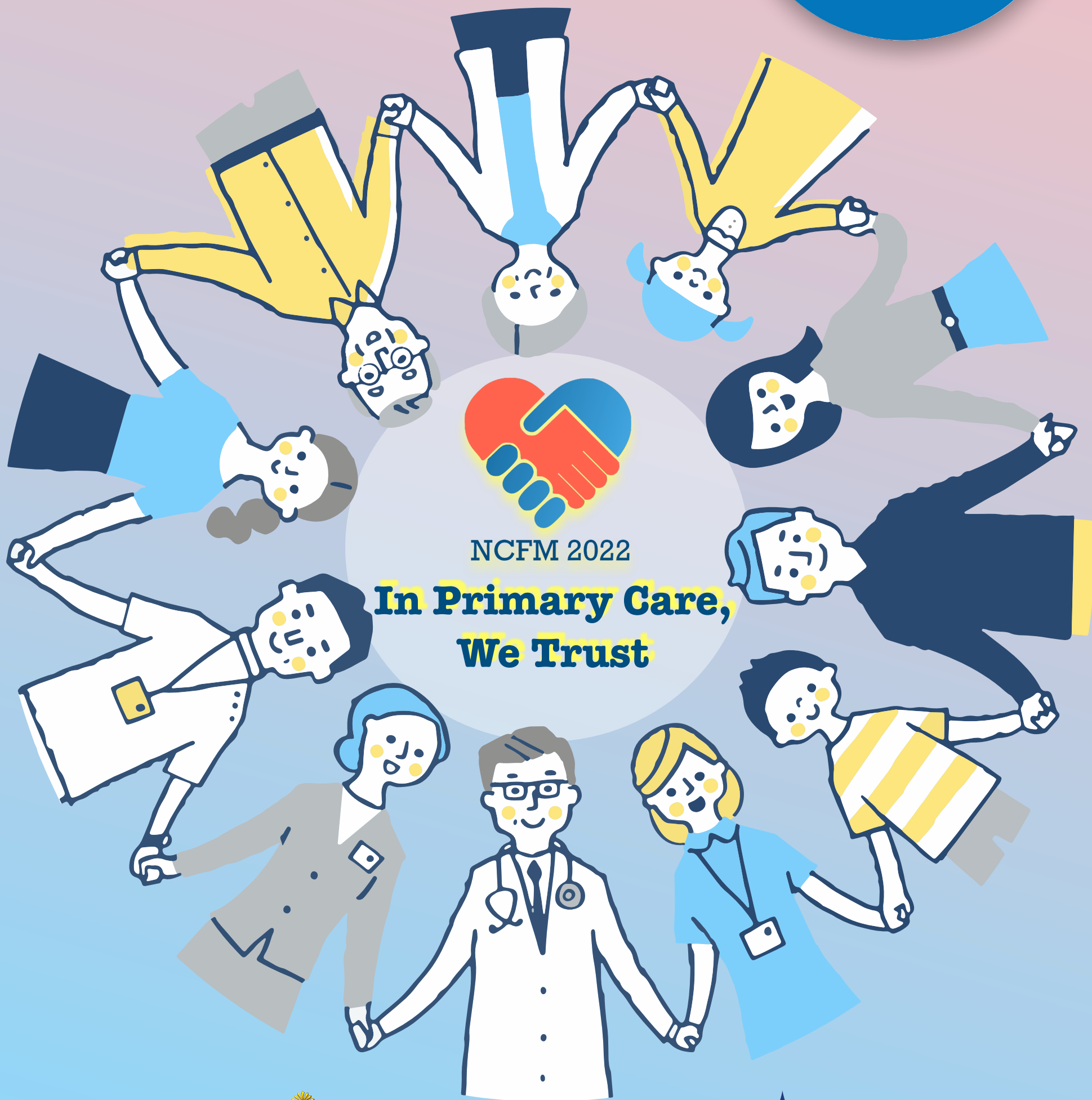


วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว
Journal of Primary care and family Medicine

PCFM

Vol. 5 No. 4 Oct - Dec 2022

ISSN 2651-0553



บทบรรณาธิการ

- National Conference of Family Medicine: เวทีวิชาการและ
สร้างเครือข่ายเวชศาสตร์ครอบครัว 247
สแตงค์ ศุภผล

บทความปริทัศน์

- การตั้งคำถามวิจัยที่ดี: แก่นสำคัญในการออกแบบและดำเนินการวิจัย 251
กรภัทร มยุระสาคร, ฉันทยาภรณ์ พงษ์คุณากร, กมล อุดล,
Sara Schwanke Khilji, ธมลวรรณ มะโนสารกร

บทความพิเศษ

- การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน ประเทศญี่ปุ่น 259
นัชชา เรื่องเกียรติกุล

นิพนธ์ต้นฉบับ

- เปรียบเทียบระยะเวลารอดชีพระหว่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย 267
ที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง
ณ คลินิกไตเทียม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
ธนีสร พรประสิทธิ์, อธิชัย วัฒนโกศล, แสงเดือน แสงสระศรี
- คุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไต 276
ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
ชัยยุทธ รัตนเดชพงศ์สิน
- ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติในผู้ดูแลผู้ป่วย 287
แบบประคับประคอง
ศศิกร สงพรหม

- การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมแบบฝึกในการพัฒนาสมองในผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะปรีชานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลจอมทอง
อนันต์ อนุวรรณ์, วิชุดา จิรพรเจริญ, นิศาชล เดชเกรียงไกรกุล 297
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยง
ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดนครราชสีมา
เฉลิมชัย ตีสระวินิจ 310
- ผลการให้บริการผู้ป่วย COVID-19 ณ ศูนย์พักคอยในชุมชน (Community
Isolation) มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เขตธนบุรี
โรงพยาบาลเลิดสิน 322
วิวัฒน์ เจริญศิริวัฒน์, สุชานัน แก้วสุข

Content

PCFM

PCFM 2565;5(4): Oct-Dec

EDITORIAL

- **National Conference of Family Medicine** 247
Satang Supapon

REVIEW ARTICLE

- **Asking an important Question: A Crucial Step in Research Design and Conduct** 251
Korapat Mayurasakorn, Tanyaporn Pongkunakorn, Kamol Udol, Sara Schwanke Khilji, Thamonwan Manosan

SPECIAL ARTICLE

- **Community-Based Integrated Care for Older Adults in Japan** 259
Natcha Ruangkiatkul

ORIGINAL ARTICLES

- **Comparison of Survival Time Between Caregiver Assisted and Self-Care Peritoneal Dialysis for End-Stage Renal Disease Patients in Peritoneal Dialysis Clinic, Pranangkla Hospital** 267
Thanisorn Pornprasit, Ittichai Wattanakosol, Sangduen Sangsasri
- **Quality of Life and Depression in End Stage Renal Disease Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis** 276
Chanyaphat Ruttanadejpongson
- **Prevalence and Factors Associated with Complicated Grief in Caregivers of Palliative Care Patients** 287
Sasikorn Songprom
- **Effectiveness of Cognitive Stimulation Program for Older Adults with Mild Cognitive Impairment in Jomthong Hospital Service Area** 297
Anueng Anawan, Wichuda Jiraporncharoen, Nisachol Dejkriengkraikul
- **Factors Related to Self-Care Behavior Among People at Risk of Stroke in Nakhon Ratchasima Province** 310
Chalermchai Desaravinid
- **Outcomes of Services for COVID-19 Patients at Bansomdejchaopraya Rajabhat University Community Isolation of Thonburi District, Lertsin Hospital** 322
Vipat Chareonsiriwat, Suchanan Kaewsuk



