั้งนี้เป็นเพราะการปฏิบัติดูแลบาดแผลตามแนวปฏิบัติตั้งแต่แรกเป็นอย่างดี และกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลบาดแผลหลังได้รับการรักษาตามคำแนะนำ จะสามารถลดการติดเชื้อของแผลสดจากอุบัติเหตุได้ ซึ่งสอดคล้องตามการศึกษาของ อริรัฐ บุญญาศิริและคณะ.³ ที่ศึกษา Antibiotics Smart Use ในโรงเรียนแพทย์ ที่พบว่า การใช้ยาปฏิชีวนะไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวที่ทำให้แผลสดจากอุบัติเหตุไม่ติดเชื้อ เพราะการดูแลทำความสะอาดแผลอย่างดี อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บไม่ติดเชื้อได้เช่นกัน ดังนั้นจะเห็นถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ในการดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ แผลเกรด 1 ถึงสะอาดถึงปนเปื้อน ซึ่งสามารถลดการใช้ยาปฏิชีวนะได้ดี และทำให้ผู้ให้บริการเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติดังกล่าว มาใช้ในการดูแลบาดแผลชนิดนี้นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความตระหนักในปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถทำให้เกิดการอักเสบของบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ซึ่งต้องได้รับการซักประวัติให้

ครอบคลุม เพื่อนำไปพิจารณาให้ผู้รับบริการปฏิบัติได้แก่

1. ความสามารถในการดูแลบาดแผลหลังการเย็บแผล เช่น การมาทำแผลต่อเนื่องตามนัด ดูแลแผลไม่ให้เปื้อกน้ำ
2. พฤติกรรมก่อนเกิดบาดแผล เช่น การดื่มสุรา จากการศึกษาพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการหายของแผล และมีอุบัติการณ์ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อมากขึ้น มีการทบทวนเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในระยะสั้น จะส่งผลให้ร่างกายยับยั้งการปล่อยสารต้านการอักเสบ ซึ่งจะให้อัตราการติดเชื้อของแผลภายหลังการบาดเจ็บสูงขึ้น และมีความสัมพันธ์กับการลดลงของนิวโทรฟิลที่ช่วยในการยับยั้งการติดเชื้อโรคด้วย¹⁴

นอกจากนี้อาจมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น บาดแผลบริเวณมือ ลักษณะอาชีพ ผู้ป่วยที่มี

อาชีพรับจ้างทั่วไป ต้องทำงานในลักษณะของการใช้มือ นิ้วมือที่เป็นตำแหน่งที่เกิดบาดแผลทุกวัน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการอักเสบของแผลและการฟื้นฟูของแผลได้ หรืออายุที่มากขึ้นซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยมองเห็นโอกาสพัฒนาในการปรับแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ โดยมีการศึกษาค้นคว้าต่อไปถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดการหายของแผล หรือส่งผลให้เกิดการอักเสบของแผล เป็นต้น เพื่อนำไปใช้ในการชักประวัติเพิ่มเติมและมีการให้คำแนะนำการดูแลบาดแผลต่อเนื่องที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายภายหลังได้รับการรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

มีการทบทวนปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อของบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูของแผลเพื่อใช้ในการชักประวัติเพิ่มเติม และเป็นแนวทางในการพิจารณาการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

ควรปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีบาดแผลสดจากอุบัติเหตุโดยระบุข้อบ่งชี้ในเรื่องการให้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลตามประเภทให้ละเอียดมากขึ้น รวมถึงแนวทางในการให้คำแนะนำ การดูแลบาดแผลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยและญาติ ฝึกทักษะการประเมินบาดแผล พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อของบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูของแผลแก่ทีมการพยาบาล เพื่อให้การดูแลรักษาบาดแผลผู้ป่วยทุกรายได้อย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน อันจะช่วยส่งเสริมการหายของบาดแผล ช่วยลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น ลดอัตราการดื้อยาปฏิชีวนะได้มากขึ้น

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาไปข้างหน้า สามารถติดตามผู้ป่วยได้ทุกราย ทำให้ไม่มี Missing Data

สรุป

อัตราการติดเชื้อของบาดแผลสดเกรด 1 จากอุบัติเหตุ เท่ากับร้อยละ 0 ในกลุ่มตัวอย่างที่มีแผลเกรด 1 กึ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อนและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เมื่อได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ดังนั้นโรงพยาบาลทุกแห่งควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในลักษณะนี้ไว้เป็นแนวทางให้บุคลากรของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ปฏิบัติตามและควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการติดเชื้อที่บาดแผลสดจากอุบัติเหตุ แผลเกรด 1 กึ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน เป็นระยะ ๆ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลบางคล้า นายแพทย์อนุชา ฤทธิเดช ศัลยแพทย์ โรงพยาบาลพนมสารคาม นายแพทย์อภิวัฒน์ ยาประเสริฐ อายุรแพทย์ และดร.สมใจ นกดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าตึกศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลพุทธโสธร ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความสมบูรณ์ ความตรงของเนื้อหา ของเครื่องมือทุกชิ้นที่ใช้ในการวิจัยตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้ทำวิจัยมาโดยตลอด

ขอขอบคุณบุคลากรทุกคนของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบางคล้า ตลอดจน ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีบาดแผลสดที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ทุกคน ที่สนับสนุน ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ดิเรก ภาคกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางคล้า คุณศิริพร เจริญพร หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบางคล้า ที่สนับสนุนให้มีโอกาสทำการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components [Internet]. 2002 [cited 2018 Oct 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67438>
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการสาธารณสุข. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service plan: Rational Drug Use) [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/manual_service_plan_rdu_sept2016.pdf.
3. อริรัฐ บุญญาศิริและคณะ. Antibiotics Smart Use ในโรงเรียนแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.hsri_forum_v2_n4_jury2013.pdf.
4. QSMI Guideline for Pos-Exposure Rabies Treatment;c2016 [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 1]. Available from: <http://saovabha.redcross.or.th/download/2559/thailand%20Rabies-Free/QsmiGuidline2016.pdf>.
5. สถานเสาวภาสภากาชาดไทย. แนวทางการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.saovabha.com/download/vichargarn_guideline.pdf.
6. World Health Organization. Prevention and management of wound infection. Guidance from WHO's Department of Violence and injury Prevention and Disability and the Department of Essential Health Technologies [Internet]. [cited 2018 Oct 2]. Available from: https://www.who.int/hac/techguidance/tools/guidelines_prevention_and_management_wound_infection.pdf.
7. โครงการการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ. คู่มือการควบคุมและป้องกันแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/book2.pdf>.
8. Sirijatuphat R, Siritongtaworn P, Sripojtham V, Boonyasiri A, Thamlikitkul V. Bacterial contamination of fresh traumatic wounds at Trauma Center, Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand. J Med Assoc Thai 2014;97 [3 Suppl]: S20-S25.
9. ชุตินาครณ์ ไชยสงค์, พิริยา ตียากักดี, อนันตเดช วงศรียา และสุรศักดิ์ ไชยสงค์. ประเภทของบาดแผลและรูปแบบการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยอุบัติเหตุของโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2562;13(1):116-124 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5040/hsri-journal-v13n1-p116-124.pdf?sequence=1>
10. หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. COI:แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะในแผลสด [อินเทอร์เน็ต]. มปป [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/perdev/research_file_name/20170907143458_892892421.pptx
11. เมธีบุญญา พงษ์ไพโรจน์, เขมจิรา รัตนเสถียร, พัสสน พ่วงอ่าวทอง, วิศิษฐ์ แก้วพุด และราม รัชสินธุ์. การปฏิบัติตามแนวทางการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ โรงพยาบาลบางค้อ [วิทยานิพนธ์ปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า. 2560.
12. วัลลภ รัฐฉัตรานนท์. การหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย: มายาคติในการใช้สูตรของทาโรยามาเนและเครจซี่-มอร์แกน Determining an Appropriate Sample Size for Social Science Research: The Myth of using Taro Yamane and Krejcie & Morgan Method [อินเทอร์เน็ต]. มปป [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/kupsrj/article/download/236119/162075/>
13. Sirijatuphat R, Choochan T, Siritongtaworn P, Sripojtham V, Thamlikitkul V. Implementation of antibiotic use guidelines for fresh traumatic wound at Siriraj Hospital. J Med Assoc Thai 2015 Mar;98(3):245-252.
14. Szabo G, Mandrekar P. A recent perspective on alcohol, immunity, and host defense. Alcohol Clin Exp Res 2009 Feb;33(2):220-232. doi:10.1111/j.1530-0277.2008.00842.x. Epub 2008 Dec 2.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพัทลุง

Received: February 10, 2021; Revised: March 1, 2021; Accepted: June 15, 2021

พญ. นันทินี แก้วศรี *
แพทย์ประจำบ้าน เวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง
นพ. เชษฐพงศ์ สัจฉาผล
ว. เวชศาสตร์ครอบครัว
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง
พญ. พงศ์วิไล วิสัยพงษ์
ว. เวชศาสตร์ครอบครัว
นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
พญ. หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล
ว. เวชศาสตร์ครอบครัว ระบาดวิทยา
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
***Corresponding Author Email:**
vikkyan078@gmail.com

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญ: ปัจจุบันมีการใช้กัญชาในทางการแพทย์มากขึ้น และเป็นทางเลือกหนึ่งในการบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ ของโรคมะเร็ง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

ระเบียบการวิจัย: การวิจัยเชิงสังเกตแบบมีกลุ่มควบคุม (Case Control study) ในผู้ป่วยมะเร็งที่มารักษาในโรงพยาบาลจังหวัดพัทลุง โดยสุ่มผู้ป่วยที่ใช้กัญชา และไม่ใช้กัญชาในการรักษาโรคมะเร็งกลุ่มละ 188 คน รวม 376 คน

เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระยะเวลา 1 กันยายน 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเลือกตัวแปร ด้วยวิธีลดตัวแปร (Backward stepwise logistic regression analysis)

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยมะเร็งมีอายุเฉลี่ย 58.1 ปี (SD 11.7) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.05) กว่าครึ่งเป็นมะเร็งอวัยวะที่ไม่มีโพรง (ร้อยละ 59.04) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับกัญชา (p-value 0.021) ระดับความรุนแรงของมะเร็ง (p-value 0.012) การมีผู้แนะนำให้ใช้กัญชา (p-value <0.001) ผู้ตัดสินใจหลักในการรักษา (p-value <0.001) ชนิดของโรคมะเร็ง (p-value 0.002) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (p-value 0.002) ระดับการศึกษา (p-value 0.001) และผู้ดูแลหลัก (p-value <0.001)

สรุปผลการวิจัย: งานวิจัยนี้พบว่าการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น การศึกษา ความรู้เกี่ยวกับกัญชา รายได้ ชนิดและความรุนแรงของโรคมะเร็ง ปัจจัยด้านผู้ตัดสินใจรักษา ผู้ดูแลหลัก รวมถึงการได้รับคำแนะนำในการใช้จากผู้อื่น ดังนั้นการวางแผนเชิงนโยบายเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในอนาคตจึงควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย

คำสำคัญ: มะเร็ง, กัญชา, การใช้กัญชา

ORIGINAL ARTICLE

Factors Associated with Cannabis Use of Cancer Patients at the Outpatient Department Phatthalung Hospital

Received: February 10, 2021; **Revised:** March 1, 2021; **Accepted:** June 15, 2021

Abstract

Background: Using cannabis for medical purposes is increasing worldwide. Cannabis is an alternative treatment for relieving symptoms in cancer patients.

Objective: To study factors associated with cannabis use in cancer patients in an outpatient department

Method: The current study was a case-controlled study on cancer patients who visited the Patthalung Hospital. The study sampled 188 cases and 188 controls (total 376) and collected data using a questionnaire from 1 September 2020 through 28 December 2020. Descriptive statistics were frequencies, percentages, mean and standard deviation. Backward stepwise logistic regression analysis was employed to identify factors associated with using cannabis

Results: Patients' average age was 58.1 years (SD 11.7) and fifty percent were female. More than half of them had non solid organ cancer (59.04%) Factors associated with using cannabis were knowledge of cannabis (p-value 0.021), severity of cancer (p-value 0.012), cannabis suggestion from others (p-value <0.001), main decision-maker of treatment (p-value <0.001), type of cancer (p-value 0.002), education level (p-value 0.001), caregiver (p-value <0.001), and income per month (p-value 0.002).

Conclusion: Using cannabis in cancer patients depended on personal factors such as education, cannabis knowledge, income, type, and severity of cancer. Also, decision-makers of treatment, caregivers, and suggestions from others were related to using cannabis. These factors should be considered when planning medical cannabis policies in the future.

Keywords: cancer, cannabis, cannabis use

Nannitee Knewsee, MD*

Family Medicine Resident
Khuan Khanun Hospital*

Chettapong Satjapol, MD, MRCFPT

Khuan Khanun Hospital

Pongwilai Wilaipong, MD, MRCFPT

Hatyai Hospital

Hathaitip Tumviriyakul, MD, MRCFPT

Hatyai Hospital

***Corresponding Author Email:**

vikkyan078@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็งเพิ่มสูงขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเมเร็งรายใหม่จำนวนมากถึง 190,636 คน¹ ผู้ป่วยเมเร็งมักจะมีอาการปวดเรื้อรัง คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด และนอนไม่หลับ² จำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิดเพื่อบรรเทาอาการ เช่น ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (opioids) ยาลดการคลื่นไส้ อาเจียน ยากระตุ้นความอยากอาหาร และยานอนหลับ จึงอาจมีผลข้างเคียง เช่น อาการท้องผูกรุนแรง การพึ่งพายา การกดการหายใจและเสียชีวิตจากการใช้ยาโอปิออยด์เกินขนาด³ หลายทศวรรษที่ผ่านมา มีการค้นพบระบบ endocannabinoid system ที่รักษาความสมดุลและควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เมื่อสาร endocannabinoid จับที่ CB1 receptor ในระบบประสาทส่วนกลาง จะมีผลต่อการควบคุมความอึด ความเจ็บปวด ความจำ และเมื่อจับที่ CB2 receptor ในระบบภูมิคุ้มกัน จะมีผลควบคุมการหลั่ง cytokine ในระบบภูมิคุ้มกัน⁴ จากคุณสมบัติของกัญชาที่สามารถบรรเทาอาการของโรคเมเร็ง^{5,6} อีกทั้งมีคำแนะนำสนับสนุนให้มีความสามารถนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์^{7,8} ส่งผลให้เกิดความสนใจของประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ ในการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ประโยชน์ในผู้ป่วยเมเร็ง

กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย ได้รับความสนใจจากประชาชนทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์ นับตั้งแต่มีการประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ให้สามารถใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัย⁹ ถือเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งทางบวกและทางลบ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความปรารถนาที่จะใช้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ เกิดการแสวงหากัญชามา

รักษาตนเองและบอกต่อคนอื่น ๆ โดยไม่ได้อยู่ในการดูแลของแพทย์ อีกทั้งกัญชาที่ผู้ป่วยซื้อมาใช้ ไม่ได้ระบุส่วนประกอบที่แน่ชัด จึงอาจมีสารเจอปนโดยเฉพาะโลหะหนัก และไม่ทราบความเข้มข้นของสาร tetrahydrocannabinol (THC) และ cannabidiol (CBD) ที่ชัดเจน อีกทั้งไม่มีการติดตามประเมินผลข้างเคียงจากการใช้กัญชา ผู้ป่วยบางรายใช้เกินขนาดแล้วเกิดอาการรุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่สำรวจในต่างประเทศ โดยพบว่า เพศ ระดับการศึกษา ชนิดของเมเร็ง และผู้แนะนำให้ใช้กัญชา มีผลต่อการใช้กัญชาในผู้ป่วยเมเร็ง^{10,11} ซึ่งงานวิจัยเหล่านี้ อาจมีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้ป่วยในประเทศไทยได้ เนื่องจากมีความแตกต่างกันในหลาย ๆ ด้าน เช่น ลักษณะประชากร กฎหมายและบทลงโทษที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชา และพฤติกรรมการใช้กัญชาที่แตกต่างกัน อีกทั้งงานวิจัยที่สนใจเกี่ยวกับกัญชาในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อยและเป็นการสำรวจในกลุ่มนักโทษหรือนักวิชาการทางการแพทย์^{12,13,14} ยังไม่มีงานวิจัยใดสนใจศึกษาการใช้กัญชาในผู้ป่วย งานวิจัยชิ้นนี้จึงมุ่งเน้นค้นหาปัจจัยที่ผู้ป่วยเมเร็งเลือกใช้กัญชา ความรู้และทัศนคติเรื่องกัญชาในผู้ป่วยเมเร็ง เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยให้เป็นปัจจุบัน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาของผู้ป่วยเมเร็งในจังหวัดพัทลุง

นิยามศัพท์

ปัจจัย หมายถึง สาเหตุ หรือเหตุที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้กัญชาในการรักษาโรค ในงานวิจัยนี้ หมายถึง ปัจจัยด้านลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐานทาง

คลินิกของผู้ป่วย ปัจจัยด้านประสบการณ์การใช้กัญชา และปัจจัยด้านพฤติกรรมการใช้กัญชาที่ผู้ป่วยกำลังใช้กัญชาอยู่ในปัจจุบัน

ผู้ป่วยมะเร็ง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทุกชนิดและทุกระยะการดำเนินโรค ในจังหวัดพัทลุงที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพัทลุง

มะเร็งของอวัยวะที่ไม่มีโพรง เช่น มะเร็งตับ มะเร็งม้าม มะเร็งไต มะเร็งเต้านม

มะเร็งของอวัยวะที่มีโพรง เช่น มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งรังไข่

กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ในการแพทย์และการวิจัย ไม่ได้หมายถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอดดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น

การใช้กัญชา หมายถึง ณ วันที่ตอบแบบสอบถามกำลังใช้กัญชาอยู่

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์เชิงสังเกตแบบมีกลุ่มควบคุม (Case Control study) โดยสุ่มเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้กัญชา (Case) และผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ใช้กัญชา (Control) แบบ systematic sampling อย่างน้อย 2 คนต่อวัน จนครบ 376 คน ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2563 เมื่อได้ครบตามขนาดตัวอย่างที่ต้องการแล้ว จะยุติการเก็บแบบสอบถาม โดยมีนิยามของผู้ป่วยที่แยกประเภทเป็นกลุ่ม case คือเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทุกชนิดและทุกระยะการดำเนินโรคที่ ณ วันที่ตอบแบบสอบถามกำลังใช้กัญชาอยู่และกลุ่ม control เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทุกชนิดและทุกระยะการดำเนินโรคที่ ณ วันที่ตอบแบบสอบถามไม่ได้ใช้กัญชาอยู่หรือไม่เคยใช้กัญชามาก่อนเลย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การรับเข้าได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดและทุกระยะการดำเนินโรค ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัทลุง เกณฑ์การไม่รับเข้าคือผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และผู้ที่มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์

กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G-power program โดยใช้สูตร Logistic regression มาคิดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยพิจารณาจากปัจจัยการใช้กัญชาอ้างอิงจากการศึกษาของ Pergam SA และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้ปัจจัยอายุของผู้ป่วย ซึ่งมีสัดส่วนการใช้กัญชาที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบที่ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 376 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1: แบบวัดพฤติกรรมการใช้กัญชา ได้แก่ ประสบการณ์การใช้กัญชา การใช้กัญชาเพื่อความสนุกสนาน ผู้แนะนำให้ใช้กัญชา พฤติกรรมการใช้กัญชา อาการของโรคเมเร็งที่ใช้กัญชาเพื่อบรรเทา ผลจากการใช้กัญชา ผลข้างเคียงจากการใช้กัญชา แหล่งที่มาของกัญชา สาเหตุในการหยุดใช้กัญชา
- ส่วนที่ 2: แบบวัดประสบการณ์การใช้สารเสพติด ได้แก่ บุหรี่ สุรา หรือใช้สารเสพติดอื่น และแบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะพึ่งพาการใช้กัญชา เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับการใช้กัญชาในผู้ป่วย ว่าใช้มากเกินจากภาวะเพื่อการบรรเทาอาการของโรคเมเร็งหรือไม่ โดยแบ่งเป็นระดับต่ำ ปานกลาง สูง อ้างอิงจาก The cannabis use disorder identification test-revised (CUDIT-R) และ แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสร.) V.2

- ส่วนที่ 3: ความรู้เกี่ยวกับกัญชาที่ใช้ในการรักษาโรค มีข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ต่อการใช้กัญชา ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คะแนนเต็ม 12 คะแนน โดยวิธีของไลเคิร์ต (Likert, 1967)¹⁵ นำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลผลโดยใช้เกณฑ์ระดับค่าคะแนนเฉลี่ยอันตรภาคชั้น (Class Interval) ตามมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977, p. 174)¹⁶
- ส่วนที่ 4: ทักษะการติดต่อกัญชาต่อการรักษาโรค มีข้อคำถามเกี่ยวกับทักษะการติดต่อกัญชาประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คะแนนเต็ม 40 คะแนน โดยวิธีของไลเคิร์ต (Likert, 1967)¹⁵ นำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลผลโดยใช้เกณฑ์ระดับค่าคะแนนเฉลี่ยอันตรภาคชั้น (Class Interval) ตามมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977, p. 174)¹⁶
- ส่วนที่ 5: ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวอื่น ชนิดของโรคมะเร็งที่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ช่วงเวลาที่เริ่มใช้กัญชา ผู้ตัดสินใจหลักในการดูแล ผู้ดูแลหลัก และระดับความรุนแรงของมะเร็งในความคิดของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การบันทึกข้อมูลโดยโปรแกรม Epidata version 3.1 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรม Stata SE16 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกของผู้ป่วย ประสบการณ์การใช้กัญชา และ พฤติกรรมการใช้กัญชา ใช้สถิติเชิงพรรณนาเช่นการแจกแจง

ความถี่ และค่าร้อยละสำหรับข้อมูลรายกลุ่ม และข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกตินำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ส่วนข้อมูลต่อเนื่องที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ

วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่างการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งเบื้องต้น ด้วยสถิติ simple logistic regression ครึ่งละ 1 ตัวแปร และนำปัจจัยที่มีค่า P-value <0.2 เป็นการใช้อุดเริ่มต้นการตัดตัวแปร (threshold) ที่ต่ำเพื่อเลือกตัวแปรเข้ามาในมาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multiple logistic regression) อีกครั้ง โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (backward elimination) เพื่อให้ได้โมเดลที่ดีที่สุด (Backward Stepwise regression analysis) กำหนดค่า Likelihood ratio test (LR) นัยสำคัญที่ p value เท่ากับ 0.05 นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า OR คู่กับช่วงความเชื่อมั่น 95%

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดพัทลุง เลขที่ EC COA NO. 01

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งมีอายุเฉลี่ย 58.1 ปี (SD 11.7) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.05) (p-value 0.029) มากกว่าครึ่งเป็นมะเร็งอวัยวะที่มีโพรง* (ร้อยละ 59.04) ในกลุ่มใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 50.53) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า 68 คน (ร้อยละ 36.17) แตกต่างจากกลุ่มไม่ใช้กัญชาซึ่งส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 29.78 (p-value 0.011) ในกลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ที่ 10,000-30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 56.38) แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ใช้กัญชา ซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 (ร้อยละ 43.61) (p-value 0.002) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่คิดว่าระดับความรุนแรงของมะเร็งของตน อยู่ในระดับความรุนแรงปาน

กลาง (p -value <0.001) ในกลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่ตัดสินใจการรักษาด้วยตนเอง 89 คน (คิดเป็นร้อยละ 47.34) แต่ในกลุ่มที่ไม่ใช้กัญชา ส่วนใหญ่จะมีผู้ครองเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการรักษาโรค คิดเป็นร้อยละ 31.91 (p -value <0.001) และในกลุ่มที่ใช้กัญชามีผู้ครองเป็นผู้ดูแลหลัก 74 คน (ร้อยละ 39.36) แต่ในกลุ่มที่ไม่ใช้กัญชา จะมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 42.55) (p -value <0.007) ดังในตารางที่ 1

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นมะเร็งของอวัยวะที่มีโพรง (p -value <0.001) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งอยู่ในช่วง 1-5 ปี (p -value 0.001) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (p -value 0.004) และไม่เคยดื่มสุรา (p -value 0.007) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลาง (p -value <0.001) และทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับกัญชาต่อการรักษาโรคอยู่ในระดับปานกลาง (p -value <0.18) ในกลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นผู้แนะนำให้ใช้กัญชา 62 คน (ร้อยละ 34.57) (p -value <0.001) ในกลุ่มไม่ใช้กัญชาส่วนใหญ่ไม่มีผู้แนะนำ ร้อยละ 27.39 (p -value <0.001) ดังในตารางที่ 2

* มะเร็งของอวัยวะที่มีโพรง เช่นมะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งรังไข่

ลักษณะการใช้กัญชา

ผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่ เริ่มใช้กัญชาหลังจากวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งแล้ว 152 คน (ร้อยละ 80.85) ในมุมมองของผู้ป่วยต่อการบรรเทาอาการจากการใช้กัญชา พบว่าบรรเทาอาการของมะเร็งได้ดี 110 คน (ร้อยละ 58.51) โดยอาการที่บรรเทาส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการปวด 139 คน (ร้อยละ 73.94) รองลงมาได้แก่ อาการนอนไม่หลับ 81 คน (ร้อยละ 43.09) และอาการเบื่ออาหาร 64 คน (ร้อยละ 34.04) (ดังในแผนภูมิแท่งที่ 1) ผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพากัญชาอยู่ในระดับปานกลาง 124 คน (ร้อยละ 65.96) ผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการผิดปกติจากการใช้

กัญชา 153 คน (ร้อยละ 81.38) อาการข้างเคียงจากการใช้กัญชา ส่วนใหญ่ได้แก่ ปากแห้ง 30 คน (ร้อยละ 15.96) รองลงมาคือ เวียนศีรษะ 25 คน (ร้อยละ 13.30) และง่วงนอน 4 คน (ร้อยละ 2.13) (ดังในแผนภูมิแท่งที่ 2) ผู้ที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่ซื้อมาใช้เองโดยไม่ได้รับคำสั่งจากแพทย์ 111 คน (ร้อยละ 59.04) โดยส่วนใหญ่สั่งซื้อจากผู้ที่มีใบอนุญาต 81 คน (ร้อยละ 43.09) รองลงมาคือได้กัญชามาจากสถานพยาบาล 49 คน (ร้อยละ 26.06) เพื่อน 40 คน (ร้อยละ 21.27) และสมาชิกในครอบครัวมอบให้ 13 คน (ร้อยละ 6.91) ผู้ที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่ใช้กัญชาทุกวัน 171 คน (ร้อยละ 90.96) โดยส่วนใหญ่ใช้กัญชาในรูปหยดใต้ลิ้น 81 คน (ร้อยละ 43.09) รองลงมาคือ เคี้ยวใบรับประทาน 26 คน (ร้อยละ 13.86) และการสูบ 5 คน (ร้อยละ 2.66) ดังในตารางที่ 3

เมื่อทำการวิเคราะห์ที่หลายปัจจัย โดยคำนึงถึงปัจจัยอื่นร่วมด้วย โดยวิธีวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้กัญชาและไม่ใช้กัญชา พบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับพฤติกรรมการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับการศึกษาระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง มีพฤติกรรมการใช้กัญชาเป็น 0.31 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (95%CI : 0.11-0.83) ปัจจัยด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับพฤติกรรมการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.002) โดยผู้ป่วยมะเร็งที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือนมีการใช้กัญชา เป็น 2.34 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (95%CI: 1.19-4.57) ปัจจัยด้านชนิดของโรคมะเร็ง มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.002) โดยผู้ป่วยมะเร็งระบบเลือดมีการใช้กัญชาเป็น 25.81 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งของอวัยวะที่ไม่มีโพรง (95%CI:

ตารางที่ 1 ตารางแจกแจงความถี่และร้อยละข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการใช้กัญชา (n = 376)

ข้อมูลทั่วไป	total จำนวน (%)	การใช้กัญชา		p-value
		ใช้กัญชา จำนวน (%)	ไม่ใช้กัญชา จำนวน (%)	
จำนวน	376 (100)	188 (50)	188 (50)	
อายุ Mean±SD (ปี)	58.1 (11.7)	58.63 (12.34)	57.52 (10.94)	0.358
เพศ				0.029*
ชาย	169 (44.95)	95 (50.53)	74 (39.36)	
สถานะภาพ				0.956
โสด	54 (14.36)	28 (14.89)	26 (13.82)	
คู่สมรส	264 (70.21)	131 (69.68)	133 (70.74)	
ม้าย/หย่าร้าง	58 (15.43)	29 (15.42)	29 (15.42)	
ศาสนา				0.284
พุทธ	327 (86.97)	167 (88.82)	160 (85.10)	
อิสลาม	49 (13.03)	21 (42.86)	28 (51.07)	
ระดับการศึกษา				0.011*
ประถมศึกษาและน้อยกว่า	96 (25.53)	46 (24.46)	50 (26.59)	
มัธยมศึกษา	107 (28.46)	51 (27.21)	56 (29.78)	
อนุปริญญา/ปวส.	63 (16.76)	23 (12.23)	40 (21.27)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	110 (29.26)	68 (36.17)	42 (22.34)	
อาชีพ				0.068
ไม่ได้ทำงาน	44 (11.70)	30 (15.95)	14 (7.44)	
เกษตรกร	99 (26.33)	48 (25.53)	51 (27.21)	
รับจ้าง	80 (21.28)	35 (18.61)	45 (23.93)	
รับราชการ	63 (16.76)	32 (17.02)	31 (16.48)	
ค้าขาย	68 (18.09)	29 (15.42)	39 (20.74)	
อื่น ๆ	22 (5.85)	14 (7.44)	8 (4.25)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				0.002*
น้อยกว่า 10,000	135 (35.90)	53 (28.19)	82 (43.61)	
10,000 – 30,000	180 (47.87)	106 (56.38)	74 (39.36)	
30,000 ขึ้นไป	61 (16.22)	29 (15.42)	32 (17.02)	
ระดับความรุนแรงของภาระงานตามความคิด				<0.001*
รุนแรงมาก	53 (14.10)	38 (20.21%)	15 (7.97%)	
รุนแรงปานกลาง	200 (53.19)	105 (55.85%)	95 (50.53%)	
รุนแรงน้อย	123 (32.71)	45 (23.93%)	78 (41.48%)	
ภาวะเครียดจากโรคระบาด				0.519
มี	301 (80.05)	153 (81.38%)	148 (78.72%)	
ไม่มี	75 (16.95)	35 (46.67)	40 (53.33)	
ผู้ตัดสินใจหลักในการดูแลรักษาโรค				<0.001*
ตัดสินใจด้วยตนเอง	112 (29.79)	89 (47.34)	23 (12.23%)	
ผู้ครอง	68 (18.09)	8 (4.26)	60 (31.91%)	
พี่น้อง	89 (23.67)	34 (18.09)	55 (29.25%)	
บุตร	89 (23.67)	44 (23.40)	45 (23.93%)	
บิดาหรือมารดา	18 (4.79)	13 (6.91)	5 (2.66%)	
ผู้ดูแลหลัก				0.007*
ไม่มี	24 (6.38)	18 (9.57%)	6 (3.19%)	
ผู้ครอง	142 (37.77)	74 (39.36%)	68 (36.17%)	
บุตร	144 (38.30)	64 (34.04%)	80 (42.55%)	
พี่น้อง	31 (8.24)	20 (10.63%)	11 (5.85%)	
บิดาหรือมารดา	35 (9.31)	12 (6.38%)	23 (12.13%)	

ตารางที่ 2 ตารางแสดงข้อมูลพื้นฐานทางคลินิกของผู้ป่วยจำแนกตามการใช้กัญชา (n = 376)

ข้อมูลทั่วไป	total จำนวน (%)	การใช้กัญชา		p-value
		ใช้กัญชา จำนวน (%)	ไม่ใช้กัญชา จำนวน (%)	
โรคประจำตัว				0.527
ไม่มี	228 (60.64)	117 (62.23%)	111 (59.04)	
ชนิดของโรคเมเร้งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่				<0.001*
เมเร้งของอวัยวะที่ไม่มีโพรง*	158 (42.02)	63 (33.51)	95 (50.53)	
เมเร้งของอวัยวะที่มีโพรง [†]	202 (53.72)	111 (59.04)	91 (48.40)	
เมเร้งของระบบเลือด	16 (4.26)	14 (7.45)	2 (1.06)	
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเมเร้ง				0.001*
ต่ำกว่า 1 ปี	128 (34.04)	77 (40.95)	51 (27.12)	
1-5 ปี	211 (56.12)	88 (46.80)	123 (65.42)	
มากกว่า 5 ปี	37 (9.84)	23 (12.23)	14 (7.45)	
ประสบการณ์การสูบบุหรี่				0.004*
ไม่เคยสูบ	254 (67.55)	123 (65.42)	131 (69.68)	
เคยสูบและเลิกสูบแล้ว	76 (20.21)	32 (17.02)	44 (23.40)	
เคยสูบและยังสูบบุหรี่อยู่	46 (12.23)	33 (17.55)	13 (6.91)	
ประสบการณ์การดื่มสุรา				0.007*
ไม่เคยดื่ม	217 (57.71)	110 (58.51)	107 (56.91)	
ดื่มเป็นครั้งคราว	128 (34.04)	55 (29.25)	73 (38.82)	
ดื่มเป็นประจำ	31 (8.24)	23 (12.23)	8 (4.26)	
ประสบการณ์การใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย				0.255
เคยใช้	8 (1.87)	5 (2.76)	3 (1.07)	
ไม่เคยใช้	368 (98.13)	183 (97.34)	185 (98.93)	
ระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาต่อการรักษาโรค				<0.001*
ระดับความรู้สูง	166 (44.14)	77 (40.95)	43 (22.87)	
ระดับปานกลาง	208 (55.31)	110 (58.51)	136 (72.34)	
ระดับความรู้ต่ำ	2 (0.53)	1 (0.53)	9 (4.78)	
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับกัญชาต่อการรักษาโรค				0.180
ทัศนคติสูง	166 (44.14)	77 (46.39)	89 (47.34)	
ทัศนคติปานกลาง	204 (54.25)	110 (58.51)	94 (50.00)	
ทัศนคติต่ำ	4 (1.06)	1 (0.53)	3 (2.65)	
ผู้แนะนำให้ใช้กัญชา				<0.001*
ไม่มี	103 (27.39)	25 (13.29%)	78 (41.48%)	
มี				
ผู้นำชุมชนหรือปราชญ์ชาวบ้าน	41 (10.90)	25 (13.30)	16 (8.51)	
อสม. ในชุมชน	43 (11.44)	26 (13.82%)	17 (9.04%)	
เจ้าหน้าที่ รพสต.	55 (14.63)	25 (13.29%)	30 (15.95%)	
เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล	95 (25.27)	62 (34.57%)	33 (17.55%)	
อื่น ๆ เช่น คนในครอบครัว, เพื่อนบ้าน	39 (10.37)	25 (13.29%)	14 (7.44%)	

* เมเร้งของอวัยวะที่ไม่มีโพรง เช่น เมเร้งตับ เมเร้งม้าม เมเร้งไต เมเร้งเต้านม

[†] เมเร้งของอวัยวะที่มีโพรง เช่นเมเร้งปอด เมเร้งลำไส้ เมเร้งกระเพาะอาหาร เมเร้งรังไข่

2.88-231.11) ดังในตารางที่ 4

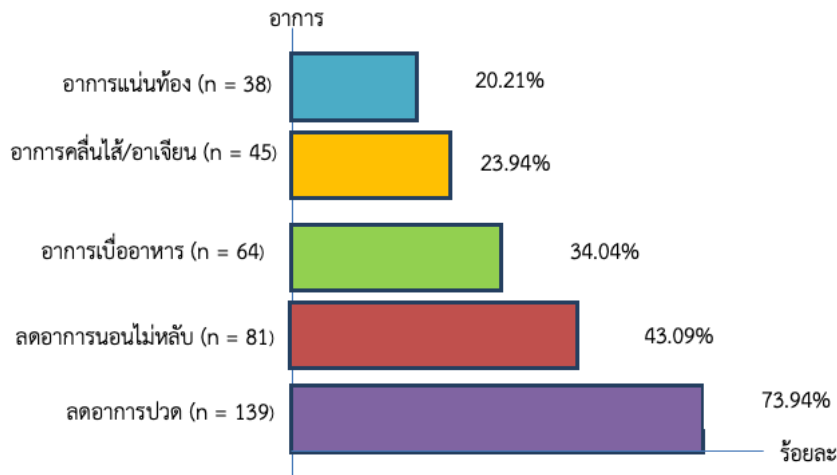
ปัจจัยด้านระดับความรุนแรงของโรคเมเร้งในความคิดของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.012) โดยผู้ป่วยเมเร้งที่ใช้กัญชามีความคิดว่าตนอยู่ในระดับความรุนแรงขั้นสูงจะมีการใช้กัญชาเป็น 4 เท่าเมื่อ

เทียบกับกลุ่มผู้ป่วยเมเร้งที่คิดว่าตนอยู่ในความรุนแรงขั้นต้น (95% CI: 1.56-10.13,p 0.004) ปัจจัยด้านผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยผู้ป่วยที่มีบุตรเป็นผู้ดูแล จะมีการใช้กัญชา เป็น 0.04 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก

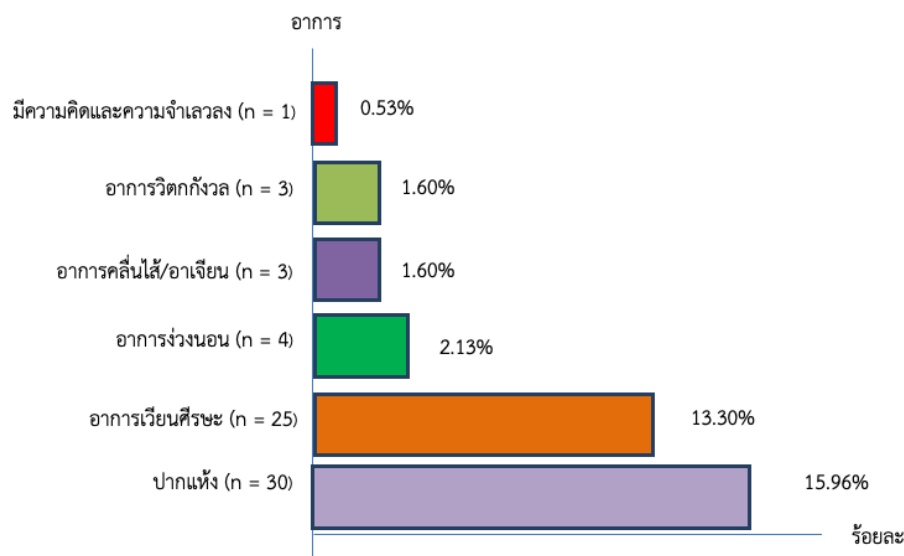
ตารางที่ 3 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการใช้กัญชา (n = 188)

ลักษณะการใช้กัญชา	จำนวน (%) (n = 188)
ใช้กัญชาเพื่อความสนุกสนาน	
ไม่เคยใช้	355 (94.41)
เคยใช้	21 (5.59)
ช่วงเวลาที่ใช้กัญชา	
ไม่เคยใช้กัญชา	12 (6.38)
ก่อนวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง	24 (12.76)
หลังวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง	152 (80.85)
ผลของการใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการของมะเร็ง	
ไม่บรรเทา	5 (2.66)
บรรเทาเล็กน้อย	47 (25.00)
บรรเทาได้ดี	110 (58.51)
บรรเทาได้ดีมาก	26 (13.83)
พฤติกรรมพึ่งพากัญชา	
พึ่งพาต่ำ	63 (33.51)
พึ่งพาปานกลาง	124 (65.96)
พึ่งพาสูง	1 (0.53)
ประวัติอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการใช้กัญชา	
ไม่เคย	153 (81.38)
ผู้สั่งใช้กัญชา	
ไม่ใช่แพทย์	111 (59.04)
แหล่งที่มาของกัญชา	
ผลิตเอง	5 (2.66)
รับจากสถานพยาบาล	49 (26.06)
สั่งซื้อจากผู้ที่มีใบอนุญาต	81 (43.09)
เพื่อน	40 (21.27)
สมาชิกในครอบครัว	13 (6.91)
ความถี่การใช้กัญชา	
ไม่ใช้กัญชาใน 30 วันที่ผ่านมา	8 (4.26)
ใช้น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	3 (1.60)
ใช้มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	5 (2.66)
ใช้กัญชาทุกวัน	171 (90.96)
ใช้มากกว่า 1 ครั้งใน 1 วัน	1 (0.53)
รูปแบบของการใช้กัญชา	
หยดใต้ลิ้น	156 (82.97)
เคี้ยวใบรับประทาน	26 (13.82)
สูบ	5 (2.6)
สูดดม	1 (0.53)

แผนภูมิแท่งที่ 1 แสดงเหตุผลในการใช้กัญชาบรรเทาอาการจากมะเร็ง



แผนภูมิแท่งที่ 2 อาการข้างเคียงจากการใช้กัญชา



(95%CI: 0.007-0.26, p-value 0.001) ผู้ป่วยที่มีบิดา-มารดาเป็นผู้ดูแลหลัก จะมีการใช้กัญชาเป็น 0.04 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก (95%CI: 0.005-0.32, p-value 0.02) และผู้ป่วยที่มีผู้ครองเป็นผู้ดูแลหลัก จะมีการใช้กัญชาเป็น 0.15 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก (95%CI: 0.02-0.82, p-value 0.029) ปัจจัยด้านผู้ตัดสินใจหลักในการรักษามีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยผู้ป่วยที่ตัดสินใจการรักษาด้วยตนเอง มีการใช้กัญชาเป็น 33.15 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ครองเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการรักษา (95%CI 10.32-106.52, p-value <0.001) ผู้ป่วยที่

บุตรเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการรักษา มีการใช้กัญชาเป็น 14.44 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ครองเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการรักษา (95%CI: 3.92-53.16, p-value <0.001) ผู้ป่วยที่มีบิดา-มารดาเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการรักษา มีการใช้กัญชาเป็น 9.54 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีผู้ครองเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการรักษา (95%CI: 1.72-52.91, p-value 0.010) ดังในตารางที่ 4

ปัจจัยด้านผู้แนะนำให้ใช้กัญชา มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) โดยผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้กัญชา ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็น

9.51 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีผู้แนะนำให้ใช้กัญชา (95%CI : 3.77-23.95, p-value <0.001) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับคำแนะนำการใช้กัญชาจากอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน (อสม.) มีการใช้กัญชาเป็น 8.55 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีผู้แนะนำให้ใช้กัญชา (95%CI : 2.96-24.66, p-value<0.001) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับคำแนะนำการใช้กัญชาจากผู้นำชุมชนหรือปราชญ์ชาวบ้านมีการใช้กัญชาเป็น 7.74 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีผู้แนะนำให้ใช้กัญชา (95%CI: 2.65-22.55, p-value <0.001) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับคำแนะนำการใช้กัญชาจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีการใช้กัญชาเป็น 5.26 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีผู้แนะนำให้ใช้กัญชา (95%CI: 1.97-14.01, p-value 0.001) และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับคำแนะนำการใช้กัญชาจากผู้อื่น เช่น คนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน มีการใช้

กัญชาเป็น 6.67 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่มีผู้แนะนำให้ใช้กัญชา (95%CI : 2.11-20.07, p-value 0.001) ปัจจัยด้านความรู้เรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้กัญชามีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลางเป็น 2.04 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในระดับสูง (95%CI: 1.11-3.72, p-value 0.021) ดังในตารางที่ 4

วิจารณ์

งานวิจัยนี้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็ง โดยพบว่าในกลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีการศึกษาในระดับอนุปริญญา/ปวส. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของ Pergam SA และคณะ¹⁰ ชนิดของมะเร็งในกลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นมะเร็งของอวัยวะที่มีโพรง

ตารางที่ 4 ตารางแสดงปัจจัยที่มีผลต่อการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็ง (n = 376)

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้กัญชา	ผู้ใช้กัญชา (188)	OR	95% CI	Adjust OR ratio	95% CI	p-value
ระดับการศึกษา						0.001
ประถมศึกษาและน้อยกว่า	46	1	-	1	-	
มัธยมศึกษา	51	0.99	0.57-1.71	0.81	0.36-1.76	0.591
อนุปริญญา/ปวส.	23	0.63	0.32-1.19	0.31	0.11-0.83	0.021
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	68	0.92	1.01-3.06	1.37	0.51-3.63	0.531
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						0.002
น้อยกว่า 10,000	53	1	-	1	-	
10,000-30,000	106	2.22	1.40-3.49	2.34	1.19-4.57	0.013
30,000 ขึ้นไป	29	1.40	0.76-2.57	0.61	0.20-1.78	0.368
ชนิดของโรคมะเร็ง						0.002
มะเร็งของอวัยวะที่ไม่มีโพรง	63	1	-	1	-	
มะเร็งของอวัยวะที่มีโพรง	111	1.84	1.20-2.80	1.49	0.82-2.67	0.182
			2.31-			
มะเร็งระบบเลือด	14	10.56	48.04	25.81	2.88-231.11	0.004
ระดับความรุนแรงของมะเร็ง						0.012
ระดับความรุนแรงขั้นต้น	38	1	-	1	-	
ระดับความรุนแรงขั้นปานกลาง	105	1.92	1.20-3.03	1.60	0.81-3.13	0.175
ระดับความรุนแรงขั้นสูง	45	4.39	2.17-8.85	4.00	1.56-10.13	0.004
ผู้ดูแลหลัก						<0.001
ไม่มีผู้ดูแลหลัก	18	1	-	1	-	
คู่ครอง	74	0.36	0.13-0.96	0.15	0.02-0.82	0.029
บุตร	64	0.27	0.10-0.71	0.04	0.007-0.26	0.001
พี่น้อง	20	0.606	0.18-1.97	0.27	0.03-2.06	0.207
บิดา-มารดา	12	0.173	0.05-0.55	0.04	0.005-0.32	0.002

ตารางที่ 4 ตารางแสดงปัจจัยที่มีผลต่อการใช้กัญชาของผู้ป่วยมะเร็ง (n = 376) (ต่อ)

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้กัญชา	ผู้ใช้กัญชา (188)	OR	95% CI	Adjust OR ratio	95% CI	p-value
ผู้ตัดสินใจหลักในการรักษา						<0.001
คู่ครอง	8	1	-	1	-	
ตัดสินใจด้วยตนเอง	89	29.02	12.18-69.17	33.15	10.32-106.52	<0.001
พี่น้อง	34	4.64	1.98-10.88	2.66	0.75-9.36	0.129
บุตร	44	7.33	3.14-17.10	14.44	3.92-53.16	<0.001
บิดา-มารดา	13	19.5	5.48-69.30	9.54	1.72-52.91	0.010
ผู้แนะนำให้ใช้กัญชา						<0.001
ไม่มีผู้แนะนำให้ใช้กัญชา	25	1	-	1	-	
เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	62	5.86	3.16-10.86	9.51	3.77-23.95	<0.001
อสม. ในชุมชน	26	4.77	2.23-10.19	8.55	2.96-24.66	<0.001
ผู้นำชุมชนหรือปราชญ์ชาวบ้าน	25	4.88	2.25-10.55	7.74	2.65-22.55	<0.001
เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	25	2.60	1.29-5.21	5.26	1.97-14.01	0.001
อื่น ๆ เช่น คนในครอบครัว, เพื่อนบ้าน	25	5.57	2.51-12.32	6.67	2.11-20.07	0.001
ความรู้เกี่ยวกับกัญชาที่ใช้รักษาโรค						0.021
ระดับความรู้สูง	77	1	-	1	-	
ระดับปานกลาง	110	3.52	2.25-5.48	2.04	1.11-3.72	

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Waissengrin B และคณะ¹¹ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศอิสราเอล แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pergam SA และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นมะเร็งของอวัยวะที่ไม่มีโพรง อาจเนื่องมาจากในประเทศไทยและประเทศอิสราเอล พบมะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปากมดลูกจำนวนมาก แตกต่างจากในประเทศอเมริกาซึ่งพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งผิวหนังเป็นจำนวนมาก

ผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่คิดว่าความรุนแรงของมะเร็งของตนอยู่ในระดับขั้นสูง และส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำเรื่องกัญชาจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Waissengrin B และคณะ¹¹ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งในประเทศอิสราเอล พบผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่คิดว่าความรุนแรงของมะเร็งของตนอยู่ในระดับขั้นต้นและผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำเรื่องกัญชาจากญาติหรือเพื่อนบ้าน เนื่องจากประเทศอิสราเอลมีการใช้กัญชาทางการแพทย์มาเป็นระยะเวลานาน มีกฎหมายรองรับและมี

การส่งเสริมให้มีการผลิตกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์ในประเทศและเพื่อการส่งออก อีกทั้งยังมีกฎหมายลดโทษให้ผู้เสพกัญชาเพื่อการนันทนาการ ทำให้มีการใช้กัญชาอย่างแพร่หลาย ผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้กัญชาในประเทศอิสราเอลจึงเริ่มใช้ตั้งแต่ในระดับความรุนแรงขั้นต้น และส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากคนรอบตัว

ในด้านลักษณะการใช้กัญชา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กัญชาวันละครั้งทุกวัน เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็ง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin LA และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาเปรียบเทียบผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์กับการใช้เพื่อการนันทนาการ ในประเทศอเมริกา พบว่ากลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่ใช้เพื่อการนันทนาการและใช้กัญชา 3 ครั้ง ต่อวัน อาจเนื่องมาจากประเทศอเมริกาหลายรัฐสามารถใช้กัญชาได้อย่างเสรี

ผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่ใช้ในรูปแบบหยดใต้ลิ้น ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ Luckett T และคณะ¹⁸ ศึกษาผลของกัญชาต่อความอยากอาหารในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศออสเตรเลีย พบว่าส่วนใหญ่ใช้กัญชาแบบเม็ดและแตกต่างจากงานวิจัยของ Lee DC และคณะ¹⁹ ศึกษาการใช้กัญชาในประเทศอเมริกา พบว่าผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่ใช้ในรูปแบบหยดใต้ลิ้น

ใหญ่ใช้กัญชาแบบสุดดม อาจเนื่องมาจากรูปแบบกัญชาที่มีใช้ในประเทศไทยทั้งการแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่อยู่ในรูปแบบน้ำมันกัญชา ส่วนรูปแบบอื่นๆยังไม่มีแพร่หลายมากนัก

ผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์หัตถ์ของ Mücke M และคณะ²⁰ และการศึกษาของ Hauser W. และคณะ²¹ ซึ่งศึกษาผลของกัญชาต่อการลดปวด ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่ากัญชาสามารถบรรเทาอาการปวดได้ดี รองลงมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการนอนไม่หลับ ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์หัตถ์ของ Allan GM และคณะ²² ซึ่งพบว่ากัญชานอกจากจะลดอาการปวดได้ดีแล้ว ยังมีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอน และผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มตัวอย่างใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการเบื่ออาหาร และคลื่นไส้อาเจียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์หัตถ์ของ F.C. Machado Rocha และคณะ²³ และการศึกษาของ Ungerleider JT และคณะ²⁴ ซึ่งศึกษาผลของกัญชาต่อผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าสามารถลดการคลื่นไส้อาเจียนได้ดีอีกทั้งงานวิจัยนี้พบว่าส่วนใหญ่อาการข้างเคียงจากการใช้กัญชาได้แก่ ปากแห้งและเวียนศีรษะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์หัตถ์ของ Whiting PF และคณะ²⁵ ซึ่งศึกษาผลของกัญชาทางการแพทย์ พบว่าผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือปากแห้งและเวียนศีรษะ

การนำงานวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งที่เลือกใช้กัญชาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกการรักษาด้วยตนเองและมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเป็นผู้แนะนำให้ใช้กัญชา แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเผยแพร่ข้อมูลและส่งเสริมความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีข้อมูลที่เพียงพอในการเลือกรับหรือไม่รับกัญชาในการรักษาได้ด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อให้การใช้กัญชา

เหมาะสมที่สุดกับผู้ป่วยแต่ละราย ลดผู้ป่วยที่จะซื้อกัญชามาใช้เองและเกิดความปลอดภัยในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดงานวิจัย

การเก็บข้อมูลแบบสอบถาม ประวัติประสบการณ์การใช้กัญชาในอดีต อาจเกิดอคติจากการย้อนนึกถึงข้อมูลได้ (Recall bias) และอาจมีอคติจากการปกปิดการให้ข้อมูลทำให้เกิดการรายงานการใช้กัญชาต่างไปจากความเป็นจริงได้ (information bias) เพราะ หน่วยงานที่ได้รับอนุญาต จะจ่ายกัญชาให้ ณ ที่ทำการในช่วงปี 2562-2563 อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยตอบข้อนี้ เพราะกลัวผิดกฎหมาย ข้อมูลบางส่วนเป็นข้อมูลความคิดเห็นเฉพาะบุคคล (Subjective) เช่น ผลของการใช้กัญชาเพื่อบรรเทาอาการจากโรคมะเร็ง และงานวิจัยนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลโดยการแบ่งกัญชาทางการแพทย์ (ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) ออกจากกัญชาทั่วไป

สรุป

งานวิจัยชิ้นนี้พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้กัญชาในผู้ป่วยมะเร็งคือ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่นการศึกษา รายได้ ความรู้เกี่ยวกับกัญชา การรับรู้ชนิดและความรุนแรงของโรค มะเร็ง ปัจจัยด้านผู้ตัดสินใจหลักในการรักษา ผู้ดูแลหลัก รวมถึงการได้รับคำแนะนำการใช้กัญชาจากผู้อื่น กัญชาที่ใช้ส่วนใหญ่เพื่อบรรเทาอาการปวดและอาการปากแห้ง เวียนศีรษะเป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ควรสนับสนุนให้มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลและส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์ แก่ผู้ที่ยังขาดความรู้และผู้ที่ยังไม่ถึงแหล่งความรู้เรื่องกัญชา เพื่อพัฒนาการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทย ให้แพร่หลายต่อไปในอนาคต การทำวิจัยในอนาคตควรมีการติดตามผลการใช้กัญชาทางการแพทย์และอาการข้างเคียงเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในประกอบการตัดสินใจรักษาของผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้จาก
ความอนุเคราะห์จากบุคคลจำนวนมาก ผู้วิจัย
ขอขอบพระคุณบุคลากร โรงพยาบาลพัทลุง
และขอขอบพระคุณผู้ตอบแบบสอบถามและผู้
เกี่ยวข้องทุกท่าน เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World health organization The global cancer observatory. Cancer today English version [Internet].2020 [cited 21 january 2021]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheets.pdf>
2. วิเชียร ศรีนันทน์นิมิต, วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์, เอกภพ สิริชัยนันท์, ธิดิยา สิริสิงห์, นพดล โสภารัตนาไพศาล. ทำความรู้จักกับโรคมะเร็งก้นเอดะ.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย; 2552.
3. Benyamin R, Trescot AM, Datta S, Buenaventura R, Adlaka R, Sehgal N, et al. Opioid complications and side effects. Pain Physician 2008;11(2):105-120.
4. อรพรรณ เมธาธิกุล.การแพทย์แคนนาบินอยด์และกัญชาทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaicam.go.th /การแพทย์แคนนาบินอยด์-แล/>
5. Schleider LB, Mechoulam R, Lederman V, Hiloub M, Lencovskya O, Betzalel O, et al. Prospective analysis of safety and efficacy of medical cannabis in large unselected population of patients with cancer. Eur J Intern Med 2018;49:37-43.
6. Pacher P, Bátkai S, Kunos G. The endocannabinoid system as an emerging target of pharmacotherapy. Pharmacol Rev 2006;58(3):389-462.
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.คำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2564].เข้าถึงได้จาก: <https://mdresearch.kku.ac.th/files/cannabis/Final%20Guidance%20on%20Cannabis.pdf>
8. คณะอนุกรรมการพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำสำหรับแพทย์ การใช้กัญชาทางการแพทย์[อินเทอร์เน็ต].2562[เข้าถึงเมื่อ30 มกราคม 2564].เข้าถึงได้จาก: https://tmc.or.th/pdf/fact/guideline_cannabis_101062.pdf
9. สำนักงานราชกิจจานุเบกษา สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ(ฉบับที่7) [ราชกิจจานุเบกษา]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 3 เมษายน 2562].เข้าถึงได้จาก:http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/019/T_0001.PDF
10. Pergam SA, Woodfield MC, Lee CM, Cheng GH, Baker KK, Marquis SR ,et al. Cannabis use among patients at a comprehensive cancer center in a state with legalized medicinal and recreational use. Cancer 2017;123(22):4488-4497.
11. Waissengrin B, Urban D, Leshem Y, Garty M, Wolf I. Patterns of use of medical cannabis among israeli cancer patients: a single institution experience. J Pain Symptom Manage 2015;49(2):223-230.
12. อัจฉราพร สิริวิญญูวงศ์, ประภา ยุทธไตร.ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดและติดสารของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ในระบบบังคับบำบัด.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556;58(4):371-384.
13. วสันต์ ศรีแก้วนิตย. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพติดกัญชาของผู้เข้ารับการตรวจพิสูจน์ กรณีศึกษา สถานควบคุมตัวและสถานที่เพื่อการตรวจพิสูจน์ เรือนจำกลางคลองเปรม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารนิติ].กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2560.
14. ณัฐริดา ฅิปากเพราะ, กมลชนก ค่ายอดม่วง, ชญานุช จันทรัตน์, ปวันรัตน์ สีซอสค์, ภควดี ชันทะกสิกรรม, ศิริพร ต้นธรรม , et al. ปัจจัยทำนายความตั้งใจการใช้กัญชาในกระบวนการรักษาความเจ็บป่วยของนิสิตสาขาวิชาอนามัยชุมชน. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา 2563;21(1):91-104.
15. Likert R. The human organization: its management and value. 1 st ed. New York: McGraw-Hill;1967.