The Journal of Primary Care and Family Medicine

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

ที่ปรึกษา (Advisor)

พญ. สุภัตรา ศรีวิณิชชากร

พญ. สายรัตน์ นกน้อย

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ผศ.ดร.นพ. ชัยสิริ อังกระวรรณนท์

นพ. สดางค์ ศุภผล

รองบรรณาธิการ (Editors)

นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

นพ. ปกรณ์ ทองวิไล

ผศ. พญ. กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ผศ. นพ. กฤษณะ สุวรรณภูมิ

พญ. สุกัญญา หังสพฤกษ์

พญ. อรุณี ทิพย์วงศ์

ผศ. นพ. นนท โสวัณณะ

พญ. ศิริินภา ศิริพร ณ ราชสีมา

รศ. พญ. ปัทมา โกมทุบุตร

รศ. พญ. สรญา แก้วพิบูลย์

ดร. พญ. จิรฐา บุตรแก้ว

ทพญ. ปิยะดา ประเสริฐสม

ภก. ชีรภัทร์ ฉันทพันธ์

ดร. สุรศักดิ์ อธิมานนท์

น.ส.ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ

รศ. ดร. พญ. ธีรณัฐรัตน์ โนนทัยสินทวี

รศ. นพ. กรภัทร มยุระสาคร

พญ. สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล

พญ. อรรพรรณ ตะเวทิพงศ์

ผศ. นพ. กิตติพล นาควิโรจน์

ดร. นพ. วิน เตชะเคหะกิจ

ผศ. ดร. พญ. ศิริินาถ ตงศิริ

รศ. นพ. อภิชัย วรรณะพิศิษฐ์

ภก. จตุพร ทองอิม

ผศ. ดร. ภัทระ แสนไชยสุริยา

คุณสุรรัตน์ ธนากิจ

บทบรรณาธิการ

National Conference of Family Medicine: เวทีวิชาการและสร้างเครือข่ายเวชศาสตร์ครอบครัว

สตางค์ ศุภผล

บรรณาธิการวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

ตั้งแต่มีการจัดการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในปี พ.ศ. 2542 ทำให้ประเทศไทยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพของประเทศครั้งใหญ่ในช่วงเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้งานบริการปฐมภูมิมีบทบาทเพิ่มมากขึ้น เวชศาสตร์ครอบครัวก็ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 5-6 ปีที่ผ่านมา มีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิในลักษณะของทีมหมอครอบครัว (family care team) จนกระทั่งมีการกำหนดในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ. 2559 มาตรา 258 ข.(5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลให้มีความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างมาก

ท่ามกลางข้อจำกัดในการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในขณะเดียวกันบทบาทหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวก็ถูกจับตามองจากผู้บริหารประเทศและเพื่อนร่วมวิชาชีพ ควบคู่ไปกับการเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม ในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของคนในประเทศ ประกอบกับความเปลี่ยนแปลงของสังคมและปัญหาสุขภาพที่มีปริมาณผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ และปัญหาทางสังคม ทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกำลังอยู่ในบริบทที่มีทั้งแรงสนับสนุนเชิงนโยบาย และประเด็นการทำงานที่ท้าทายต่าง ๆ มากมาย จึงเป็นที่น่าสนใจว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพจะรับมือกับสิ่งเหล่านี้อย่างไร

การประชุมวิชาการเวชศาสตร์ครอบครัวประจำปี : National Conference of Family medicine ซึ่งเป็นความร่วมมือกันระหว่าง ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวฯ และ ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวฯ จึงเป็นการรวมพลังทีมงานจากทุกส่วนมาช่วยกันสร้างสรรค์งานประชุมอย่างเต็มที่ ถือว่าเป็นพื้นที่สำคัญ ที่จัดเพื่อเพิ่มการเรียนรู้ในด้านวิชาการให้ทันสมัย ทันเหตุการณ์ รวมทั้งเพื่อนำเสนอผลงาน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมบุคลากรที่มีความสนใจ พร้อมกับชื่นชม ยกย่อง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีผลงานดีเด่นน่าสนใจ

นอกจากนี้ กรรมการบริหารสมาคมฯ และราชวิทยาลัยฯ ยังมีความตั้งใจพัฒนาให้เวทีนี้เป็นพื้นที่ทางสังคมที่ให้ทีมงานในด้านเวชศาสตร์ครอบครัวได้พบปะกันอย่างไม่เป็นทางการเป็นการประจำ ได้มีโอกาสรู้จักสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการทำงานร่วมกัน และเป็นกำลังใจให้แก่กันและกัน ซึ่งถือว่าเป็นภารกิจ และบทบาทหนึ่งของสมาคมฯ และราชวิทยาลัยฯ ในการดูแลสมาชิก สร้างความสามัคคีในหมู่สมาชิก รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาวิชาการอย่างต่อเนื่อง

การประชุมวิชาการเวชศาสตร์ครอบครัวประจำปี : National Conference of Family medicine ได้มีการริเริ่มจัดอย่างเป็นวาระใหญ่ประจำปีร่วมกับการมีพิธีมอบหนังสืออนุมติบัตรและวุฒิบัตรแก่แพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งแพทย์ที่ได้รับรางวัลแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่นประจำปีในวันสุดท้ายของการประชุมเป็นครั้งแรกเมื่อปี 2561 โดยใช้ชื่อการประชุมว่า “ก้าวต่อไปของเวชศาสตร์ครอบครัวใน

สังคมไทยยุคใหม่ (Next Steps of Family Medicine in Current Thai Contexts)” จัดขึ้นในวันที่ 21-23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ที่โรงแรมเชียงใหม่ภูคำ จังหวัดเชียงใหม่ ก้าวใหม่ของเวชศาสตร์ครอบครัวนี้ คือ ก้าวของการรวมพลังความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อทำงานเวชศาสตร์ครอบครัวและจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่บูรณาการตอบสนองต่อระบบสุขภาพของประเทศ-ไทย เป็นก้าวของการทำงานที่เชื่อมบริการระดับบุคคล ครอบครัว กับระบบสุขภาพชุมชน เป็นก้าวของการพัฒนาที่ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อสร้างสังคมที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี การประชุมในครั้งนี้ถือเป็นการประชุมครั้งสำคัญที่เป็นวาระเปลี่ยนผ่านความก้าวหน้าของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยทั้งในด้านบทบาทสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ และ ด้านวิชาการที่มีความเข้มแข็งและมีอัตลักษณ์สอดคล้องการนโยบายพัฒนาความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ในการประชุมครั้งนี้ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ผู้ที่จะรับประกาศ และสหวิชาชีพ เข้าร่วมประชุมกว่า 160 คน มีผลงานวิชาการทั้งงานวิจัยและโครงการชุมชน กว่า 50 เรื่อง นำเสนอในการประชุมวิชาการในครั้งนี้ และมีการบรรยายสำคัญที่เป็นส่วนสำคัญของการมองคุณค่าและบทบาทของเวชศาสตร์ครอบครัวที่แตกต่างจากแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ คือ Keynote: **เวชปฏิบัติ ปรัชญา กับคุณค่า ความเป็นมนุษย์ “Humanities and the Philosophy of Care”** ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และยังมีเนื้อหา ด้านวิชาการทันสมัย เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและโภชนาการลดแป้ง การพัฒนาการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผลการปฏิบัติงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (Primary Care Cluster: PCC) การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทักษะเฉพาะ เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะการสื่อสารเพื่อความเข้าใจและเยียวยา การเรียนรู้ต่อเนื่องของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นต้น และนอกจากนี้ยังมีกิจกรรม Welcome night party เพื่อสานสัมพันธ์เครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศอีกด้วย



FM conference 2018

National Conference of Family Medicine

สำหรับการประชุมในปีถัดมาปี พ.ศ. 2562 ได้จัดการประชุมในธีม “Primary Care in Harmony” ที่ให้ความสำคัญกับการบริการปฐมภูมิว่าเป็นการปฏิบัติงานของ “ทีมเวชศาสตร์ครอบครัว” ไม่ใช่แค่ตัวแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเท่านั้น แม้จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังมีจำนวนไม่ครบถ้วนครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศไทย แต่ทีมสหวิชาชีพที่มีความเข้าใจแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว ก็ทำให้เกิดประสิทธิผลการดูแลได้ในระดับหนึ่งเช่นเดียวกัน การประชุมครั้งนี้จัดขึ้นในวันที่ 27-29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ณ โรงแรม อัล เมรอก กรุงเทพฯ ซึ่งเป็นการจัดการประชุมวิชาการพร้อมกับการมอบประกาศ มอบรางวัลแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดีเด่น มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพเข้าร่วมประชุมกว่า 190 คน ผลงานวิชาการที่นำเสนอ 20 เรื่อง



FM conference 2019

การบรรยายที่สำคัญได้แก่ Plenary I: Harmony in Primary Care, Who Matters? ความผสมผสานกลมกลืน ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดย รศ.นพ. สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ มูลนิธิหมอชาวบ้าน คุณนเรศ สงเคราะห์สุข สถาบันนานาชาติ IOGT NTO Movement สำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นพ.สรวิรัตน์ เลอมาโนวรัตน์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พญ. สุกัญญา ศรีวนิชชากร นายกสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย (ในขณะนั้น) และเนื้อหาต่าง ๆ ในการประชุมมีเนื้อหาครอบคลุมวิชาการด้านเวชปฏิบัติทั่วไป เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ด้านการศึกษาเรียนรู้ที่เป็นการร่วมมือระหว่างวิชาชีพ และการวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ เป็นต้น ถือว่าเป็นการประชุมที่เนื้อหาเข้มข้นและหลากหลายเหมาะสำหรับการเพิ่มความเข้าใจเรื่องการจัดบริการปฐมภูมิที่ต้องการความร่วมมือที่หลากหลายเพื่อจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ

สำหรับในช่วงวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 การประชุมได้ปรับรูปแบบเป็นการประชุมแบบออนไลน์ ในธีมการประชุม “Family Medicine in Challenging time” ซึ่งสอดคล้องช่วงเวลาที่ยากลำบากของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบสุขภาพที่ถูกท้าทายด้วยการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่ทำให้ต้องปรับตัวเปลี่ยนแปลงและสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อคงประสิทธิภาพและคุณภาพ



ของการให้บริการ การบรรยายที่น่าสนใจของการประชุมครั้งนี้ คือ “การสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ใน ยุคสมัยแห่งการเปลี่ยนแปลง” โดย ศ.ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และ “Family Medicine during Challenging Time” โดย ผศ.พญ.สายพิน หัตถิรัตน์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีผู้เข้าร่วมประชุมแบบออนไลน์กว่า 200 คน และได้รับเสียงตอบรับถึงเนื้อหาการประชุมที่ทันสมัย หลากหลาย และเป็นประโยชน์ในการทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว

และในปีนี้ การประชุมวิชาการเวชศาสตร์ครอบครัว ประจำปี 2565 นี้ เป็นการประชุมครั้งสำคัญเพราะทั่วโลกและประเทศไทยเพิ่งผ่านพ้นวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งต่อเนื่องมาถึง 2 ปีทำให้ไม่สามารถจัดการประชุมที่ทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสพบปะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และองค์ความรู้แบบพบเจอกันในห้องประชุมได้ การประชุมครั้งนี้ผ่านการเตรียมการจากทีมกรรมการจัดการประชุมมาเป็นเวลาเกือบ 1 ปี การเลือกสถานที่จัดประชุมที่ โรงแรมรอยัล ออคิด เชอราตัน ริมแม่น้ำเจ้าพระยาที่สวยงามเหมาะสำหรับการทั้งได้พักผ่อนคลายและได้ความรู้เนื้อหาวิชาการที่ทันสมัย และพบปะเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากทั่วประเทศ โดยปีนี้จัดการประชุมในธีม “In Primary Care, We Trust” เนื่องจากต้องการให้ความสำคัญกับความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยที่ทบทวนย้อนหลังการก่อกำเนิดไปได้ถึงกว่า 1 ศตวรรษ นับแต่ประเทศไทยมี “สุขศาลา” จนมาถึง “คลินิกหมอครอบครัว” และการมี “สามหมอ” ในระบบบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน โดยการบรรยายสำคัญที่ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ทบทวนประวัติศาสตร์และตระหนักถึงกระบวนการสร้างคุณค่าและความเข้มแข็งของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นที่พึ่งที่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมาโดยตลอด ในหัวข้อธีมการประชุม “In Primary Care, We Trust” โดย นพ. อ. สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ ท่านได้กล่าวบรรยายมีใจความสำคัญว่า “..ระบบสุขภาพปฐมภูมิไทยมีการวางรากฐานมานานกว่า 1 ศตวรรษ มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง



NCFM 2022

จนมีศักยภาพในการแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนหลายอย่างในชุมชน เป็นระบบสุขภาพที่มีรูปแบบและพัฒนาการที่มีเอกลักษณ์ ไม่เหมือนประเทศใด ๆ และทำให้เราผ่านวิกฤตโควิด-19 มาอย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการยอมรับชื่นชมในระดับนานาชาติ..” และในการประชุมครั้งนี้ เสียงตอบรับทั้งจากวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม ว่ามีการคัดเลือกเนื้อหาวิชาการที่น่าสนใจ วิทยากรที่มีความตั้งใจมาสื่อสารองค์ความรู้ที่จะเป็นประโยชน์ในการที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะนำไปปฏิบัติดูแล

ประชาชนในพื้นที่ สถานที่จัดงาน บรรยากาศการประชุม และ กิจกรรมสังคมสร้างความประทับใจให้กับผู้เข้าร่วมประชุม รวมถึงพิธีการมอบประกาศนียบัตรที่มีสร้างแรงบันดาลใจและความภูมิใจให้กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวใหม่

จากประสบการณ์การจัดประชุมวิชาการทั้ง 4 ครั้งที่ผ่านมา ทำให้ราชวิทยาลัยฯ สมาคมฯ และชมรมฯ 3 องค์กรหลักในการจัดการประชุม เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างพื้นที่ที่มีบรรยากาศทางวิชาการ รวมถึงบรรยากาศของการสร้างความสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั้งรุ่นเดิม รุ่นใหม่ และทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงเป็นแรงเสริมในการพัฒนาอัตลักษณ์ ความเข้มแข็ง ทั้งด้านวิชาการและวิชาชีพของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทีมกรรมการจัดงานจึงมีความตั้งใจที่จะจัดงานประชุมให้เป็นประโยชน์และสร้างความประทับใจให้กับผู้เข้าร่วมประชุมมากขึ้นเรื่อย ๆ ในทุกปี

โปรดรอติดตามช่วงปลายเดือนพฤศจิกายนของทุกปีว่าจะมีการจัดประชุมวิชาการเวชศาสตร์ครอบครัวประจำปี : National Conference of Family medicine ที่ไหนเมื่อไหร่ ส่วนทีมจัดการประชุมรอคอยที่จะพบกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทุกท่าน...