เอกสารอ้างอิง

16. Best JW. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
17. Lin LA, Ligen MA, Jannausch M, Bohnert KM. Comparing adults who use cannabis medically with those who use recreationally: results from a national sample. *Addict Behav* 2016;61:99–103.
18. Luckett T, Phillips J, Lintzeris N, Allsop D, Lee J, Solowij N, et al. Clinical trials of medicinal cannabis for appetite-related symptoms from advanced cancer: a survey of preferences, attitudes and beliefs among patients willing to consider participation. *Intern Med J* 2016; 46(11):1269-1275.
19. Lee DC, Crosier BS, Borodovsky JT, Sargent JD, Budney AJ. Online survey characterizing vaporizer use among cannabis users. *Drug Alcohol Depend* 2016;159:227-233.
20. Mücke M, Weier M, Carter C, Copeland J, Degenhardt L, Cuhls H, et al. Systematic review and meta-analysis of cannabinoids in palliative medicine. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2018 ;9(2):220-234.
21. Hauser W, Fitzcharles MA, Radbruch L, Petzke F. Cannabinoids in pain management and palliative medicine. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114(38):627-634.
22. Allan GM, Finley CR, Ton J, Perry D, Ramji J, Crawford K, et al. Systematic review of systematic reviews for medical cannabinoids pain, nausea and vomiting, spasticity, and harms. *Can Fam Physician* 2018;64(2):e78-e94.
23. Rocha FM, Stefano SC, Haiek RC, Oliveira R, Silveira DD. Therapeutic use of Cannabis sativa on chemotherapy-induced nausea and vomiting among cancer patients: systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2008;17:431–443.
24. Ungerleider JT, Andrysiak T, Fairbranks L, Goodnight J, Y Sarna G, Jamison K. Cannabis and cancer chemotherapy a comparison of oral delta-9- THC and prochlorperazine. *Cancer* 1982;50(4):636-645.
25. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Nisio MD, Duffy S, Hernandez AV, et al. Cannabinoids for medical use a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2015;313(24):2456-2473.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะและระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง ที่ได้รับการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง

Received: May 29, 2021; Revised: June 21, 2021; Accepted: July 27, 2021

แพทย์หญิงณัฐธิดา สังสิทธิ์ยากร^{*1}

นายแพทย์ทช พทยาพิบูลพงศ์²

ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

นายแพทย์กรเอก มั่นวานิช³

ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาล

จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย¹

คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย²

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

ด้านการดูแลผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย³

***Corresponding Author Email:**

nattida.nt8@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความแตกต่างของลักษณะของผู้ป่วยและข้อมูลการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง และเปรียบเทียบระยะเวลาการมีชีวิตระหว่างผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็งและกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง

แบบวิจัย: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง

วัสดุและวิธีการ: ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองมายังศูนย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 247 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 183 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งจำนวน 64 คน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีอายุเฉลี่ยสูงกว่า (72.6 ± 16.7 ปี และ 62.8 ± 15.5 ปี; p -value < 0.001) ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองต่ำกว่า (ร้อยละ 82.8 ต่อ ร้อยละ 68.3; p -value 0.026) ค่ามัธยฐานระยะวันนอนโรงพยาบาลรวมนานกว่า (40 วัน ต่อ 24 วัน; p -value 0.001) และค่ามัธยฐานระยะวันนอนโรงพยาบาลก่อนการส่งปรึกษานานกว่า (18 วัน ต่อ 9 วัน; p -value 0.001) เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง เมื่อวิเคราะห์ด้วย survival analysis พบว่าระยะเวลาการมีชีวิตหลังการส่งปรึกษาในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (p -value 0.188)

สรุป: กลุ่มผู้ป่วยในที่ไม่ใช่โรคมะเร็งได้รับการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองล่าช้ากว่ากลุ่มผู้ป่วยในโรคมะเร็ง แต่ระยะเวลาการมีชีวิตหลังการส่งปรึกษาไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, การส่งปรึกษา, กลุ่มโรคมะเร็ง, กลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง

ORIGINAL ARTICLE

Comparison between Characteristics and Survival Outcomes of Cancer and Non-Cancer Inpatients Referred to Palliative Care Consultation Services**Received:** May 29, 2021; **Revised:** June 21, 2021; **Accepted:** July 27, 2021**Abstract**

Objective: To study the differences in patient characteristics, consultation information, and consultation-to-death duration between inpatient cancer and non-cancer patients referred to palliative care consultation services.

Design: A retrospective analytic study

Materials and Methods: This study reviewed inpatient data and palliative care consultation data of all inpatients who received their first palliative care consultation between 1 August 2018 and 31 March 2019.

Results: Among 247 patients (183 in the cancer group and 64 in the non-cancer group), non-cancer patients were significantly older (72.6 ± 16.7 years versus 62.8 ± 15.5 years; p -value < 0.001), had poorer performance status (82.8% versus 68.3%; p -value 0.026), had higher median total hospital length of stay (40 days versus 24 days; p -value 0.001) and had higher median admission-to-consultation time (18 days versus 9 days; p -value 0.001) when compared with the cancer group. According to survival analysis, the difference in consultation-to-death duration among both groups had no statistical significance (p -value 0.188).

Conclusion: The non-cancer group received more delayed palliative care referrals compared with the cancer group, but the consultation-to-death duration of both groups had no significant differences.

Keywords: palliative care, consultation, cancer, non-cancer disease

Nattida Sungstittayakorn, MD*¹

Thacha Pithayapibulpong, MD, MRCFPT²

Bhorn-ake Manasvanich, MD, MRCFPT³

Department of Family Medicine,
King Chulalongkorn Memorial Hospital,
The Thai Red Cross Society¹
Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University²
Geriatric Excellence Center,
King Chulalongkorn Memorial Hospital,
The Thai Red Cross Society³

***Corresponding Author Email:**

nattida.nt8@gmail.com

บทนำ

จากการสำรวจโดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประชากรโลกประมาณ 56.8 ล้านคนต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในจำนวนนี้พบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 28.2 ในขณะที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้โรคมะเร็งถึงร้อยละ 72.8¹ ในอดีตการดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นที่กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นหลัก แต่ในปัจจุบันมีการศึกษาหลายงานพบว่า การให้การดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้โรคมะเร็งมีประโยชน์ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยเช่นกัน^{2,3} อย่างไรก็ตามจากการศึกษาสำรวจที่สกอตแลนด์พบว่า มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากกลุ่มที่ไม่ใช้โรคมะเร็งเพียงร้อยละ 27 ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เปรียบเทียบกับร้อยละ 72 ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง⁴ จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้โรคมะเร็งที่เข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองยังคงมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ปัจจุบันประเทศไทยได้ให้ความสำคัญในด้านการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพิ่มการเข้าถึงระบบการดูแลแบบประคับประคอง^{5,6} มีการจัดทำคู่มือการประเมินและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งในกลุ่มโรคมะเร็งและกลุ่มที่ไม่ใช้โรคมะเร็งเพื่อช่วยให้แพทย์ทั่วไปสามารถประเมินระยะของผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลรักษาแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยโดยทั่วไปได้^{7,8} แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในโรงพยาบาลจำนวน 14 แห่งทั่วประเทศไทยโดยเครือข่ายดูแลระดับประคับประคองแห่งประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยระยะท้ายเพียงร้อยละ 17 ที่เข้าถึงการดูแลของศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง⁹

จากสถานการณ์ข้างต้น ทางศูนย์ชีวภบาล ซึ่งเป็นศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำหน้าที่เป็นทีมให้คำปรึกษาให้แก่ทีมดูแลผู้ป่วยหลักในหอผู้ป่วย¹⁰ จึงสนใจศึกษาความแตกต่างของลักษณะของผู้ป่วยและข้อมูลการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง และเปรียบเทียบระยะเวลาการมีชีวิตระหว่างผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็งและกลุ่มที่ไม่ใช้โรคมะเร็ง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและการให้คำแนะนำแก่ทีมผู้ดูแลรักษาหลักอย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อเพิ่มโอกาสให้กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้โรคมะเร็งได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์

- เพื่อศึกษาความแตกต่างของลักษณะของผู้ป่วยและข้อมูลการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองระหว่างผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็งและกลุ่มที่ไม่ใช้โรคมะเร็ง
- เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาการมีชีวิตตั้งแต่การส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองจนถึงวันเสียชีวิตระหว่างผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็งและกลุ่มที่ไม่ใช้โรคมะเร็ง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective analytic study) และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เอกสารรับรองเลขที่ 498/2019

ประชากรที่ทำการศึกษา

ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยการทบทวนเวชระเบียนและบันทึกการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care consultation record) ที่ส่งมายังศูนย์ชีวภบาล

บาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผ่านระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record, EMR) ทุก ราย ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562

เกณฑ์การเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่

- ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน
- เป็นการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองครั้งแรกในช่วงที่ทำการศึกษา

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่

- ผู้ป่วยหรือญาติที่ปฏิเสธการรับคำปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง
- ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนตอบรับการส่งปรึกษา
- ผู้ป่วยจำหน่ายก่อนตอบรับการส่งปรึกษา
- ข้อมูลในเวชระเบียนและบันทึกการส่งปรึกษาไม่ครบถ้วนตามหัวข้อที่ทำการเก็บข้อมูล

ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำในการศึกษานี้คำนวณโดยใช้สูตร test for difference in two independent proportions¹¹ ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และอำนาจ (power) ที่ร้อยละ 80 และใช้ค่าสัดส่วนจากการศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างที่ส่งปรึกษามายังศูนย์ชีวภิบาลจำนวน 60 คน ได้ค่าสัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งต่อกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งเป็น 0.63 ต่อ 0.37 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดสำหรับการศึกษาคือกลุ่มละ 49 คน

ข้อมูลที่ทำการศึกษา

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากการทบทวนเวชระเบียนและบันทึกการส่งปรึกษาเพื่อทำการศึกษา ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป (demographic data) ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ อาชีพ ภูมิลำเนา และสิทธิการรักษา

ข้อมูลทางคลินิก (clinical data) ได้แก่ การวินิจฉัยหลัก และระดับของผู้ป่วยตามแบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS)¹² โดยเป็นการประเมินเมื่อแรกรับ

ปรึกษาผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพที่รับปรึกษาผู้ป่วยรายนั้น ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ ลงความคิดเห็นร่วมกัน

ข้อมูลการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care consultation data) ได้แก่ แผนกที่ส่งปรึกษา เหตุผลของการส่งปรึกษา และการได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioids หลังตอบรับการส่งปรึกษา

ข้อมูลระยะวันนอนโรงพยาบาล (length of stay) ได้แก่ ระยะวันนอนโรงพยาบาลรวม ระยะวันนอนโรงพยาบาลก่อนการส่งปรึกษา ระยะวันนอนโรงพยาบาลหลังการส่งปรึกษาจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อมูลการเสียชีวิต (death data) ได้แก่ การเสียชีวิต สถานที่เสียชีวิต และระยะวันตั้งแต่การส่งปรึกษาจนถึงวันเสียชีวิต เก็บข้อมูลจากการโทรศัพท์ติดตามโดยทีมสหวิชาชีพที่ติดตามดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยเป็นข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยทุกรายจนถึงที่ระยะ 6 เดือนหลังผู้ป่วยที่เข้าสู่การศึกษารายสุดท้ายได้รับการส่งปรึกษา (วันที่ 30 กันยายน 2562)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลโดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง นำมาประมวลผลข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics 22 ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายข้อมูลของผู้ป่วยด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ค่ามัธยฐาน (median) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range, IQR) ตามแต่ลักษณะการกระจายของข้อมูลนั้น

สถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การทดสอบ Chi-square test หรือ Fisher's exact test เพื่อวิเคราะห์เพศ กลุ่มอายุ เชื้อชาติ อาชีพ ภูมิลำเนา สิทธิการรักษา ระดับของผู้ป่วยตามแบบประเมิน PPS แผนกที่ส่งปรึกษา เหตุผลของการส่งปรึกษา การได้รับ

ยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioids หลังตอบรับการส่งปรึกษา การเสียชีวิต และสถานที่เสียชีวิต การทดสอบ independent T-test เพื่อวิเคราะห์อายุ การทดสอบ Mann-Whitney U test เพื่อวิเคราะห์ระยะวันนอนโรงพยาบาลรวม ระยะวันนอนโรงพยาบาลก่อนการส่งปรึกษา ระยะวันนอนโรงพยาบาลหลังการส่งปรึกษาจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการวิเคราะห์ survival analysis โดยใช้ Kaplan-Meier curve และใช้การทดสอบ log rank test เพื่อวิเคราะห์ระยะวันตั้งแต่การส่งปรึกษาจนถึงวันเสียชีวิต โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติแบบสองทาง (2-sided) ที่ p -value < 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองมายังศูนย์ชีวิติบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2561 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562 มีจำนวนทั้งหมด 313 คน พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา และผู้ป่วยที่คัดออกจากการศึกษาจำนวน 66 คน เนื่องจากมีอายุน้อยกว่า 18 ปี จำนวน 32 คน เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 26 คน ไม่ใช้การส่งปรึกษาครั้งแรกในช่วงที่ทำการศึกษานาน 7 คน และปฏิเสธการรับคำปรึกษาจำนวน 1 คน คงเหลือผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการศึกษานานทั้งสิ้น 247 คน

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 247 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 183 คน (ร้อยละ 74.1) และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งจำนวน 64 คน (ร้อยละ 25.9) พบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 65.4 ± 16.4 ปี โดยมีผู้ที่มีอายุน้อยที่สุด 21 ปี และอายุมากที่สุด 101 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งคือ 62.8 ± 15.5 ปี และ 72.6 ± 16.7 ปี ตามลำดับ พบว่าอายุเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.001) เมื่อแบ่งกลุ่มอายุพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุคือมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ

65.2) สิทธิการรักษาที่ใช้ในการรักษาพยาบาลระหว่างกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน (p -value < 0.001) พบว่ากลุ่มโรคมะเร็งมีสัดส่วนของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและข้าราชการรักษาพยาบาลเองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (ร้อยละ 12.6 ต่อร้อยละ 1.6 และ ร้อยละ 12.0 ต่อร้อยละ 6.3) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ข้อมูลทางคลินิก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนน PPS ตั้งแต่ร้อยละ 30 ลงไป พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีผู้ที่มีคะแนน PPS ตั้งแต่ร้อยละ 30 ลงไป ในสัดส่วนที่มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (p -value 0.026) (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณาการวินิจฉัยหลักในกลุ่มตัวอย่างแต่ละประเภท พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง การวินิจฉัยหลักสามอันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและทางเดินอาหาร (ร้อยละ 38.3) มะเร็งทางเดินปัสสาวะและอวัยวะเพศ (ร้อยละ 18.6) และมะเร็งโลหิตวิทยา (ร้อยละ 14.2) ทางด้านกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง การวินิจฉัยหลักสามอันดับแรก ได้แก่ โรคติดเชื้อ (ร้อยละ 31.2) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 26.6) และโรคระบบประสาท (ร้อยละ 14.1) รายละเอียดดังข้อมูลในภาพที่ 1 และ 2

ข้อมูลการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง

แผนกที่ส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ แผนกอายุรศาสตร์ แผนกศัลยศาสตร์ และแผนกสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (ร้อยละ 66.0 ร้อยละ 18.2 และร้อยละ 7.3 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาแยกกลุ่มผู้ป่วย พบว่า แผนกที่ส่งปรึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p -value < 0.001) กล่าวคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการส่งปรึกษาจากหลายแผนก แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีการส่งปรึกษาเกือบทั้งหมดมาจากแผนกอายุรศาสตร์ (ตารางที่ 2)

เหตุผลของการส่งปรึกษาตามข้อบ่งชี้ของศูนย์ชีวิติบาลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มที่พบมากที่สุดคือ การวางแผนดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รองลงมาคือ การประเมินความพร้อมต่อการตัดสินใจในการรับทราบผลการการวินิจฉัยใน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก (Demographic and Clinical Data)

ข้อมูลที่ศึกษา	รวมทั้งหมด (n = 247) จำนวน (%)	กลุ่มผู้ป่วย โรคมะเร็ง (n = 183) จำนวน (%)	กลุ่มผู้ป่วย ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (n = 64) จำนวน (%)	p-value
เพศ				
ชาย	116 (47.0)	85 (46.4)	31 (48.4)	0.784 ^A
หญิง	131 (53.0)	98 (53.6)	33 (51.6)	
อายุ				
Mean (SD)	65.4 (16.4)	62.8 (15.5)	72.6 (16.7)	<0.001 ^B
น้อยกว่า 60 ปี	86 (34.8)	75 (41.0)	11 (17.2)	0.010 ^A
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	161 (65.2)	108 (59.0)	53 (82.8)	
เชื้อชาติ				
ไทย	243 (98.4)	180 (98.4)	63 (98.4)	1.000 ^C
เชื้อชาติอื่น	4 (1.6)	3 (1.6)	1 (1.6)	
อาชีพ				
ประกอบอาชีพ	178 (72.1)	136 (74.3)	42 (65.6)	0.182 ^A
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	69 (27.9)	47 (25.7)	22 (34.4)	
ภูมิลำเนา				
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	185 (74.9)	138 (75.4)	47 (73.4)	0.754 ^A
ภูมิลำเนาอื่น	62 (25.1)	45 (24.6)	17 (26.6)	
สิทธิการรักษา				
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	110 (44.6)	80 (43.7)	30 (46.9)	<0.001 ^A
ประกันสังคม	24 (9.7)	23 (12.6)	1 (1.6)	
สวัสดิการข้าราชการและครอบครัว	80 (32.4)	58 (31.7)	22 (34.4)	
เจ้าหน้าที่สภากาชาดไทยและครอบครัว	7 (2.8)	-	7 (10.9)	
เงินสด	26 (10.5)	22 (12.0)	4 (6.3)	
Palliative Performance Scale (PPS)				
ตั้งแต่ร้อยละ 30 ลงไป	178 (72.1)	125 (68.3)	53 (82.8)	0.026 ^A
มากกว่าร้อยละ 30	69 (27.9)	58 (31.7)	11 (17.2)	

A: Chi-square test; B: Independent T-test; C: Fisher's exact test

วาระสุดท้ายขณะที่ผู้ป่วยรู้ตัว แต่เหตุผลอันดับที่ 3 แตกต่างกัน คือ การดูแลความเจ็บปวดและอาการทางกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง และติดต่อประสานญาติ ผู้ดูแล หรือเครือข่ายเพื่อจำหน่ายดูแลที่บ้านหรือโรงพยาบาลต้นสังกัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งซึ่งความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.014) (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาเรื่องการได้รับยาแก้ปวด กลุ่ม strong opioids หลังจากการตอบรับการส่งปรึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioids (ร้อยละ 72.7) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีเพียงส่วนน้อยที่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioids (ร้อยละ 37.5) (ตารางที่ 2)

ข้อมูลระยะวันนอนโรงพยาบาล

ค่ามัธยฐานระยะวันนอนโรงพยาบาลรวมของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง คือ 24 วัน และ 40 วัน ตามลำดับ โดยกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีระยะวัน

นอนรายนานกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001) เมื่อแบ่งระยะวันนอนก่อนและหลังการส่งปรึกษาพบว่า ระยะวันนอนโรงพยาบาลก่อนการส่งปรึกษาของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งนานกว่ากลุ่มโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญ (p-value 0.001) และระยะวันนอนโรงพยาบาลหลังการส่งปรึกษาจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งนานกว่ากลุ่มโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญ (p-value 0.021) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ข้อมูลการเสียชีวิต

จากข้อมูลในตารางที่ 4 และภาพที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีผู้เสียชีวิตในปริมาณที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 70.5 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง และร้อยละ 62.5 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 2 ข้อมูลการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Consultation Data)

ข้อมูลการศึกษา	รวมทั้งหมด (n = 247) จำนวน (%)	กลุ่มผู้ป่วย โรคมะเร็ง (n = 183) จำนวน (%)	กลุ่มผู้ป่วย ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (n = 64) จำนวน (%)	p-value
แผนกที่ส่งปรึกษา				
อายุรศาสตร์	163 (66.0)	107 (58.5)	56 (87.5)	<0.001 ^A
ศัลยศาสตร์	45 (18.2)	38 (20.8)	7 (10.9)	
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	18 (7.3)	18 (9.8)	-	
เวชศาสตร์นิวเคลียร์ รังสีรักษา	12 (4.9)	12 (6.6)	-	
อื่น ๆ	9 (3.6)	8 (4.3)	1 (1.6)	
เหตุผลของการส่งปรึกษา				
วางแผนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	134 (54.3)	106 (57.9)	28 (43.7)	0.014 ^A
ประเมินการตัดสินใจรับหัตถการยืดชีวิต ในวาระสุดท้าย	49 (19.8)	36 (19.7)	13 (20.3)	
ดูแลความเจ็บปวดและอาการทางกาย	29 (11.7)	24 (13.1)	5 (7.8)	
ประสานส่งต่อเพื่อการดูแลที่บ้านหรือ โรงพยาบาลต้นสังกัด	17 (6.9)	7 (3.8)	10 (15.6)	
ดูแลปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และทีมดูแล	7 (2.8)	4 (2.2)	3 (4.7)	
ดูแลผู้ใกล้ชิดเมื่อเผชิญต่อการสูญเสีย	3 (1.2)	2 (1.1)	1 (1.6)	
ดูแลโดยการใช้กิจกรรมบำบัด ศิลปะ บำบัด ศาสนกิจ จิตบำบัด	1 (0.4)	1 (0.6)	-	
ปัญหาเฉพาะด้านอื่น ๆ	7 (2.8)	3 (1.6)	4 (6.3)	
การได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioid				
หลังตอบรับการส่งปรึกษา	157 (63.6)	133 (72.7)	24 (37.5)	<0.001 ^A
ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioid	90 (36.4)	50 (27.3)	40 (62.5)	
ไม่ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioid				

A: Chi-square test

ตารางที่ 3 ข้อมูลระยะวันนอนโรงพยาบาล (Length of Stay)

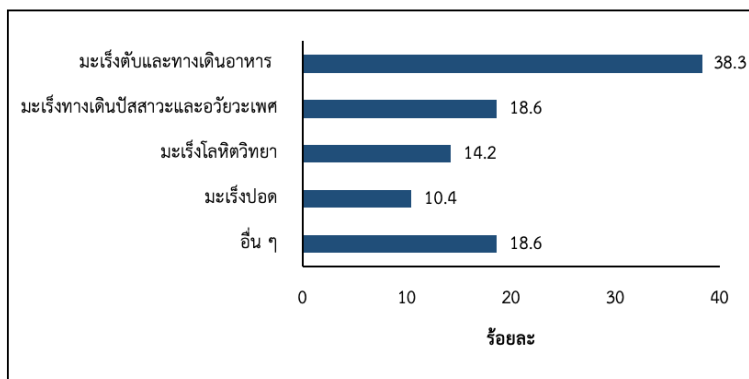
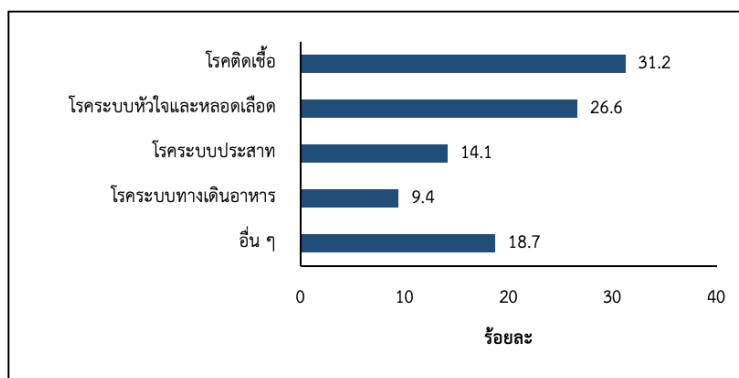
ข้อมูลการศึกษา	รวมทั้งหมด (n = 247) Median (IQR)	กลุ่มผู้ป่วย โรคมะเร็ง (n = 183) Median (IQR)	กลุ่มผู้ป่วย ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง (n = 64) Median (IQR)	p-value
ระยะวันนอนโรงพยาบาลรวม	27 (13–51)	24 (13–41)	40 (20–81)	0.001 ^A
ระยะวันนอนโรงพยาบาลก่อนการส่งปรึกษา	11 (4–25)	9 (4–20)	18 (9–43)	0.001 ^A
ระยะวันนอนโรงพยาบาลหลังการส่งปรึกษา จนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	10 (4–23)	8 (4–21)	15 (5–44)	0.021 ^A

A: Mann-Whitney U test

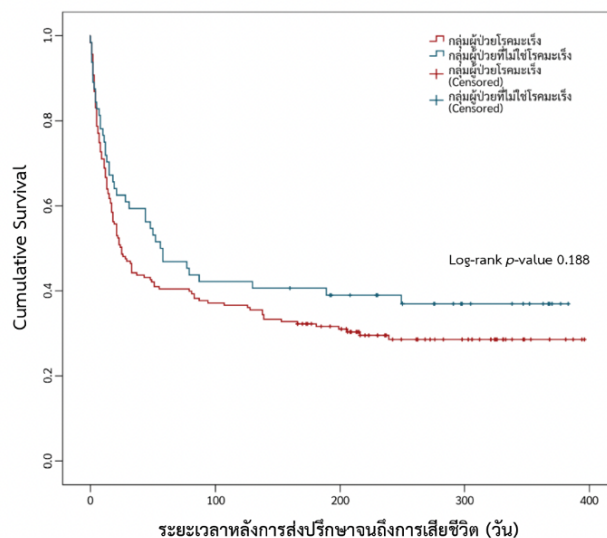
ตารางที่ 4 ข้อมูลการเสียชีวิต (Death Data)

ข้อมูลการศึกษา	รวมทั้งหมด	กลุ่มผู้ป่วย โรคมะเร็ง	กลุ่มผู้ป่วย ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง	p-value
การเสียชีวิต (n = 247) [จำนวน (%)]				
เสียชีวิตแล้ว	169 (68.4)	129 (70.5)	40 (62.5)	0.236 ^A
ยังมีชีวิตอยู่	78 (31.6)	54 (29.5)	24 (37.5)	
สถานที่เสียชีวิต (n = 169) [จำนวน (%)]				
เสียชีวิตในโรงพยาบาลฉุกเฉิน	154 (91.1)	117 (90.7)	37 (92.5)	1.000 ^B
เสียชีวิตที่อื่น	15 (8.9)	12 (9.3)	3 (7.5)	
ระยะวันตั้งแต่การส่งปรึกษาจนถึงวันเสียชีวิต	32 (14–49)	25 (16–33)	56 (21–90)	0.188 ^C
[Median (IQR)]				

A: Chi-square test; B: Fisher's exact test; C: Survival analysis

ภาพที่ 1 การวินิจฉัยหลักของกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ($n = 183$)ภาพที่ 2 การวินิจฉัยหลักของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ($n = 64$)

ภาพที่ 3 ระยะเวลาของโรงพยาบาลหลังการส่งปรึกษาจนถึงการเสียชีวิต



เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วย survival analysis พบว่า ค่ามัธยฐานระยะเวลาการรอดชีวิตหลังส่งปรึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งและกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งคือ 25 วัน และ 56 วัน พบว่าความน่าจะเป็นในการรอดชีวิตในช่วง

เวลาหลังส่งปรึกษาในทั้งสองกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างทางสถิติ (p-value 0.188)

วิจารณ์

จากข้อมูลที่ได้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มผู้ป่วยที่

ไม่ใช่โรคมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับการส่งปรึกษาเมื่อมีระดับคะแนน PPS ตั้งแต่ร้อยละ 30 ลงไป ซึ่งระดับคะแนน PPS นี้บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีอาการหนัก สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีอัตราการรอดชีวิตเฉลี่ย (mean survival time) ประมาณ 1 เดือน^{13,14} และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีระยะวันนอนโรงพยาบาลรวมและระยะวันนอนโรงพยาบาลก่อนการส่งปรึกษานานกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และฐานข้อมูลระบบสุขภาพ ทั้งในยุโรป¹⁵ สหรัฐอเมริกา¹⁶ แคนาดา¹⁷ และไต้หวัน¹⁸ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีความล่าช้าของการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการรับรู้ระยะท้ายจากทีมผู้ดูแลรักษาสาขาต่าง ๆ มากกว่า เนื่องจากในความรู้โดยทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะท้ายคือผู้ป่วยที่มีอายุมากและใกล้เสียชีวิต¹⁹

เมื่อพิจารณาเหตุผลของการส่งปรึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งมีสัดส่วนของการปรึกษาเพื่อการประสานส่งต่อเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยมากกว่าการปรึกษาเพื่อบรรเทาอาการถึงแม้ว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างมีอาการทางกายที่ต้องการจัดการ^{7,15,16,20} แสดงให้เห็นว่าทีมผู้ดูแลรักษายังไม่เห็นบทบาทของสหวิชาชีพในการจัดการอาการระยะท้ายในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง และอาจมองว่าการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองเป็นการยุติการรักษา^{20,21} จะส่งปรึกษาเพื่อทำการจำหน่ายผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการรักษา นอกจากนี้การพยากรณ์โรคระยะท้ายของกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งที่ไม่ตรงไปตรงมา ไม่สามารถบอกระยะเวลาเสียชีวิตที่แน่นอน¹⁴ ส่งผลให้มีอัตราการครองเตียงที่ยาวนานขึ้น²² จึงทำการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน การส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพจะช่วยติดต่อประสานงานโรงพยาบาลปลายทางเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นไปอย่างต่อเนื่อง^{21,23}

ด้านข้อมูลการเสียชีวิต เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่าระยะเวลาการมีชีวิตมีความหลากหลายแตกต่างกันในแต่ละสถานพยาบาล^{14,15,24} ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่นำข้อมูลของผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน PPS ทุกระดับมาวิเคราะห์ร่วมกันโดยไม่ได้แบ่งกลุ่มตามระดับคะแนน กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งจะมีการพยากรณ์โรคตามระดับคะแนน PPS ที่แม่นยำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งที่มีรูปแบบอาการและการดำเนินระยะท้ายแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มโรค^{7,14} รวมถึงระยะเวลาดิตตามผู้ป่วยเพียง 6 เดือน จึงอาจส่งผลให้ระยะเวลาการมีชีวิตระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ผลจากการศึกษานี้ทำให้เห็นถึงความล่าช้าในการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ที่อาจมีสาเหตุจากความไม่รู้และความไม่เข้าใจในแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคองหรือระบบการส่งปรึกษาทีมสหวิชาชีพ ดังเห็นได้จากข้อมูลที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็งที่ได้รับการส่งปรึกษาส่วนใหญ่มาจากแผนกอายุรศาสตร์ ที่มีการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพจากศูนย์ชีวภิบาล ร่วมกับการจัดบรรยายเรื่องการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง²⁵ ซึ่งความไม่รู้และไม่เข้าใจนี้เป็นอุปสรรคสำคัญที่พบได้เช่นเดียวกับในต่างประเทศ^{15,19,20,24,26} หากเพิ่มความรู้ สร้างความเข้าใจ และฝึกอบรมให้ทีมผู้ดูแลรักษาเข้าใจในแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง^{7,17,20,27,28} ที่ว่าการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้จำกัดเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ใกล้เสียชีวิต หรือหมดวิธีการรักษาแล้วเท่านั้น ทีมผู้ดูแลรักษาสามารถให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตร่วมกับการรักษาหลักอื่น^{20,27,29} อีกทั้งหากเพิ่มระบบการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายในกลุ่มโรคต่าง ๆ มีการประชาสัมพันธ์เกณฑ์การส่งปรึกษาเพื่อให้สหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคองที่ชัดเจน^{7,19,20,24} จะส่งเสริมให้ผู้ป่วย

กลุ่มต่าง ๆ สามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและปัญหาต่าง ๆ ได้²⁹⁻³¹

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ ประการแรก การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจากข้อมูลที่บันทึกไว้เท่านั้น คะแนน PSS เป็นการประเมินจากทีมที่รับปรึกษาในขณะนั้น ที่อาจมีความคลาดเคลื่อนในการประเมิน และมีระยะเวลาติดตามข้อมูลการเสียชีวิตที่สั้น ประการที่สอง ข้อมูลของผู้ป่วยในการศึกษานี้ อาจไม่สะท้อนลักษณะของผู้ป่วยโดยทั่วไป เนื่องจากเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่โรคมีความซับซ้อน ผู้ป่วยบางส่วนได้รับการรักษาเบื้องต้นและส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น และประการที่สาม การศึกษานี้ยังขาดข้อมูลด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว อาการปวด การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) เป็นต้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีผลต่อการส่งปรึกษา ระยะวันนอนโรงพยาบาลและระยะการมีชีวิตหลังการส่งปรึกษา

การศึกษาในอนาคตควรวางแผนเก็บข้อมูลผู้ป่วยแบบไปข้างหน้า ทาวิธีการประเมินคะแนน PSS ให้เที่ยงตรง มีระยะเวลาดูตามผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น เพิ่มรายละเอียดข้อมูลด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย และอาจวางแผนการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลทุกระดับ เพื่อให้ได้ข้อมูลในภาพรวมและสามารถนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างของการส่งปรึกษาในแต่ละระดับของโรงพยาบาล

สรุป

กลุ่มผู้ป่วยในที่ไม่ใช้โรคมะเร็งที่ได้รับการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอายุเฉลี่ยสูงกว่า มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองต่ำกว่า มีระยะวันนอนโรงพยาบาลยาวนานกว่าและมีผลซ้ำในการส่งปรึกษามากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยในโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตามระยะการมีชีวิตหลังการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลแบบประคับประคองไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. Knaul F, Radbruch L, Connor S, Lima Ld, Arreola-Ornelas H, Carniado OM, et al. How many adults and children are in need of palliative care worldwide? In: Connor SR, editor. Global atlas of palliative care. 2nd ed. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA); 2020.
2. Zheng L, Finucane A, Oxenham D, McLoughlin P, McCutcheon H, Murray S. How good is primary care at identifying patients who need palliative care? A mixed methods study. Eur J Palliat Care 2013;20:216-222.
3. Mounsey L, Ferres M, Eastman P. Palliative care for the patient without cancer. Aust J Gen Pract 2018;47(11):765-769.
4. Mason B, Buckingham S, Finucane A, Hutchison P, Kendall M, McCutcheon H, et al. Improving primary palliative care in Scotland: lessons from a mixed methods study. BMC Fam Pract 2015;16:176.
5. กระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
6. กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
7. อากาศ พัฒนเรืองไฉ, บรรณารักษ์. List disease of palliative care and functional unit. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2559.