บทความปริทัศน์

การตั้งคำถามวิจัยที่ดี: แก่นสำคัญในการออกแบบและดำเนินการวิจัย

กรภัทร มยุระสาคร, พบ. วว.เวชศาสตร์ครอบครัว,¹ ธันยาภรณ์ พงษ์คุณากร,¹ วท.ม., กมล อุดล,² พบ., Sara Schwanke Khilji,³ MD., MPH, ธมลวรรณ มะโนสาร¹ วท.บ.

¹กลุ่มวิจัยสุขภาพประชากรและโภชนาการ ศูนย์วิจัยการแพทย์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล;

²สาขาวิชาเวชศาสตร์ป้องกันโรคหัวใจ หลอดเลือดและเมตาบอลิซึม ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร; ³Division of Hospital Medicine, Department of Medicine, Oregon Health & Science University, United States

ผู้รับผิดชอบบทความ:

กรภัทร มยุระสาคร, พบ.,
กลุ่มวิจัยสุขภาพประชากรและ
โภชนาการ, ศูนย์วิจัยการแพทย์
ศิริราช, คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล
Email: korapat.may@mahi-
do.edu

Received: May 9, 2022;

Revised: June 29, 2022;

Accepted: July 11, 2022

บทคัดย่อ

หลายทศวรรษที่ผ่านมาข้อมูลขนาดใหญ่เป็นที่สนใจของนักวิชาการอย่างกว้างขวาง เพื่อใช้ในการขับเคลื่อนเทคโนโลยีทั้งเชิงวิทยาศาสตร์และไม่วิทยาศาสตร์ สำหรับการแพทย์เวชปฏิบัตินิยมใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงประกอบการตัดสินใจขั้นเบื้องต้น อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติรูปแบบการรักษาโรคต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากมีความเฉพาะตัวของภาวะโรค ความซับซ้อน และผลแทรกซ้อนอื่น ๆ รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ วิถีชีวิต พันธุกรรม และการเข้าถึงบริการรักษา ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ต้องพิจารณาประกอบในการตัดสินใจในเวชปฏิบัติ นอกจากนี้การผสมผสานองค์ความรู้จากผลงานวิจัยร่วมกับข้อมูลสนับสนุนการรักษาทางการแพทย์เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ ที่จะนำไปสู่รักษาแบบเฉพาะเจาะจง การแพทย์แม่นยำ การตัดสินใจถึงความเหมาะสมของรูปแบบการรักษา ชนิดและปริมาณยาที่ใช้ แนวทางการติดตามผลลัพธ์ให้บริการ การรักษาแบบทางเลือก และหลักฐานเชิงวิชาการ ดังนั้นผู้เขียนจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อขยายความการตั้งคำถามวิจัยที่ดีด้วยแก่นสำคัญในการออกแบบ 2 ข้อ คือ การมองหาสิ่งที่ขาดหายในองค์ความรู้และการวิเคราะห์คำถามแบบแยกส่วน ซึ่งพบว่าสามารถช่วยผู้วิจัยลดทอนข้อมูลที่ไม่จำเป็น ใช้ระยะเวลาในการทำวิจัยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ช่วยเชื่อมโยงข้อสงสัยกับหลักฐานสนับสนุนทางการแพทย์/เวชปฏิบัติคลินิก/และแนวทางคลินิกแบบเฉพาะบุคคลอย่างเหมาะสม จากบทความนี้แสดงให้เห็นว่า การได้มาซึ่งคำถามวิจัยที่ดีมีความจำเป็นและเป็นพื้นฐานการได้มาซึ่งการกำหนดเป้าหมายการวิจัยที่ชัดเจนและรูปแบบงานวิจัยที่ประสบความสำเร็จ

คำสำคัญ: คำถามงานวิจัย สมมุติฐาน จุดประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย

REVIEW ARTICLE

Asking an important Question: A Crucial Step in Research Design and Conduct

**Korapat Mayurasakorn,¹ MD. FRCFPT, Tanyaporn Pongkunakorn,¹ MS.,
Kamol Udol,² MD., Sara Schwanke Khilji,³ MD. MPH, Thamonwan Manosan¹ BS.**

¹Population Health and Nutrition Research Group, Siriraj Medical Research Center, ²Division of Cardiovascular and Metabolic Disease Prevention, Department of Preventive and Social Medicine; Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand; ³Division of Hospital Medicine, Department of Medicine, Oregon Health & Science University, United States

Corresponding author :

Korapat Mayurasakorn, MD.,
Population Health and
Nutrition Research Group,
Siriraj Medical Research
Center, Faculty of Medicine
Siriraj Hospital, Mahidol
University
Email: korapat.may@mahi-
dol.edu

Received: May 9, 2022;

Revised: June 29, 2022;

Accepted: July 11, 2022

ABSTRACT

In the era of big data, considerable attention has been focused on data-driven technologies in both scientific and non-scientific communities over the past decade. In medicine, evidence-based medicine (EBM) is used as a well-accepted model to aid clinical decision-making. Although EBM has been appropriately applied in general, the specific characteristics of each patient must be considered in clinical decision-making, due to the complexity and frequency of comorbid conditions in the management of modern disease. Individual-level factors such as gender, lifestyle, genetic differences, and accessibility of care are important considerations for the actual implementation of EBM. In addition, incorporating state-of-the-art medical research into clinical management is increasingly vital as medical management moves forward into the era of precision medicine. Decisions regarding whom to treat, which medication to use, what outcomes to monitor and which alternatives to consider require not only common sense and clinical experience, but also research evidence. Therefore, we aim to elaborate a well-articulated research question by two crucial steps including an identified the gap in knowledge and the question components. It can help to eliminate extraneous information and minimize time spent in conducting research, bridging the gap between EBM, clinical practice guidelines (CPGs), and individualized clinical care. This review demonstrates that a precisely formulated research question is an essential foundation for articulating the ultimate goal and a successful research activity.

Keywords: research question, hypothesis, objective, research methods

Introduction

Recent development in biomedical sciences, including high-throughput technologies, are likely to prompt a new paradigm for understanding human health. The concept of “big data” has triggered multiple national initiatives focused on developing precision care mechanisms for individual patients. Patient care has also shifted conceptually from physician-centered to patient-centered approaches. The “one size fits all” approach to treatment may offer an imperfect solution for individuals. According to the evidence-based care model, it is imperative that medical providers define specific clinical questions and select relevant evidence from high quality research to answer a given clinical dilemma and provide appropriate individualized medical care. To conduct high quality research, one must start by asking a sound research question.

To begin with, developing a good question is a vital yet challenging task a researcher faces when establishing a research project, in order to ascertain the truth in a defined situation. Yusuf and colleagues suggest criteria for sound research.¹ First, “ask an important question” and, second, “answer it reliably” according to this formulation, research that generates unreliable and invalid answers is useless or, worse, misleading, regardless of the importance of the question it attempts to answer. However, research yielding reliable and valid answers may still not be useful to guide clinical practice if the driving question is not important. Therefore, the importance of the problem leading to the research to be undertaken must be regarded as a major determinant of a good research question.

In a clinical context, questions are formulated based on problems faced on a day-to-day basis in practice, and research-supported solutions are needed to address such challenges within a specific patient population. Such research ideas often begin broadly and ambiguously in nature. Iterative processes of refinement and modification are required to achieve a specific and, ultimately, researchable question. These iterative processes include literature reviews, gathering information from existing evidence, and discussion with colleagues and experts, until saturation is achieved.

Objectives

In this article, we elaborate crucial steps for developing both good and researchable questions. We employ a step-by-step case presentation to illustrate the discrete elements required to develop a concrete research question, defining a corresponding research method for each. The article introduces the Participants/Problem, Intervention, Control/Comparator, Outcome(s) and Time (PICO(T)) framework for outlining a research question. Lastly, we describe and assess common categories of clinical research questions in the context of establishing a researchable project.

The primary key step: define the gap the question seeks to address

The principal step in creating a sound research question is defining a problem and/or gap in knowledge. Dr. Ernest M. Allen (Chief of the Division of Research Grants, National Institutes of Health, US Department of Health & Human Services) long ago demonstrated that 58% of declined proposals focused on a research problem deemed to be “not of sufficient importance” or “unlikely to produce any new or useful information”, and 30% used methodology that was inconsistent with the stated research objectives.²

Many researchers still question an existing theory but are hesitant to conduct a replication study. However, given recent medical advances, repeating previously published studies can help to assure that results are reproducible and strengthen the evidence of a previously documented finding.³ Alternatively, a replication study might address and rectify limitations of a previous study. Importantly, results may contribute back to a researcher’s own patient care practices.

Meticulously updated literature reviews relating to a topic of interest will help researchers articulate a research problem and select appropriate methodologies. Not only is a well-formulated research question the fundamental foundation for any type of research, it is integrally linked to all aspects of a project’s methods, including study design, eligibility criteria, outcomes, statistical analyses and sample size estimation. Each of these methodologic considerations rests on the cornerstone of a well-developed research question, while also serving as the building blocks of research that will ultimately answer identified knowledge gaps in clinical practice.⁴⁻⁶

Developing the research question should begin with an initial review of previously published evidence, including peer-reviewed literature, expert opinion, case reports and/or data sets. These activities are likely to generate a number of potential research questions. It then becomes crucial to ask which one of these questions is the primary research question: that is, the most important question to be studied using available methods.⁷

Cummings et al. suggest that characteristics of a good research question be FINER: Feasible, Interesting, Novel, Ethical and Relevant.⁸ Feasibility is based on the possibility of securing adequate numbers of subjects, tools, time, and budget; in short, the scope must be appropriate to available resources. The research question must be Interesting enough to capture the enthusiasm and focus of the research team, peers, funding agencies and scientific community at large. Good research provides Novel information that can elucidate unknown findings or expand on questions raised by a previous study. A good research question must be Ethical, avoiding, at a minimum, unacceptable mental or physical risks and invasion of privacy. Finally, and perhaps most importantly, good research must be practical and Relevant to serve the needs of target communities and to advance the bounds of scientific knowledge. Moreover, relevant research should influence practice not only in relation to the general population but also in the application to individuals. We also add that Scalability of the research should be considered. While studies may be well-structured and yield statistically significant outcomes, they may yet fail to be applicable in real world settings due to complex research design, strict research conditions, and/or lack of generalizability to heterogeneous populations. Take, for example, the research design of a diabetes prevention program targeting subjects at high risk of developing diabetes. Subjects in the intervention group were asked to follow activities according to a very strict protocol that included a controlled diet, frequent physical exercise, and other related activities. Although the study results might reveal significantly improved outcomes in the intervention group compared with control, the complex nature of the intervention poses a challenge to implementation in everyday life.⁹

The second key step: define the question components

Here we present a common clinical scenario and explore how clinical questions emerge in practice.

A case scenario

A 76-year-old woman presents at a primary care unit with poorly controlled blood sugar. She has a 20-year history of type-2 diabetes and has used multiple oral hypoglycemic agents, including glipizide, metformin, and a long-acting basal insulin analog. She finds it difficult to take the metformin as prescribed due to side effects such as anorexia and stomach upset. Recently her estimated glomerular filtration rate (eGFR) and a random urine albumin-to-creatinine ratio (ACR) were 43 mL/min/1.73 m² and 450 mg/g, respectively. She is concerned about outcomes associated with angiotensin converting enzyme inhibitor agent (ACEI) use in renal insufficiency. Finally, she wants to know if she can still use metformin, or if it can be substituted with another hypoglycemic agent to avoid its side effects.

Several questions arise from this scenario. These can be categorized broadly as background and foreground questions.^{6,10} On the one hand, a background question generally relates to a condition, a clinical problem, or knowledge about a specific disease. Background questions prompt a researcher to ask the “W5H” questions (who, what, when, where, why, how) as they apply to the relevant problem, pathology, or treatment. Background questions in this scenario could, for example, take the form of, “How does an ACEI work in diabetic kidney disease?” or “What are consequences of long-term metformin treatment?” Most background questions can be answered by information in standard textbooks and evidence-based resources. However, caution should be taken when unreliable sources of information are used.

Foreground questions, on the other hand, generally are very specific and involve choices of treatment, harm, diagnosis, prognosis, and/or outcomes, ultimately providing the evidentiary basis for decision making. This type of question can, at best, be partly answered with information contained in the published literature. An example would be “Does ACEI retard the deterioration of kidney function in diabetic elderly patients with

preexisting renal impairment?”, or “Will the measurement of urine albumin be helpful in managing type-2 diabetes mellitus with renal insufficiency?”

The question framework

A useful format used in the development of a foreground research question is the PICO(T) framework (formerly well described as PICO).^{6, 7, 11} The PICO(T) criteria include the Population/Patient of interest, the Intervention (treatment or diagnostic procedures being used), the Comparison/Control (the procedure/activity/drugs with which the intervention of interest will be compared), the expected Outcome of interest (measurable expected outcomes under given conditions), and an optional Time element.⁷ The PICOT framework helps generate a structured question leading to a tangible research methodology and, subsequently, to protocol development.

Population/Patient (P): Clearly describing a specific population of interest will help define appropriate inclusion and exclusion criteria. A restricted study population may help decrease confounding effects related to subjects' characteristics, particularly in a non-randomized study, at the expense of reduced availability of eligible subjects and diminished external validity of the study. A loosely defined population, on the contrary, may enable easier recruitment of subjects with diverse characteristics and may enhance external validity of the study. However, the risk of confounding effects may increase, especially in a non-randomized study. Thinking back to our clinical scenario, we can identify our “P” as “elderly diabetic patients with preexisting renal impairment”. Note that this description needs further clarification in terms of age range, stage of diabetes, and definition of renal impairment.

Intervention (I): The intervention may be a lifestyle measure (such as diet control or exercise), a pharmacologic agent, a therapeutic procedure, a diagnostic test, or an exposure to a risk factor. It is important to recognize that, when utilizing a specific test to support an intervention or treatment, the use of a diagnostic test must be considered in conjunction with the associated treatment, such as using HbA1C to identify pre-diabetes in a population. In our case scenario, based on clinical observation and existing literature, we can venture that pioglitazone has fewer GI side effects as compared to metformin, or that

administering an ACEI helps reduce proteinuria in the general population. Nevertheless, the clinician may remain uncertain about the efficacy of these medications in diabetic elderly patients with stage 3b chronic kidney disease, prompting a study to answer this question. The intervention would then be a new therapeutic approach, namely replacement of metformin with pioglitazone, or introduction of a specific ACEI. The details of the intervention must be clearly specified. These include the dose, route of administration, frequency and duration of pioglitazone or the ACEI.