เอกสารอ้างอิง

8. ชญาพร สีลา, สุภิญญา หังสพฤกษ์, สาคร ภูน้ำเย็น, จุฑาทิพย์ พิทักษ์, สายใจ วอนขอพร, ชาลีมาศ ต้นสุเทพวิจิตรวงศ์, บรรณารักษ์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับทีมหมอดรอบครัว (Guidelines of palliative care for family care team). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2558.
9. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย: การมุ่งสู่คุณภาพ. ใน: ปฐมพร ศิริประภาศิริ, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารัง, บรรณารักษ์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
10. สภากาชาดไทย. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. หนังสือที่ระลึก ๑๐๐ ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย; 2557.
11. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
12. บุษยามาส ชิวสกุลยง, ลดารัตน์ สาภินันท์. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ ฉบับสวนดอก (Palliative performance scale for adult Suandok). ใน: บุษยามาส ชิวสกุลยง, อาริวรรณ สมหวังประเสริฐ, สุรินทร์ จิรินรัมย์, เบญจลักษณ์ มณีทอง, ธนินันต์ สิริพันธ์, ชัญญุมหาพรหม, และคณะ. บรรณารักษ์. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care). เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
13. Lau F, Downing M, Lesperance M, Karlson N, Kuziemy C, Yang J. Using the palliative performance scale to provide meaningful survival estimates. *J Pain Symptom Manag* 2009;38(1):134-144.
14. Prompantakorn P, Angkurawaranon C, Pinyopornpanish K, Chutarattanukul L, Aramrat C, Pateekhum C, et al. Palliative Performance Scale and survival in patients with cancer and non-cancer diagnoses needing a palliative care consultation: a retrospective cohort study. *BMC Palliat Care* 2021;20(1):74.
15. Cantin B, Rothuisen LE, Buclin T, Pereira J, Mazzocato C. Referrals of cancer versus non-cancer patients to a palliative care consult team: do they differ? *J Palliat Care* 2009;25(2):92-99.
16. Bostwick D, Wolf S, Samsa G, Bull J, Taylor DH, Johnson KS, et al. Comparing the palliative care needs of those with cancer to those with common non-cancer serious illness. *J Pain Symptom Manag* 2017;53(6):1079-1084.
17. Quinn KL, Wegier P, Stukel TA, Huang A, Bell CM, Tanuseputro P. Comparison of palliative care delivery in the last year of life between adults with terminal noncancer illness or cancer. *JAMA Netw Open* 2021;4(3):e210677.
18. Shih TC, Chang HT, Lin MH, Chen CK, Chen TJ, Hwang SJ. Differences in do-not-resuscitate orders, hospice care utilization, and late referral to hospice care between cancer and non-cancer decedents in a tertiary hospital in Taiwan between 2010 and 2015: a hospital-based observational study. *BMC Palliat Care* 2018;17(1):18.
19. Fenstad ER, Shanafelt TD, Sloan JA, Novotny PJ, Durst LA, Frantz RP, et al. Physician attitudes toward palliative care for patients with pulmonary arterial hypertension: results of a cross-sectional survey. *Pulm Circ* 2014;4(3):504-510.
20. Hawley P. Barriers to Access to Palliative Care. *Palliat Care* 2017;10:1178224216688887.
21. จิรต์ม ศิริรัตนบัลล์, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภรเอก มนัสวานิช, สุริรัตน์ งามเกียรติไพศาล, ภาวิกา ศิริรัตนบัลล์, ธนภูมิ รัตนานพวงศ์ และคณะ. สถานการณ์ Hospice Care ในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
22. Dharmasena H, Forbes K. Palliative care for patients with non-malignant disease: Will hospital physicians refer? *Palliat Med* 2001;15:413-418.
23. Junda T, Phengjard J, Sumdangrit B, Patumwan A, Chaiviboontham S, Intarasombat P, et al. Palliative care system: central region of Thailand. *TRCN J* 2017;10(2):87-102.
24. Hung YS, Chang H, Wu WS, Chen JS, Chou WC. A comparison of cancer and noncancer patients who receive palliative care consultation services. *Am J Hosp Palliat Med* 2013;30(6):558-565.

เอกสารอ้างอิง

25. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คณะแพทยศาสตร์. ภาควิชาอายุรศาสตร์. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาอายุรศาสตร์ (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
26. Allsop MJ, Ziegler LE, Mulvey MR, Russell S, Taylor R, Bennett MI. Duration and determinants of hospice-based specialist palliative care: A national retrospective cohort study. *Palliat Med* 2018;32(8):1322-1333.
27. เต็มศักดิ์ พึ่งรัมย์. การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ฉันทชัย สิทธิพันธ์, บรรณารักษ์. การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (End of life care: improving care of the dying). พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์; 2556.
28. 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* 2020;370:m2257.
29. Wu L-F, Lin C, Hung Y-C, Chang L-F, Ho C-L, Pan H-H. Effectiveness of palliative care consultation service on caregiver burden over time between terminally ill cancer and non-cancer family caregivers. *Support Care Cancer* 2020;28(12):6045-6055.
30. Al-Ansari AM, Abd-El-Gawad WM, Suroor SN, AboSerea SM. Knowledge and attitude of primary care physicians towards palliative care. Is it time for integration? [Internet]. North Carolina: Research Square; 2021 [cited 2021 Jun 26]. Available from: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-240274/v1>.
31. Ziegler LE, Craigs CL, West RM, Carder P, Hurlow A, Millares-Martin P, et al. Is palliative care support associated with better quality end-of-life care indicators for patients with advanced cancer? A retrospective cohort study. *BMJ Open* 2018;8(1):e018284.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาลักษณะผู้ป่วยระดับประคองในหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

Received: April 4, 2021; **Revised:** May 25, 2021; **Accepted:** August 18, 2021

แพทย์หญิงชโลธร ชาวบ้านกว้าง

ว.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

Corresponding Author e-mail:

ying.nph13@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

วิธีการศึกษา: แบบ Cross sectional study เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ The Supportive and Palliative Care Indicators Tool 2019 (SPICTM 2019) ที่หอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยทั่วไป แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่ ก.ค. 2563 ถึง ม.ค. 2564 เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยใน

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ SPICTM 2019 จำนวน 262 คน พบผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 40 คน (15.27%) จากหอผู้ป่วยสามัญ 22 คน และหอผู้ป่วยพิเศษ 18 คน โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่ม Cancer จำนวน 32 คน (80.00%) สัดส่วนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลประคับประคองชนิดของมะเร็ง Palliative performance scale และสาเหตุการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มที่ส่งปรึกษาแผนกการดูแลแบบประคับประคองและกลุ่มที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกการดูแลแบบประคับประคองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การได้รับหัตถการ Endotracheal tube insertion ในผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง (15.38% VS 26.47%, P-value < 0.001) และได้รับการทำ Advance care plan อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรมากกว่า (100% VS 20.27%, P-value < 0.001)

สรุป: ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนน้อย ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็งยังไม่เข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง การส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองทำให้ผู้ป่วยได้ทำ Advance care plan มากกว่า และใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง, ผู้ป่วยในแบบประคับประคอง, ผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วย

ORIGINAL ARTICLE

Characteristics of palliative inpatients in medicine department,

Nakhonpathom hospital: A cross-sectional study

Received: April 4, 2021; **Revised:** May 25, 2021; **Accepted:** August 18, 2021

Abstract

Objective: To investigate characteristics of palliative patients in Nakhonpathom hospital

Methods: This cross-sectional study was conducted at the inpatients medicine department setting during July 2020-January 2021. Palliative patients were eligible to participate this study if they were met criterion of SPICT™ 2019. The medical record were reviewed.

Results: 262 palliative patients were eligible for this study. Forty palliative patients (15.27%) had palliative care consult services. The proportion of patients with SPICT™ 2019 in the two groups differed. Cancer was the most common primary diagnosis in patients with palliative care consultation (n=32). There were significantly different in admission unit, SPICT™ 2019, type of cancer, palliative performance scale and principle diagnosis between the two study groups. Patients receiving palliative care consultation had lower rate of endotracheal tube insertion than patients without palliative care consultation (15.38% VS 26.47%, P-value < 0.001). Palliative care consultation group also had more ACP documentation than a non-consultation group (P-value < 0.001).

Conclusion: The low rate of palliative care accessibility was use among the patients with non-cancer and critical illness. Palliative care service decreased the proportion of endotracheal intubation and achieved more ACP documentation.

Keywords: palliative consultation, palliative inpatients, medical outcome

Chalothorn Chaobankrang, MD, MRCFPT

Nakhonpathom hospital, Nakhonpathom province

Corresponding Author e-mail:

ying.nph13@gmail.com

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายหรือระยะลุกลามของโรค และครอบครัวผู้ป่วย มุ่งเน้นการดูแลอย่างองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพทั้งด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยประคับประคองเป็นที่ต้องการเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเพิ่มของปริมาณประชากรสูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่การดูแลแบบประคับประคองนั้นยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ ในแต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ป่วยประมาณ 40 ล้านคนที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพียง 14%¹ ในขณะที่ประเทศไทยพบผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 21.4% แต่มีผู้ป่วยมีเพียง 6% ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง² จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอาการทางกายและจิตใจได้ครบถ้วน ได้รับการดูแลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น^{3, 4} นอกจากนี้การดูแลแบบประคับประคองยังเป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล อาทิ การเพิ่มคุณภาพของการรักษา ลดอัตราการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล⁵⁻¹⁰ จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐานควรได้รับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพระบบบริการ¹¹

แผนกดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลนครปฐม เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 โดยอายุรแพทย์และพยาบาลที่ผ่านหลักสูตรการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง มีรูปแบบการให้บริการคลินิกประคับประคอง บริการเยี่ยมบ้าน และบริการให้คำ

ปรึกษาผู้ป่วยในจากทุกแผนกในโรงพยาบาล โดยแผนกอายุรกรรมเป็นแผนกที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระดับประคับมากที่สุด จึงเป็นที่มาของการศึกษาลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยแบบประคับประคอง สัดส่วนผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระดับประคับในบริบทของโรงพยาบาลนครปฐม เพื่อพัฒนาแผนการดูแลรักษาได้ตรงตามตามลักษณะและความจำเป็นของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ Cross sectional study เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระดับผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) หอผู้ป่วยวิกฤตทางเดินหายใจ (RCU) หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต (semi-ICU) หอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยพิเศษ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่เดือนวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 30 มกราคม พ.ศ.2564

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือก 1.) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาวินิจฉัยในโรงพยาบาลมีอายุ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2.) ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองจาก The Supportive and Palliative Care Indicators Tool 2019 (SPICT™ 2019) 3.) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ 4.) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1.) ผู้ป่วยที่ไม่ทราบการวินิจฉัยที่แน่นอนจากแพทย์เจ้าของไข้ 2.) ผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านความจำหรือบกพร่องทางสติปัญญา เช่น dementia, mental retardation ในกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เกณฑ์ข้อบ่งชี้ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองจาก The Supportive and Palliative Care Indicators Tool 2019 (SPICTM 2019) (12-15) ประกอบด้วย

- โรคมะเร็ง (Cancer)
- ภาวะสมองเสื่อม/ ภาวะเปราะบาง (Dementia/ Frailty)
- โรคระบบประสาท (Neurological disease)
- โรคหัวใจและหลอดเลือด (Heart/ Vascular disease)
- โรคทางเดินหายใจ (Respiratory disease)
- โรคไต (Kidney disease)
- โรคตับ (Liver disease)
- สภาวะของร่างกายที่มีการเสื่อมถอย (Poor or deteriorating health)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกการรักษาระยะอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ หอผู้ป่วย โรคประจำตัว Palliative performance scale (PPS) สาเหตุการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (Principle diagnosis) ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Complication) การได้รับหัตถการที่รุกราน (Invasive procedure) การได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care team consultation) การได้รับการทำ advance care plan อย่างเป็นลายลักษณ์

อักษร และการบรรจุ advance care plan ตามที่ระบุไว้ในเอกสาร advance care plan

วิธีการรวบรวม

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองจาก The Supportive and Palliative Care Indicators Tool 2019 (SPICTM 2019) โดยก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัย จากนั้นเก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านการรักษาจากแบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยใน (chart review) โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเพียงคนเดียว การบันทึกข้อมูลใช้โปรแกรม Microsoft Excel ร่วมกับ google form ซึ่งข้อมูลจะถูกปิดเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือระบุตัวตน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยโปรแกรม Stata รายงานผลข้อมูลทั่วไปเป็นความถี่และร้อยละ ใช้สถิติ Pearson Chi-square เพื่อทดสอบเปรียบเทียบ Patient Characteristics เป็นตัวแปรจำแนกประเภท (Categorical variables) ระหว่างกลุ่มที่ไม่เคยและกลุ่มที่เคยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ข้อมูลมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระยะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) หอผู้ป่วยวิกฤตทางเดินหายใจ (RCU) หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต (semi-ICU) หอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยพิเศษ แผนกอายุรกรรมทั้งหมด 8,240 คน มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองจาก SPICTM 2019 จำนวน 262 คน (3.18%)

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองมีจำนวน 40 คน (15.27%) เป็นเพศชายสัดส่วนใกล้เคียงกับเพศหญิง ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุเกิน 60 ปี และผู้ป่วยที่อายุเกิน 80 ปีมีจำนวนถึง 36.26% (แผนภูมิที่ 1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี Palliative

performance scale เท่ากับ 30%-50% (62.50%) รองลงมาคือ Palliative performance scale > 60% (22.50%) หอผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองมากที่สุดคือ หอผู้ป่วยสามัญ (47.33%) และหอผู้ป่วยพิเศษ (30.92%) หอผู้ป่วยที่ไม่พบการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองคือ หอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตทางเดินหายใจ และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต รายละเอียดดังตารางที่ 1

ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ SPICIT[™] 2019 เป็นผู้ป่วยกลุ่ม Cancer ถึง 80% ในขณะที่กลุ่ม non cancer ประกอบด้วย Dementia/Frailty (5%) Respiratory disease (5%) Liver disease (5%) และ Poor or Deteriorating health (5%) โดยผู้ป่วยมีเรื้อรังเกือบทั้งหมดเป็นระยะ 3 และระยะ 4 ในผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้ป่วยกลุ่ม Poor or Deteriorating health มากที่สุด (30.18%) รองลงมาคือ Cancer (20.27%) Dementia/Frailty (20.27%) Respiratory disease (9%) รายละเอียดดังแผนภูมิที่ 2

ข้อมูลด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองได้รับการวินิจฉัยเป็น Disease progression Pneumonia และ Sepsis เป็น 35.00% 7.50 % และ 7.50% ตามลำดับ การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาลพบในผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 237 คน (90.46%) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดได้แก่ Acute respiratory failure, Acute kidney injury, Anemia, Severe sepsis และ Hospital acquired pneumonia รายละเอียดดังตารางที่ 2

ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด (40 คน) ได้รับการทำ Advance care plan อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและได้รับการดูแลตรงตาม Advance care plan ที่ระบุไว้ในเอกสารตามประสงค์ของผู้ป่วย และได้รับหัตถการ Endotracheal

tube insertion จำนวน 4 ราย (15.38%) และไม่ได้รับหัตถการ Renal replacement therapy และ Cardiopulmonary Resuscitation ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองได้รับหัตถการ Endotracheal tube insertion จำนวน 45 ราย (26.47%) Renal replacement therapy จำนวน 4 ราย (2.35%) และ Cardiopulmonary Resuscitation จำนวน 2 ราย (1.17%)

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคอง SPICIT[™] 2019 มีลักษณะพื้นฐานทางประชากรใกล้เคียงกับผลลัพธ์ที่ผ่านมา กล่าวคือ มีสัดส่วนของเพศ และอายุใกล้เคียงกัน พบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 15.27% ซึ่งใกล้เคียงกับศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (17.30%) และต่างประเทศ^{1,16,17} มากกว่าโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (6 % และ 0.2% ตามลำดับ)^{2,18} งานวิจัยนี้ไม่พบการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตทางเดินหายใจ และหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ซึ่งมีจำนวนถึง 22% จากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด ในขณะที่ต่างประเทศพบการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยวิกฤต ประมาณ 30%-40%^{7,19,20} ประเภทผู้ป่วยตามเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคอง SPICIT[™] 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองและกลุ่มที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม Cancer (80.00%) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่า Palliative performance scale 30%-50% โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองมีสัดส่วนของความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ส่งปรึกษา

แผนกแบบประคับประคอง (P-value < 0.001)

สาเหตุการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value= 0.001) โดยผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาลด้วย Disease progression ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองนอนโรงพยาบาลด้วย Pneumonia

ด้านอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยรวมในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่

การได้รับหัตถการ Endotracheal tube insertion ในผู้ป่วยกลุ่มที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองมีจำนวน 15.36% ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) สอดคล้องกับผลการวิจัยของโรงพยาบาลศรีนครินทร์²¹ และงานวิจัยในต่างประเทศ²²⁻²⁴ ที่มีหัตถการ Endotracheal tube insertion ประมาณ 10%-35% สำหรับการดูแลแบบประคับประคองพบว่าผู้ป่วยทุกคนที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองจะได้รับการทำ Advance care plan อย่างเป็นทางการ ภายใต้อาจารย์และได้รับการดูแลรักษาตาม

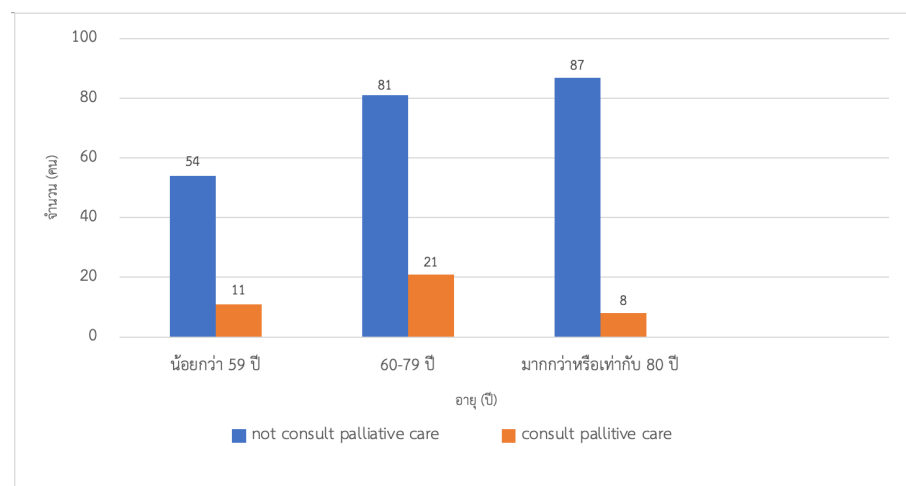
ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองจาก The Supportive and Palliative Care Indicators Tool 2019 (SPICTM 2019)