Control/Comparator (C): When studying the effect of a new treatment or a risk factor, it must be compared to a control condition. For a new treatment, the control intervention may be the conventional treatment, a placebo, or no treatment, depending on the concurrent standard of care of the disease. For a risk factor or a prognostic factor, the control condition is usually absence of the factor, or the reference level of the factor. In the scenario, the comparator of pioglitazone would be metformin. For an ACEI, the comparator would be placebo. Again, the details of the control intervention need to be clearly specified.

Outcome (O): The outcome in the research question has to be viewed and defined as a variable expected to be related to or influenced by the intervention. For example, if we speculate that ACEI could help control proteinuria in diabetic elderly people, then the outcome would be “proteinuria”, which requires a clear definition. Proteinuria can be measured as a continuous variable by quantifying the amount of protein in a 24-hour urine collection, or it may be measured as a dichotomous variable, such as progression of proteinuria (yes/no). The latter case demonstrates the use of single clinical event as the outcome. Sometimes, we might be interested in many related clinical events as the outcome of the research. We could then have multiple events combined together as the outcome, called the “composite outcome”. For example, we may include “progression of proteinuria”, “doubling of serum creatinine” and/or “development of end stage renal disease” as the outcome. Presence of any of these events in a subject would qualify that person as experiencing the outcome of interest.

Time (optional) (T): When will the expected outcome be measured? Sometimes researchers

specify the study duration in the research question or objectives. For example, "What is the efficacy of ACEI in controlling proteinuria after an exposure duration of 6 months?"

Common aspects of clinical research questions

Recognizing the level of inquiry that a clinical question represents is an important step in developing a successful research proposal and study design. Table 1 shows many aspects of clinical questions commonly encountered (modified from many authors).^{6,11,12} Questions may relate to issues of clinical judgement in clinical medicine such as prevention, screening, diagnosis, treatment, risk and prognosis. Some questions, particularly in the field of epidemiology, may relate to magnitude of health problems, clinical characteristics, practice patterns, or patients' experiences.

Primary and secondary research questions

It is common for researchers to be interested in many related research questions, and to attempt to answer them simultaneously within a given research project, as conducting research requires considerable investment of resources and time. The researcher must then designate which question is the primary research question, and which are secondary. A primary research question is the most important question the researchers want to answer with validity and adequate precision. A secondary research question, on the other hand, is less important and may not be answered conclusively in the research. Specifying the primary research question is very important because the design and conduct of the research must aim to obtain a definite and conclusive answer to the primary research question. Answers to secondary research questions are viewed at best as hypothesis generating. It is not a common practice to have more than one primary research questions for a single research project, because having multiple primary research questions would increase the complexity of the research design and conduct, and may complicate data analyses. However, there are often several secondary research questions.

Questions, hypothesis and objectives

As mentioned earlier, researchers must invest considerable effort and time to formulate the

best possible research question, in order to avoid invalid results that might hamper identifying information of clinical significance.

Once a research question has been selected, the research hypothesis should next be articulated. In fact, a research question, a research hypothesis and research objective(s) convey essentially the same information expressed in different forms. A hypothesis is an expected answer to a primary research question that summarizes the crucial parts of the study according to the PICO(T) framework, in a form that establishes a basis for statistical testing. Once a research question has been clearly established, the research hypothesis can be easily formulated by converting the research question into an affirmative sentence. For example, if the research question is: "In elderly patients with type 2 diabetes who have normal blood pressure, does administration of an ACEI retard the development or progression of albuminuria, compared to placebo?", then the research hypothesis would be "In elderly patients with type 2 diabetes who have normal blood pressure, administration of an ACEI retards the development or progression of albuminuria, compared to placebo." It is possible that some research questions may not directly translate into a research hypothesis. Consider the research question, "What is the prevalence of renal insufficiency in elderly diabetic patients in primary care settings?" You can see that no research hypothesis can be formulated for this research question. Indeed, for any research question that does not contain the "C" component, there will be no research hypothesis. These include research questions about the properties of a diagnostic test, prognosis, and magnitude of health problems/clinical characteristics. The presence or absence of a research hypothesis is crucial in determining the appropriate statistical approach in data analyses and sample size estimation.¹³

In addition to clear research questions and hypotheses, research objective(s) may be indicated. The research objective is closely related to the research question, insofar as it contains the same components of the research question PICO(T). For the research question "In elderly patients with type 2 diabetes who have normal blood pressure (P), does administration of an ACEI (I) retard the development or progression of albuminuria (O), compared to placebo (C)?", the

Table 1. Levels of enquiry for commonly encountered research question types

Level of enquiry	Type of research question	PICO Component	Examples
Magnitude of health problems or clinical characteristics	Questions about prevalence, incidence, clinical characteristics, practice pattern or patients' experiences	P-O	What is the prevalence of renal insufficiency in elderly diabetic patients in primary care settings? What is the status of diabetes control in elderly diabetic patients in primary care settings?
Prevention and treatment	Questions about the efficacy or effectiveness of an intervention or exposure in preventing disorders from developing or in improving outcomes in patients. Examples of a preventive or therapeutic intervention include a behavioral or lifestyle measure, an educational or counselling program, a pharmacological agent, a surgical procedure, a rehabilitation program, or a vaccine.	P-I-C-O	In elderly patients with Type 2 diabetes who have normal blood pressure (P), does administration of an ACEI (specify the regimen) (I) retard the development or progression of albuminuria (O), compared to placebo (C)?
Diagnosis and screening	Questions about the ability of a test or procedure to differentiate between those with and without a condition or disorder	P-I-(C) ^a -O	In asymptomatic individuals in a community (P), does capillary blood glucose (I) perform comparably to plasma glucose (C) in screening for diabetes mellitus (O)? In Type 2 diabetes mellitus patients (P), does spot urine microalbumin using a commercial strip (I) help diagnose microalbuminuria as defined by 24-hour urine albumin excretion (O)?
Prognosis	Questions about the probability of some events occurring, or changes in status or some parameters over time, in a specific group of patients	P-O	In elderly diabetic patients with persistent albuminuria (P), what is the probability of developing end stage renal disease (O) over time?
Risk factors, prognostic factors or predictors	Questions about the association between exposure to a factor and selected outcomes. The exposure may be called a risk factor, a prognostic factor or a predictor	P-I-C ^b -O	In elderly diabetic patients (P), is albuminuria (I) a risk factor for cardiovascular death (O)?

^aC may be present or absent in this type of research question. If the aim of the research is to compare the performance of two or more tests, then C is present. If the research aims to study the performance of just one test, then C is absent. The gold standard test in this situation is not the C; it is merely the method of determining the outcome (O).

^b C is always present in this type of research question, even though it is occasionally not mentioned explicitly. C is usually the absence of the factor of interest, or the "reference" level of the factor of interest.

^c One factor is regarded as I/C and the other as O, even though they may not completely match the definitions in some situations. I and C are grouped together if the factor is analyzed as a continuous variable.

research objective would be "to study the effects of an ACEI, compared to placebo, on progression of albuminuria in elderly patients with type 2 diabetes who have normal blood pressure". Unlike research hypotheses, which may be absent in some aspects of research questions, research

objectives can be articulated for all aspects of research questions.