ลักษณะประชากร	ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง (%)	ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง (%)	P-value
ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคอง	222 (84.73)	40 (15.27)	
เพศ			0.474
ชาย	114 (51.35)	23 (57.50)	
หญิง	108 (48.65)	17 (42.50)	
อายุ, ปี			0.027
< 59	54 (24.32)	11 (27.50)	
60-79	81 (36.49)	21 (52.50)	
≥ 80	87 (39.19)	8 (20.00)	
Palliative performance scale (PPS)			0.000
≤ 20%	1 (0.45)	6 (15.00)	
30%-50%	166 (74.78)	25 (62.50)	
≥ 60%	55 (24.77)	9 (22.50)	
Admission unit			0.008
Critical care unit *	57 (25.68)	0	
General ward	102 (45.95)	22 (55.00)	
Special ward	63 (28.38)	18 (45.00)	
SPICTM 2019			0.000
Cancer	45 (20.27)	32 (80.00)	
Dementia/ Frailty	46 (20.72)	2 (5.00)	
Neurological disease	15 (6.76)	0	
Heart/ vascular disease	9 (4.05)	0	
Respiratory disease	20 (9.00)	2 (5.00)	
Kidney disease	9 (4.05)	0	
Liver disease	11 (4.95)	2 (5.00)	
Poor or Deteriorating health	67 (30.18)	2 (5.00)	
Type of cancer (n=87)			0.000
Lung	8 (14.81)	7 (21.21)	
Liver	6 (11.11)	4 (12.12)	
Breast	9 (16.67)	3 (9.09)	
others	31 (57.41)	16 (48.48)	
Cancer staging			0.126
Stage 2	5 (9.26)	0	
Stage 3	8 (14.81)	3 (9.09)	
Stage 4	41 (75.93)	30 (90.91)	

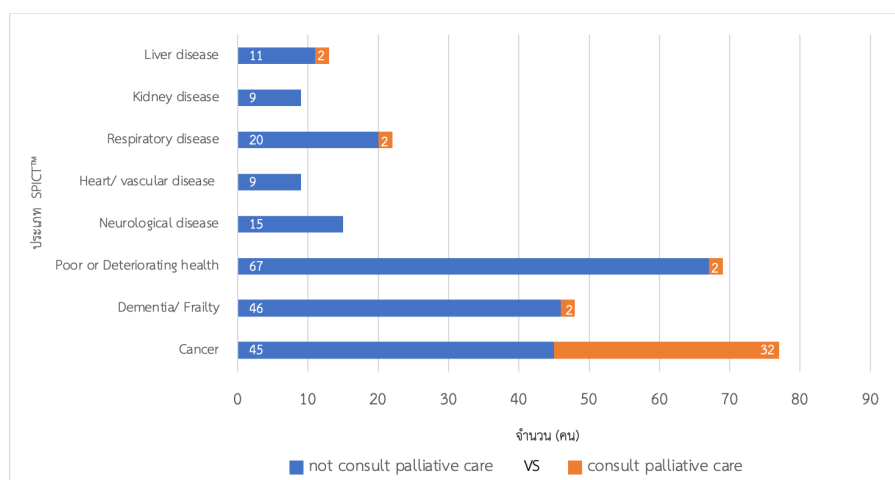
* Critical care unit ได้แก่ Intensive care unit, Respiratory care unit และ Semi-intensive care unit

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลด้านการรักษาของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองจาก The Supportive and Palliative Care Indicators Tool 2019 (SPICIT[™] 2019)

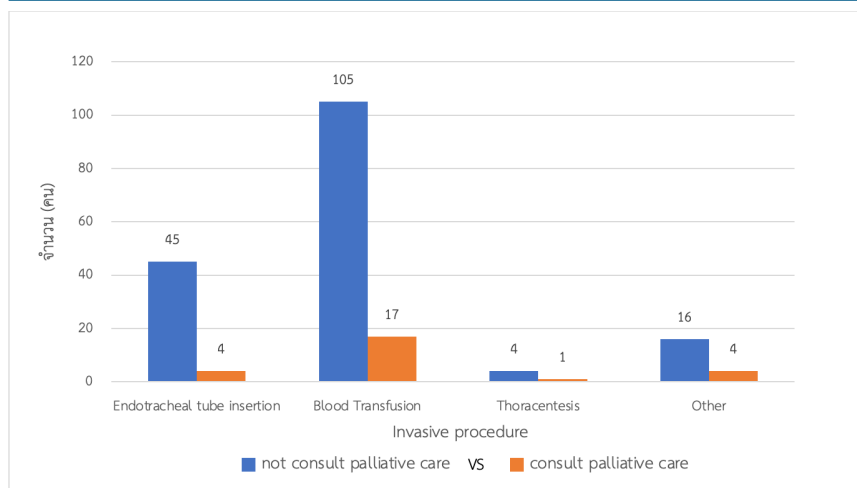
ลักษณะประชากร	ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง (%)	ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง (%)	P-value
Principle Diagnosis			0.001
Pneumonia	51 (22.97)	3 (7.50)	
Disease progression	25 (11.26)	14 (35.00)	
Sepsis	22 (9.91)	3 (7.50)	
Other	124 (55.86)	20 (50.00)	
Complication (n = 237)	200 (84.39)	37 (15.61)	0.091
Acute respiratory failure	125 (62.50)	15 (40.54)	
Acute kidney injury	21 (10.50)	8 (21.62)	
Severe sepsis	17 (8.50)	3 (8.11)	
Other	37 (18.50)	11 (29.73)	
Invasive procedure (n = 196)	170 (86.73)	26 (13.27)	0.365
Endotracheal tube insertion	45 (26.47)	4 (15.38)	0.000
Blood Transfusion	105 (61.77)	17 (65.39)	
Thoracentesis	4 (2.35)	1 (3.85)	
Renal replacement therapy	4 (2.35)	0	
Cardiopulmonary Resuscitation	2 (1.17)	0	
Gastrointestinal endoscopy	4 (2.35)	0	
Other	6 (3.53)	4 (15.38)	
Advance care planning status			0.000
Advance care plan	45 (20.27)	40 (100)	
Achieved advance care plan	43 (95.56)	40 (100)	



แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับและที่ได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง จำแนกตามอายุ (ปี)



แผนภูมิที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับและที่ได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง จำแนกตามประเภทผู้ป่วย ประคับประคองจากเกณฑ์ SPICIT[™] 2019



แผนภูมิที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับและที่ได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง จำแนกตามการได้รับหัตถการที่รุกราน (Invasive procedure)

Advance care plan ทุกคน ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$)

จากข้อค้นพบดังกล่าวโรงพยาบาลนครปฐมมีแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่สำคัญคือ การให้ผู้ป่วยเข้าสู่บริการการดูแลแบบประคับประคองเร็วขึ้น (early palliative care) และเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย กลุ่มโรคที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง และในหอผู้ป่วยวิกฤติ (Critical care unit)

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยนี้คือ กลุ่มประชากรที่มีการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม ไม่ได้ครอบคลุมผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองในแผนกอื่นร่วมด้วย และมีข้อจำกัดด้านข้อมูลการดูแลรักษาที่ไม่ครอบคลุมถึงผลลัพธ์การรักษาอื่น ๆ เช่น การควบคุมอาการทางกาย ด้านสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคตคือ การศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างองค์รวม งานวิจัยเชิงคุณภาพด้านความคิดและความเชื่อของแพทย์เจ้าของไข้และบุคลากรที่ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง เพื่อช่วยในการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับพัฒนาระบบบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้มากขึ้น

สรุปผล

ข้อค้นพบงานวิจัยชิ้นนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองและได้รับการส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองนั้นมีจำนวนน้อย ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับในประเทศและต่างประเทศ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ และผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็งยังไม่เข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง การส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคองทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสวางแผนดูแลล่วงหน้า โดยจะเห็นได้จากสัดส่วนการทำ Advance care plan อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรที่มากกว่า รวมถึงการใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ส่งปรึกษาแผนกดูแลแบบประคับประคอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยระดับประคับประคองและครอบครัวทุกท่าน ขอขอบคุณ ผศ.นพ. กิติพล นาควิโรจน์ อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว สำหรับข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ขอขอบคุณ อ.ดร. วิภาวรรณ เล้าอรุณ อาจารย์ภาควิชาสถิติ มหาวิทยาลัยศิลปากรที่ให้ความช่วยเหลือด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลนครปฐมสำหรับความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Alliance WPC, Organization WH. Global atlas of palliative care at the end of life 2014 [cited 2020 June 20]. Available from: <https://www.thewhpc.org/resources/category/global-atlas-of-palliative-care-at-the-end-of-life>.
2. Natprayut N. Access to palliative care in a tertiary care hospital in Thailand. *The Clinical Academia* 2019;43(6):220-228.
3. Cook D, Rocker G. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *N Engl J Med* 2014;370(26):2506-2014.
4. Elsayem A, Swint K, Fisch MJ, Palmer JL, Reddy S, Walker P, et al. Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes. *J Clin Oncol* 2004;22(10):2008-2014.
5. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Syst Rev* 2013(6).CD007760.
6. Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, Caust-Ellenbogen M, Litke A, Spragens L, et al. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med* 2008;168(16):1783-1790.
7. Kyeremanteng K, Gagnon LP, Thavorn K, Heyland D, D'Egidio G. The Impact of Palliative Care Consultation in the ICU on Length of Stay: A Systematic Review and Cost Evaluation. *J Intensive Care Med* 2018;33(6):346-353.
8. Nelson JE, Curtis JR, Mulkerin C, Campbell M, Lustbader DR, Mosenthal AC, Puntillo K, Ray DE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Frontera JA, Hays RM, Weissman DE; Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Project Advisory Board. Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the ICU: a report from the Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Advisory Board. *Crit Care Med* 2013;41(10):2318-2327.
9. Martins BD, Oliveira RA, Cataneo AJ. Palliative care for terminally ill patients in the intensive care unit: Systematic review and metaanalysis. *Palliat Support Care* 2017;15(3): 376-383.
10. Penrod JD, Deb P, Dellenbaugh C, Burgess Jr JF, Zhu CW, Christiansen CL, et al. Hospital-based palliative care consultation: effects on hospital cost. *J Palliat Med* 2010;13(8):973-979.
11. Casarett D, Teno J. Why Population Health and Palliative Care Need Each Other. *JAMA* 2016;316(1):27-28.
12. Edinburgh Uo. Supportive & Palliative Care Indicators Tool 2019 [cited 2020 June 20]. Available from: <https://www.spict.org.uk/the-spict/>.
13. Sripaew S, Fumaneeshoat O, Ingviya T. Systematic adaptation of the Thai version of the supportive and palliative care indicators tool for low-income setting (SPICT-LIS). *BMC Palliat Care* 2021;20(1):1-9.
14. De Bock R, Van Den Noortgate N, Piers R. Validation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in a Geriatric Population. *J Palliat Med* 2018;21(2):220-224.
15. Hight G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. *BMJ Support Palliat Care* 2014;4(3):285-90.
16. Pantilat SZ, Billings JA. Prevalence and Structure of Palliative Care Services in California Hospitals. *Arch Intern Med* 2003;163(9):1084-1088.
17. Hua MS, Li G, Blinderman CD, Wunsch H. Estimates of the need for palliative care consultation across united states intensive care units using a trigger-based model. *Am J Respir Crit Care Med* 2014;189(4):428-436.
18. Fumaneeshoat O. Prevalence of the Z515 (Palliative Care) Diagnosis from the ICD-10 System in Cancer Patients and the Relationship between Treatment and Cost in Songklanagarind Hospital. *JHSMR* 2018:269-276.
19. Ma J, Chi S, Buettner B, Pollard K, Muir M, Kolekar C, et al. Early palliative care consultation in the medical ICU: a cluster randomized crossover trial. *Crit Care Med* 2019;47(12):1707-1715.
20. Gonsalves WI, Tashi T, Krishnamurthy J, Davies T, Ortman S, Thota R, et al. Effect of palliative care services on the aggressiveness of end-of-life care in the Veteran's Affairs cancer population. *J palliat med* 2011;14(11):1231-1235.
21. Sinsuwan W, Pairojkul S, Gomutbutra P, Kongkum K, Kosuwon W. A Retrospective, Single Center, Observational Study, Comparing the Direct Cost of End-Of-Life Care Patients with Advanced Cancer Care: Palliative Care versus Usual Care. *J Palliat Care Med* 2016; 6:243.
22. Triplett DP, LeBrett WG, Bryant AK, Bruggeman AR, Matsuno RK, Hwang L, Boero JJ, Roeland EJ, Yeung HN, Murphy JD. Effect of Palliative Care on Aggressiveness of End-of-Life Care Among Patients With Advanced Cancer. *J Oncol Pract* 2017;13(9):e760-e769.
23. Barnato AE, McClellan MB, Kagay CR, Garber AM. Trends in inpatient treatment intensity among Medicare beneficiaries at the end of life. *Health Serv Res* 2004;39(2):363-375.
24. Barnato AE, Cohen ED, Mistovich KA, Chang CC. Hospital end-of-life treatment intensity among cancer and non-cancer cohorts. *J Pain Symptom Manage* 2015;49(3):521-529.e95.

เรื่องเล่า

13 ปี พาประครองออกจากถ้ำ

Received: January 8, 2021; Revised: March 26, 2021; Accepted: September 9, 2021

แพทย์หญิงวนาพร วัฒนกุล

ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding Author Email:

Krataipaa@gmail.com

ครั้งแรกที่ได้พบกัน ในวันกลางเดือนมิถุนายน ปี 2561 นายประครอง ชายหนุ่มวัยกลางคน นอนราบบนเตียง สำหรับคนไข้ เบาะนอนที่ส่อเค้าความเก่าจากคราบฝุ่นเกาะแน่น มีเก้าอี้หวีหล่นบนพื้นที่ปูด้วยเสื่อน้ำมันคร่ำคร่ำลวดลาย ซีดจางแต่รอยเผาไหม้ของนูหรือนั้นคมชัด บ่งสะท้อนสภาวะอารมณ์ ของเจ้าของพื้นที่ เขาเป็นชายรูปร่างสูงผอมทรวงอกกระดูก ขยับแขนสองข้างได้และขาทั้งสองสามารถยกได้สูงอย่างคนมีกำลัง เขามีแววตาที่แสดงถึงความคิด คำพูดที่แสดงถึงความรู้สึก ได้อย่างคนทั่วไป ด้วยศักยภาพทางกายมากมายเช่นนี้ ผู้ชายคนนี้จะจะต้องออกจากบ้านได้อย่างไรสระ เหตุใดจึงนอนติดเตียง มาได้ถึงนานเพียงนี้ ฉันนึกฉงนใจ พลาถสืบเสาะเรื่องราว

เมื่อสิบสองปีก่อน ประครองประสบอุบัติเหตุตกจากที่สูง เป็นเหตุให้กระดูกต้นคอหักทับเส้นประสาท ทำให้ร่างกาย เป็นอัมพาตตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา คือคำบอกเล่าจากมารดาและพี่บุญสนอง พี่สาวที่รอคอยการมาของหมอ เพื่อจะขอให้หมอ เซ็นใบขอกู้เงินในฐานะผู้ดูแลคนพิการ การเซ็นเอกสารที่ฉันสามารถทำได้เพียงไม่กี่วันที ทว่าการช่วยประครองอย่างแท้จริง ต้องใช้เวลามากกว่านั้นมาก

นับจากวันนั้น เรื่องราวของประครองยังติดอยู่ในใจฉันเรื่อยมา ภาพที่ควรเป็นคือ ประครองต้องออกจากบ้านได้ เขาต้องมีโอกาสชีวิตอย่างอิสระ นั้นเป็นปณิธานในใจของหมอ เวชศาสตร์ครอบครัวคนหนึ่ง ที่มีโอกาสเยี่ยมบ้านคนพิการมาอย่างหลากหลาย คนพิการส่วนใหญ่ มีสภาวะร่างกายที่มีอาจใช้ชีวิตอย่างอิสระเนื่องจากสภาวะ ทางกายที่เป็นอยู่ แต่ไม่ใช่สำหรับประครอง ชายหนุ่มผู้มีแววตาแห่งชีวิตและมีพลังกายมากมายเช่นนี้

การดำเนินการเพื่อช่วยประครอง ที่นอนติดเตียงมาอย่างยาวนานนับทศวรรษ ทำให้มีภาวะข้อติดทั้งแขนขา และนิ้วมือทุกนิ้วที่แข็งเกร็งในท่าแอ่นโค้งแอ่นงอ เล็บที่ยาวเกือบห้าเซนติเมตร จนมีเนื้อเยื่อออกนอกมารองรับ แถมยังหนา ตัวจนกรไกรไม่สามารถตัดเล็บได้ กล้ามเนื้อแขนขา และบริเวณแผ่นหลังที่ฝ่อตัวจนแบนราบราวกับแผ่นกระดาน เป็นสภาพ ร่างกายที่ทำทนายการฟื้นฟูในทุกมิตินั้น ย่อมต้องการสรรพกำลังจากผู้คนและหน่วยงานต่าง ๆ มากมาย การช่วยประครองคง ไม่แตกต่างจากการพาหุพา 13 คนออกจากถ้ำ ที่ใช้สรรพกำลัง ความเสียสละและอดทนของผู้คนหลายฝ่าย ด้วยสำนึกนี้ ประครองนอนมา 12 ปีแล้ว คงต้องใช้ระยะเวลานานร่วมปีในการพาเขาออกมา ฉันจึงตั้งชื่อภารกิจนี้ว่า “13 ปีพาประครองออกจากถ้ำ” เพื่อกำหนดจุดหมายและตั้งหลักในการออกเดินทางไกล

ในระยะเตรียมการ ฉันออกไปเยี่ยมบ้านเพื่อเตรียมความพร้อมของประครองและครอบครัว ด้วยการบอกเล่า ความคิดความรู้สึกของฉัน และเป้าหมายของการมา จุดประสงค์ที่เราทุกฝ่ายมีความต้องการร่วมกัน เมื่อครอบครัวและ ทีมงานมีความเข้าใจดีแล้ว เราจึงเริ่มต้นออกเดินทาง เมื่อเดือนสิงหาคม 2561 โดยฉันขอความช่วยเหลือจากผู้คนที่คุณคุ้นเคย อย่างทีมสหสาขาวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดของโรงพยาบาลขอนแก่น พยาบาลประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล มาช่วยกันฝึกฟื้นฟูบำบัด และมีความโชคดีในพื้นที่นี้ มีจิตอาสาดูแลคนพิการโดยเฉพาะที่เราเรียกว่า “ดีแคร์” ย่อมาจากคำว่า Disability care giver เป็นทีมจิตอาสาที่มีความเข้มแข็ง คอยมาช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ ในการจับขยับเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งก็สามารถดำเนินการไปได้ด้วยดี

สองเดือนถัดมา ฉันเชิญทีมผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับสภาพบ้านคนพิการ จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประกอบด้วย อาจารย์จากคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ ฝั่มมิ่งและ นฤมิตรศิลป์ และ พ.ญ. ศิรินาถ ตงศิริ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู มาเยี่ยมบ้าน พ.ญ.ศิรินาถ ได้ให้คำแนะนำที่สำคัญต่อการฟื้นฟู คือ ควรมีการยกตัวประครองให้ยืนบนเตียงฝึกยืน (Tilt table) เพื่อช่วยเรื่องการปรับความดันโลหิต เมื่อประครองนั่งนาน ๆ จะได้ไม่มีอาการเวียนศีรษะ และเพื่อฟื้นฟูการมองเห็นที่จะมีผลดีต่อระยะการมองเห็นของทั้งตาเนื้อ คือการได้ใช้ตามองในแนวระนาบ ทอดสายตาออกไปได้ไกลเช่นคนปกติและตาใน คือ ทศนคติภายในใจของประครองด้วย

เมื่อทราบดังนั้น ฉันดำเนินการติดต่อขอนำเตียงฝึกยืนไฟฟ้าจากโรงพยาบาลขอนแก่น มาไว้ที่ รพ.สต. ซึ่งได้จังหวะ ที่ดี ที่ทาง รพ.มีอุปกรณ์นี้อยู่แล้ว เราสามารถนำเตียงมาไว้ที่ รพ.สต.ได้ แต่ทว่า เราจะนำประครองมา รพ.สต.ได้อย่างไร แม้ระยะทางจากบ้านมา รพ.สต.อาจจะไม่ไกลมากนัก แต่จำเป็นต้องใช้รถยนต์ ต้องมีคนยกประครองที่ความแข็งแรงมากพอ จิตอาสาที่มีอยู่เป็นสตรีมีอายุ คงไม่สามารถยกประครองได้ อุปสรรคทำให้เกิดการขบคิดและมองหาทางออก

ฉันจึงขอคำปรึกษาจากหัวหน้า รพ.สต. เรากก็ประเด็นนี้ร่วมกัน จนได้ข้อสรุปว่าในเมื่อเรื่องนี้อยู่ในชุมชน เราควรไปขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่ต้องดูแลชุมชน หน่วยงานนั้นคือ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จากนั้นไม่นาน เราก็ได้เข้าพบปลัดเทศบาล การช่วยเหลือคนพิการ เป็นภารกิจของหน่วยงาน แต่การนำรถกู้ชีพไปช่วยขนส่งคนพิการนั้น ผิดระเบียบ เมื่อผิดหวังจากเรื่องรถ เราจึงขอสนับสนุนกำลังคนไปช่วยยก ซึ่งทางเทศบาล ยินดีช่วยเหลือ อย่างน้อยเรา ก็แก้ปัญหาได้เปลาะหนึ่ง

ในที่สุด เราได้รถกระบะประจำ รพ.สต. ไปช่วยขนส่งประครอง ประครองถูกยกออกจากเตียงผู้ป่วย มาสู่เตียง ฝึกยืนที่ รพ.สต. เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นในวันที่เก้าเดือนตุลาคม เป็นก้าวสำคัญ ถือเป็นวันแรกที่ประครองได้ออกจากบ้าน ดวงตาฉันได้เห็นท้องฟ้ากว้างแทนที่มุมจากช่องหน้าต่าง ผลจากความร่วมมือของบุคคลหลายฝ่าย โดยเฉพาะความร่วมมือกัน ของทางชุมชน จุดประกายความหวัง ดังแสงสว่างที่ปลายถ้ำ

ในช่วงแรกของการฝึก เราปรับระดับองศาได้ไม่สูงมากนัก เนื่องจากประครองมีอาการ ความดันตกและชีพจรเต้นเร็ว อาการนี้เป็นไปตามความคาดหวัง ซึ่งเรื่องนี้ จะแก้ไขได้ด้วยการฝึกยืนอย่างเป็นประจำสม่ำเสมอ ถึงแม้เราทีมงานพร้อม สรรพ กระนั้นการประสานงานเพื่อนำประครองออกมาฝึกยืน ไม่ได้ราบรื่นทุกครั้งไป ความคาดหวังที่จะให้ประครอง ได้รับการฝึกอย่างต่อเนื่องจึงสะดุดเป็นระยะ ๆ ฉันจึงได้เริ่มมองหาทางออกอีกครั้ง ครานี้ได้คำปรึกษาจากพยาบาล จากศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาล ให้ข้อมูลว่า หากมีเตียงฝึกยืนมาไว้ที่บ้านประครอง น่าจะช่วยให้การฝึกเป็นไป ได้ตามต้องการ ส่วนเตียงฝึกยืนไฟฟ้าที่ใช้อยู่ ไม่สามารถนำมาใช้ที่บ้าน เนื่องจากมีขนาดใหญ่ไม่สามารถยกเข้าบ้านได้ เราจึงจำต้องมองหาเตียงฝึกยืนหลังใหม่

ทางออกมาในเวลาไม่นานนัก พยาบาลแจ้งให้ทราบว่า มีเตียงฝึกยืนรุ่นไทยทำ ผลิตโดย ทีมไม้เลื้อย โรงพยาบาลภูษินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์ ราคาชุดละห้าพันบาท เราน่าจะสามารถหางบประมาณมาจัดซื้อได้ ซึ่งเป็นจริงตามนั้น แต่กระนั้นปัญหาของเราคือ เรื่องการขนส่ง เรามีเงินแค่พอซื้อเตียง แต่เราจะไปขนเตียงอย่างไร ระหว่างที่กำลังขบคิดถึงเรื่องนี้ ดุจสวรรค์มีตา พ้าบันดาล ให้มีการประชุมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จังหวัดเชียงใหม่ ฉันไปประชุมและได้พบ หมอเอก นพ.สิริชัย นามทรงศรัณย์ ผู้อำนวยการ รพ.ภูษินารายณ์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรุ่นน้องผู้ เก่งกาจและน่ารัก หมอเอก สร้างความประทับใจให้ฉันอย่างสุดซึ้ง เพราะเพียงฉันเอ่ยปากเล่าเรื่องประครองและต้องการเตียงฝึกยืน เพียงวันรุ่งขึ้น คือ วันที่ 23 พฤศจิกายน เตียงนั้นถูกส่งตรงไปถึงบ้านประครอง รวดเร็วทันใจโดยไม่มีการคิดมูลค่าใด ๆ ขอขอบคุณน้ำใจงาม ๆ ของคุณหมอเอกและทีมงาน ไว้ ณ ที่นี้ด้วย ความประทับใจในเหตุการณ์ครั้งนี้ แปรเป็นพลังขับเคลื่อนให้ฉันและทีมงานมีกำลังใจ ในการดำเนินงานต่ออย่างไม่ท้อถอยในเวลาต่อมา

หลังจากนั้น ประครองถูกยกขึ้นบนเตียงฝึกทุกสัปดาห์สองครั้ง โดยทีมงานแม่ๆดี แคร่ ที่มีพลังกายพลังใจสั้น ๆ เป็นผลให้ประครองมีความก้าวหน้าในการฝึกมากขึ้น สร้างความชื่นใจให้ทีมงานทุกคน เมื่อการฝึกเข้าสู่เดือนที่ 3 ประครอง สามารถยืนได้ระดับองศาสูงสุดของเตียง เป็นระยะเวลานานโดยไม่มีอาการวิ่งเวียน และนั่นเป็นสัญญาณบอกให้ฉันรู้ว่า เราต้องออกเดินสู่ขั้นตอนต่อไป

เมื่อประครองฝึกยืนได้ดี หมายถึง การนั่งจะทำได้ง่ายขึ้น และเมื่อประครองนั่งได้ เขาควรจะได้ทำกิจกรรมต่างๆ แต่มือและนิ้วมือนั้นงอติดแข็งทุกข้อทุกนิ้วเราจะทำอย่างไรให้นิ้วที่ติดแข็งสามารถขยับเขยื้อนได้เพื่อให้ประครองได้ใช้นิ้ว สำหรับการดำรงชีวิตและการสร้างชีวิตอย่างมีชีวิต เราเริ่มกิจกรรมบำบัด มาฝึกการใช้มือใช้นิ้วมีการสอนญาติและดีแคร์ให้ช่วยฝึก และยังมีอุปกรณ์ที่ออกแบบมาให้จำเพาะเพื่อช่วยตัดข้อนิ้ว แต่นั่นยังไม่เพียงพอ

ฉันเริ่มมองหาทางออกทางใหม่ ‘ศิลปะ’ คำ ๆ นี้ ผุดพวยขึ้นมาในความคำนึง การสร้างงานศิลปะน่าจะช่วย ประครองได้ เขาจะได้ฝึกใช้มือทำงาน ได้อย่างรื่นรมย์มากขึ้น และการสร้างงานศิลปะจะช่วยผ่อนคลายอารมณ์ด้วย สังเกตจากกันบูทที่ห่อหุ้มเตียง ประครองคงมีความเครียดไม่น้อย แต่จากการเข้ามาของทีมงานเราเพียงไม่นานนัก ประครองก็เลิกกันบูทได้อย่างเด็ดขาด

เมื่อคิดถึงศิลปะ คิดถึงคนที่จะมาช่วยสอน ฉันจะหาจากที่ไหน ในโลกยุคนี้ เรามีทางเลือกที่แสนสะดวก เพียงแค่ คิดแล้วลงมือทำได้เลย ฉันโพสต์ประกาศบนเฟซบุ๊ก ‘ขอรับสมัครจิตอาสาเพื่อมาช่วยสอนศิลปะให้คนพิการที่บ้าน’ เพียงใน เวลาไม่นาน ฉันได้รับการตอบรับจากผู้คนหลากหลาย

ช่วงสิ้นเดือนมกราคม 2562 จิตอาสาสอนศิลปะ นำทีมโดย ผศ.ภาณุ อุดมเพทยกุล จากคณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและลูกศิษย์หลากหลายสาขา ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนมาช่วยกันสอนประครองตลอดปี 2562 และ ยังต่อเนื่องมาจนถึงวันนี้

ทีมงานจิตอาสา ได้ใช้ศิลปะในหลากหลายรูปแบบ เทคนิคและวิธีการ เพื่อฝึกให้ประครองได้ทำ ทั้งใช้มือในการวาด ปัด เขียนรูป ตี เขย่า เคาะจังหวะกับเครื่องดนตรีนาชนิด ความสม่ำเสมอของทีมงานจิตอาสา ที่มาช่วยสอนทุกสัปดาห์ ๆ ละสามชั่วโมง ความทุ่มเท ความเอาใจใส่ดูแลของทีมงานในการดูแลประครองและครอบครัว ไม่เพียงแต่ช่วยให้นิ้ว ที่ติดงอแข็งนั้น ค่อยๆ ขยับได้ที่ละน้อย ๆ จนสามารถขยับได้ดีขึ้น ประครองสามารถเขียนรูปได้ ใช้ช้อนตักข้าวกินเองได้ แต่ยังคงหลอมละลายใจคนในครอบครัวคือ พี่สาวของประครอง ที่สมัครมาเป็นทีมงานจิตอาสาดี แคร่ ช่วยดูแลประครองและ คนพิการอื่น ๆ ในชุมชน

เทศกาลสงกรานต์ ปี 2562 ผู้ใหญ่บ้านประจำเขตบ้านประครอง เอ่ยปากอยากช่วยเหลือ โดยจะจัดงานสรวาง ที่บริเวณโรงเรียนในพื้นที่ และหากมีรายได้มากพอจะนำมาช่วยประครองด้วย ทีมงานเราเห็นเป็นโอกาสดี จึงได้สนับสนุนให้ ประครองได้ออกไปร่วมงานนี้ โดยการนำผลงานวาดรูปของประครอง ไปสกรีนลงบนเสื้อเพื่อจำหน่ายในงาน ในวันงาน แม้ผู้คนจะมาร่วมงานไม่มากนัก ภาพที่ผู้คนในชุมชนได้เห็น คือประครองออกมาร่วมงาน นำพาโดยเพื่อนร่วมรุ่น สมัย ประถมศึกษาของประครองที่กลับมาเยี่ยมบ้านในช่วงเทศกาล ซึ่งกลุ่มเพื่อนต่างแปลกใจในการเปลี่ยนแปลงที่เหนือความ คาดหมาย คำพูดที่แสดงถึงความยินดีที่ประครองมีอากาศดีขึ้นมาก แววตาที่สื่อออกมาถึงความสุขใจของทุกคน คืออีก แรงบันดาลใจและ เป็นดั่งพลังใจให้กับทีมงานเดินทางต่อ

สองปีกว่าที่ เรามีโอกาสมาช่วยพาประครองออกจากถ้ำ หากจะถามว่าเราประสบความสำเร็จแล้วหรือไม่ ฉันถือว่าเราสำเร็จแล้ว แต่ยังคงเดินทางต่อ การเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย และจิตใจของประครอง การได้พาประครอง ออกจากบ้าน ประครองฝึกตนดูแลตัวได้ สามารถนั่ง

และบังคับรถเข็นไฟฟ้าที่มีผู้มาบริจาคให้ได้เอง มีแรงกระตุ้นในการเป็นแรงบันดาลใจให้กับคน ครอบครัวและชุมชน คือเครื่องทางของความสำเร็จ อีกเครื่องทางคือการฝึกกายภาพบำบัด อย่างต่อเนื่อง การปรับสภาพบ้านให้เหมาะสม และการสร้างอาชีพเพื่อให้เลี้ยงดูครอบครัวได้

ตลอดระยะเวลาที่ได้มีโอกาสลงมือทำตามภาพฝันด้วยแรงผลักดันจากปณิธานส่วนลึก ที่ฉันไม่ได้อยากเป็นเพียง หมอครอบครัวของชุมชน ที่ออกไปเยี่ยมบ้านเพื่อออกใบรับรองความพิการ แต่ไม่ได้ช่วยคนพิการให้คลายความพิการได้เลย การได้ลงมือพาประครองออกจากถ้ำ คือ การพิสูจน์คุณค่าและศักยภาพของหมอคนหนึ่งในการสร้างการเปลี่ยนแปลง ในระดับ ปัจเจกคือการขยายขอบเขตความเป็นไปได้ การท้าทายกรอบจำกัดด้วยการเดินไปจนชนขอบด้วยตนเอง เป็นการรื้อและ สร้างตัวตนใหม่ในร่างเดิม

และที่สำคัญที่สุด “ประครอง” ก็ได้ “ออกจากถ้ำ” มาได้จริง ๆ

ขอขอบคุณ สหสาขาวิชาชีพจากทางโรงพยาบาลขอนแก่น ทีมจิตอาสาดีแคร์ทีมงาน รพ.สต.บ้านเป็ด ทีมจิตอาสาจากคณะ ศิลปกรรมและอาจารย์กายภาพบำบัดมหาวิทยาลัยขอนแก่น นักกายภาพบำบัดจากศูนย์แพทย์ทุ่งเจ้าหน้าทีเทศบาลตำบลบ้านเป็ด ผู้ใหญ่บ้านหมู่หนึ่ง และผู้มีจิตเมตตาบริจาคทรัพย์สินและสิ่งของในโอกาสต่าง ๆ

ถอดบทเรียน “13 ปี พาประครองออกจากถ้ำ”

โดย นพ. สดางค์ คุณผล รองบรรณาธิการวารสาร PCFM

กระบวนการทำงานทั้งหมดที่เกิดขึ้นในเรื่องราว “13 ปี พาประครองออกจากถ้ำ” ทำให้พวกเราได้เห็นบทบาทในอุดมคติของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (The five-star doctor)¹ กล่าวคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในฐานะผู้นำกระบวนการทำงานดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Community Leadership) ที่แสดงออกซึ่งความมุ่งมั่น ความชัดเจนในเป้าประสงค์ เป็นผู้ที่ได้รับการเชื่อถือจากทีมงานได้ในการเป็นผู้ตัดสินใจในการดูแลคนไข้ (Decision-maker) และมีการทำงานที่ต่อเนื่องจริงจัง จนเป็นพลังที่ขับเคลื่อนกลุ่มคนที่มีความกำลังอยู่แล้ว ให้มีศักยภาพไปสู่ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย การที่ผู้นำรู้จักจุดอ่อนจุดแข็งของทีมงาน ช่วยให้ทีมจัดการแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น นั่นคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำหน้าที่เป็น **ผู้บริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ (Manager)**

นอกจากนี้ การที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้สื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แสดงความความเป็นผู้นำหน้าที่ในการสื่อสาร (Communicator) ทำให้ทีมร่วมให้บริการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เข้าใจความคิด ความคาดหวัง อารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย และครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจะละเลยไม่ได้ เพราะครอบครัวคือ ทีมงานที่สำคัญที่สุด หากครอบครัวไม่ยอมรับ ไม่เข้าใจ เราคงไม่มีโอกาสช่วยเหลือคุณประครองได้เช่นนี้ และรวมถึงการบำบัดฟื้นฟูทั้งจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานด้านศิลปบำบัด คือ ทีมอาจารย์คณะศิลปกรรม และการสนับสนุนอย่างทรงพลังจาก ทีมแม่ดีแคร์ ทั้งสองเป็นผู้ให้บริการสุขภาพทางจิตใจและสังคมที่เริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในระบบบริการสุขภาพ ทำให้เห็นความสามารถเป็น**ผู้ประสานจัดหาบริการสุขภาพ (Care provider)** ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้อย่างรอบด้าน “ศิลปะบำบัด” และ “ทีมจิตอาสาในชุมชน” เป็นแหล่งบริการสุขภาพรูปแบบหนึ่งที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรถือเป็นแหล่งทรัพยากรทางเลือกเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง

ทั้งหมดในเรื่องเล่าข้างต้นนี้ แม้จะเห็นว่า การช่วยเหลือดำเนินการไปแล้วเป็นแค่ส่วนเริ่มต้นมาถึงครึ่งทางเท่านั้น ถ้าตามที่คุณเขียนได้ตั้งชื่อเรื่องเล่าโดยมีนัยยะเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ปฏิบัติการค้นหาและกู้ภัยผู้ประสบภัย 13 ชีวิต ที่ติดภายในถ้ำหลวง² (ที่เรียกกลุ่มทีมนักฟุตบอลเยาวชนผู้ประสบภัยว่า ทีมหมูป่า) คงเป็นช่วงที่เราพบหมูป่าว่ารอดชีวิตอยู่ในถ้ำ แต่อีกครั้งทางที่

เหลือ คือ การพาหมูป่าออกมาจากถ้ำให้สำเร็จ แม้วันนี้ประจักษ์กำลังเริ่มออกจากถ้ำได้แล้ว แต่การให้ประจักษ์มีชีวิตอิสระ ยังต้องการสรรพกำลังจากผู้คน หลากหลายฝ่าย และงบประมาณสนับสนุนอีกไม่น้อย วันนี้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทีมสุขภาพ ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัวก้าวมาได้ครึ่งทางแล้ว พวกเขามาได้ไกล เพราะมาด้วยกัน ทั้งทีมงานสหสาขา ทีมงานจิตอาสาและทีมครอบครัวประจักษ์ที่ พรักพร้อมใจ หนทางอีกครั้งทาง คงไม่ไกลเกินจะเป็นจริง

เชิงอรรถ

1. Boelen, C. Frontline doctors of tomorrow. World Health 1994; 47(5): 4-5. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328599/WH-1994-Sep-Oct-p4-5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. วิกิพีเดีย. ปฏิบัติการค้นหาและกู้ภัยถ้ำหลวง[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%9B%E0%B8%8F%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B9%89%E0%B8%99%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%BO%E0%B8%81%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%A0%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%96%E0%B9%89%E0%B8%B3%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%A7%E0%B8%87>



*Share passion..
..Get inspired*

PCFM

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว
THE JOURNAL OF PRIMARY CARE AND FAMILY MEDICINE