Returning to our clinical scenario, here are a few examples to illustrate the construction of research hypothesis. A relatively simple hypothesis might be put forth as "A high fat diet is asso-

ciated with an increased risk of proteinuria in the elderly with diabetes.” Or: “High blood pressure is associated with an increased risk of proteinuria in the elderly with diabetes”. Having multiple hypotheses eventually will help the researcher decide which question is the primary research question.

Conclusion

Developing a high-quality research question is the most fundamental part of the entire research project. To generate a good research question, one needs to understand gaps in knowledge about the topic of interest, based on review of a broad variety of sources. A clear and specific research question can be formulated using the PICO(T) framework. Each component of the question must be defined in as much detail as possible. A research hypothesis is a theoretical answer to a research question that is measurable. Finally, primary research objectives must be generated to delineate what a study aims to accomplish. Developing “important”, “relevant” and “researchable” questions with linked hypotheses and objectives is a difficult task, but it will definitely guide a successful research activity.

Acknowledgments

We would like to appreciate to all colleagues for their dedication to this article. Moreover, we thank Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University for all facilities.

References

1. Yusuf S, Collins R, Peto R. Why do we need some large, simple randomized trials? *Stat Med*. 1984;3:409-22.
2. Allen EM. Why are research grant applications disapproved? *Science*. 1960;132(3439):1532-4.
3. Aslam S, Emmanuel P. Formulating a researchable question: A critical step for facilitating good clinical research. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2010;31:47-50.
4. Bragge P. Asking good clinical research questions and choosing the right study design. *Injury*. 2010;41 Suppl 1:S3-6.
5. Naccarella L, Buchan J, Brooks P. Evidence-informed primary health care workforce policy: are we asking the right questions? *Aust J Prim Health*. 2010;16:25-8.
6. Price CP, Christenson RH. Ask the right question: a critical step for practicing evidence-based laboratory medicine. *Ann Clin Biochem*. 2013;50(Pt 4):306-14.
7. Brian Haynes R. Forming research questions. *J Clin Epidemiol*. 2006;59:881-6.
8. Cummings SR, Browner WS, Hulley SB. Conceiving the research question and developing the study plan. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB, editors. *Designing clinical research*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. p. 14-22.
9. Diabetes Prevention Program Research G. Long-term effects of lifestyle intervention or metformin on diabetes development and microvascular complications over 15-year follow-up: the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3:866-75.
10. Agoritsas T, Vandvik P, Neumann I, Rochwerf B, Jaeschke R, Hayward R, et al. Finding current best evidence. In: Guyatt G, Rennie D, Meade M, Cook D, editors. *Users' guides to the medical literature: a manual for evidence-based clinical practice*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2015.
11. Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RS. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP J Club*. 1995;123:A12-3.
12. Fineout-Overholt E, Johnston L. Teaching EBP: asking searchable, answerable clinical questions. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2005;2:157-60.
13. Browner WS, Newman TB, Hulley SB. Getting ready to estimate sample size: Hypotheses and underlying principles. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB, editors. *Designing clinical research*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013. p. 43-53.

บทความพิเศษ

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน ประเทศญี่ปุ่น

นัชชา เรืองเกียรติกุล, พบ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว, Gerontology and Ageing, MSc.

โรงพยาบาลราชวิถี, กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

นัชชา เรืองเกียรติกุล,
โรงพยาบาลราชวิถี, ถ.พญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
10400, ประเทศไทย
Email: natcha4142492@
gmail.com

Received: April 28, 2022;

Revised: August 18, 2022;

Accepted: October 6, 2022

บทคัดย่อ

ประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์เป็นประเทศแรก ๆ ของโลก การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงานทำให้เกิดความกังวลใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การนำผู้สูงอายุให้มาอาศัยอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุอาจไม่ใช่คำตอบของการดูแลในบริบทที่ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากและบุคลากรที่จะให้การดูแลมีสัดส่วนที่น้อย ทั้งปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรต่าง ๆ ยังตามมา ดังนั้น การจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเหมาะสมและยั่งยืนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก และการบูรณาการกับภาคส่วนอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน ยังเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนี้ ไม่ได้เพียงเป็นการลดปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรต่าง ๆ เท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นการป้องกันการเกิดโรคและความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุได้อีกด้วย ทั้งยังเป็นการช่วยเหลือครอบครัวและผู้ดูแลของผู้สูงอายุ ลดการเกิดความรู้สึกว่าการให้การดูแลนั้นส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจของตนเอง เกิดความเหนื่อยล้าในการดูแล ซึ่งเป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวอีกด้วย

คำสำคัญ: การดูแลในชุมชน การดูแลแบบบูรณาการ ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเทศญี่ปุ่น

SPECIAL ARTICLE

Community-Based Integrated Care for Older Adults in Japan

Natcha Ruangkiatkul, MD., MSc.

Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Natcha Ruangkiatkul, MD.,
Rajavithi Hospital, Phayathai
Road, Ratchathewi District,
Bangkok 10400, Thailand
Email: natcha4142492@
gmail.com

Received: April 28, 2022;

Revised: August 18, 2022;

Accepted: October 6, 2022

ABSTRACT

Background: Japan is one of the countries that has become a complete-aged society, which can be defined as the proportion of those aged 60 years or older exceeding 20%. The increasing proportion of older populations brings about their health concern. Institutional care might not be a solution in the context that the number of older people overwhelming working age. Besides, the shortage of resources is one of the ageing society's problems. Therefore, the proper health system in community planning should be addressed. The integration between the public and private sectors could benefit the health care of older individuals. Community-based integrated care not only relieves the shortage of workforce but also is the solution to the shortage of other resources. Moreover, it promotes and prevents health deterioration in older people. The advantages also happen with families and caregivers. It can lessen the feeling of burden and fatigue, which improves family relationships.

Keywords: community care, integrated care, older, long-term care, Japan

บทนำ

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเร็วที่สุด และได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งสัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นผลมาจากอัตราการเจริญพันธุ์ที่ต่ำและประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องของสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุนี้ ทำให้เกิดผลกระทบตามมามากมาย ประชากรวัยพึ่งพิงมีจำนวนมากขึ้น อัตราภาวะความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว long-term care (LTC) จึงมีความจำเป็นเพื่อให้ประชากรที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ซึ่งการดูแลแบบ LTC ในประเทศญี่ปุ่น เป็นระบบการดูแลระยะยาวที่รัฐบาลให้ประชาชนจ่ายเงินเข้าระบบตามฐานเงินเดือน เมื่ออายุมากกว่า 65 ปี หรือมีข้อบ่งชี้จะสามารถรับการดูแลได้ โดยมีทั้งให้การดูแลในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความต้องการการบริการ LTC ทำให้จำนวนบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ภาครัฐจำเป็นต้องหาทางออกของปัญหานี้ ซึ่งการดูแลแบบบูรณาการในชุมชน (community-based integrated care) เป็นหนึ่งในคำตอบ

บทความนี้วิเคราะห์ การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดของการดูแลแบบ LTC โดยวิเคราะห์ การเพิ่มขึ้นของความต้องการการดูแลแบบ LTC การขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุ และประโยชน์ของการดูแลแบบบูรณาการในชุมชนในประเทศญี่ปุ่น ได้แก่ ลดความต้องการการใช้บริการ LTC เนื่องจากช่วยให้สุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุดีขึ้น นอกจากนี้ยังส่งเสริมป้องกันสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลทั้งครอบครัว เครือข่ายชุมชนยังสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ที่กล่าวมาทำให้สรุปได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนมีความจำเป็นมากในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

การเพิ่มขึ้นของความต้องการการดูแลแบบ LTC

ประเทศญี่ปุ่นมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของความต้องการการดูแลแบบ LTC เนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุ

เพิ่มมากขึ้น ในปี ค.ศ. 2018 จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในประเทศญี่ปุ่นมีประมาณ 35 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.1¹ คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะมากขึ้นเรื่อย ๆ ที่ละน้อยจนประมาณ 40 ล้านคน อย่างไรก็ตาม ก็นับว่าสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลจากอัตราการเจริญพันธุ์ที่ต่ำลง โดยคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรทั้งหมดของญี่ปุ่นจะลดลงเป็นจำนวนประมาณร้อยละ 25 ในปี ค.ศ. 2050 ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุอยู่ที่ประมาณร้อยละ 40 ของจำนวนประชากรทั้งหมด² ซึ่งเป็นไปได้ว่าประเทศญี่ปุ่นต้องเผชิญกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่เกิดจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) อย่างที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนกับประเทศอื่นในโลกนี้ ทำให้เกิดปัญหาหลายอย่างที่ต้องกังวลตามมา รัฐบาลญี่ปุ่นจำเป็นต้องวางแผนการดูแลในระยะยาวเพื่อมาแก้ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น

การมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่นทำให้เกิดช่วงระยะเวลาที่มีความพิการและความถดถอยของสุขภาพผู้สูงอายุยาวนานขึ้น พบว่า อายุขัยเฉลี่ย (life expectancy, LE) ของผู้สูงอายุญี่ปุ่นยาวนานขึ้นในช่วงปี ค.ศ. 1990-2013 ทั้งเพศชายและเพศหญิง รวมทั้งมีช่วงอายุสุขภาพดี (health adjusted life expectancy, HALE) ที่ยืนยาวขึ้นเช่นกัน อย่างไรก็ตามช่วงอายุที่สุขภาพดีเพิ่มช้ากว่าอายุขัยเฉลี่ย ส่งผลให้ช่วงเวลาที่มีความพิการหรือทุพพลภาพของผู้สูงอายุยาวนานขึ้น (LE - HALE) ซึ่งในเพศชายอายุที่มีความพิการหรือทุพพลภาพเพิ่มจาก 8 ปี เป็น 8.9 ปี และในเพศหญิงเพิ่มขึ้นจาก 9.7 ปี เป็น 10.9 ปี ในช่วงปี ค.ศ. 1990-2013³ การเพิ่มขึ้นของช่วงอายุที่มีความพิการหรือทุพพลภาพของผู้สูงอายุทั้งสองเพศนี้ทำให้เกิดความต้องการการบริการแบบ LTC มากขึ้น ในปี ค.ศ. 2017 ประมาณร้อยละ 27 ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีภาวณอนตติเตียงและต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันทุกอย่าง ประมาณร้อยละ 17 ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปต้องการความช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (activities of daily living, ADLs)⁴ จากข้างต้นทำให้เชื่อได้ว่า ประเทศญี่ปุ่นกำลังเผชิญหน้ากับภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่เกิดจากการมีอายุขัยที่เพิ่มขึ้น

การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน

การดูแลแบบ LTC ได้มีการพัฒนาปรับเปลี่ยนรูปแบบถึง 2 ครั้ง ทำให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมและทั่วถึงมากขึ้น โดยมีทั้ง การป้องกันสุขภาพด้วยตนเอง การดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน การพัฒนาปรับปรุงนี้ ไม่เพียงแต่แก้ปัญหาด้านการบริการสุขภาพ แต่ยังทำให้ประสิทธิภาพการบริการดีขึ้นด้วย ทั้งยังเอื้อประโยชน์ต่อบุคลากรที่ให้บริการในส่วน of LTC ในปี ค.ศ. 2006 รัฐบาลญี่ปุ่นได้ปฏิรูป ระบบการบริการ LTC โดยการเพิ่ม การให้บริการป้องกันสุขภาพโดยพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การบริการป้องกันสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อลดความต้องการของการบริการสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดตั้งศูนย์ให้ความช่วยเหลือในชุมชน (community general support center) เพื่อจัดการเรื่องการป้องกันสุขภาพโดยสหวิชาชีพ ในการจัดตั้งศูนย์ชุมชนนี้ทำให้เกิดผู้นำด้านสุขภาพ ทำให้การประสานงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เป็นไปได้โดยสะดวก และเป็นการนำเอาทรัพยากรจากภาคส่วนต่าง ๆ ในท้องถิ่นมาบูรณาการร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ รัฐบาลญี่ปุ่นได้ปฏิรูปการดูแลแบบ LTC อีกครั้งในปี ค.ศ. 2011⁵ ในการปฏิรูปในครั้งนี้มุ่งส่งเสริมเรื่องการป้องกันสุขภาพมากขึ้น เช่น การมีกิจกรรมชุมชน และมีการให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุทั้งในบ้านและสังคมอีกด้วย ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความครอบคลุมและเป็นองค์รวมในทุกมิติสุขภาพและมีความเหมาะสมในแต่ละบุคคล ผลจากการปฏิรูปครั้งนี้ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอย่างมากในทุกการบริการ⁶

สัดส่วนงบประมาณของการบริการแบบ LTC ถือได้ว่าเป็นจำนวนไม่มาก ทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้อีกด้วย จากการเปรียบเทียบระหว่างการดูแลแบบ LTC และการดูแลทางสังคมอื่น ๆ พบว่า ในปี ค.ศ. 2016 รัฐบาลญี่ปุ่นได้ใช้งบประมาณไปกับเงินบำนาญมากกว่าเงินในการดูแลแบบ LTC ถึง 6 เท่า (54,130 ล้านเยน ต่อ 9,508 ล้านเยน)¹ นอกจากนี้เป้าหมายหนึ่งในการให้บริการแบบ LTC ของประเทศญี่ปุ่น คือ ให้

มีทางเลือกในการรับการดูแลอื่นที่นอกเหนือจากการดูแลรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล ซึ่งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสุขภาพ และการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพที่เกินความจำเป็น⁷ ในปี ค.ศ. 2018 รัฐบาลญี่ปุ่นใช้งบประมาณประมาณร้อยละ 2.1 ของ ผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP) ไปกับการให้บริการซึ่งสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ที่เป็นสมาชิกขององค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (The Organization for Economic Cooperation and Development: OECD) (ร้อยละ 1.4 ของ GDP) เล็กน้อย⁸ แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าประเทศญี่ปุ่นจะมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าประเทศอื่นอย่างเห็นได้ชัดแต่งบประมาณที่ใช้ในการให้บริการ LTC ไม่ได้สูงกว่าประเทศอื่นมากนัก และแม้ว่าในการรับบริการ LTC บางอย่างผู้สูงอายุจะต้องร่วมจ่ายร้อยละ 10 ของค่าบริการ แต่ไม่ได้เป็นปัญหาของผู้สูงอายุแต่อย่างใด เพราะพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพประมาณร้อยละ 6.1 ของค่าใช้จ่ายต่อเดือน ซึ่งเป็นปริมาณที่มากกว่าค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายในการรับบริการ LTC เป็นจำนวนมาก¹ จากข้อมูลค่าใช้จ่ายการดูแลทางสังคมร่วมกับเป้าหมายของการดูแล LTC สามารถสรุปได้ว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลแบบ LTC ไม่ได้เป็นภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาลและผู้สูงอายุ

การขาดแคลนทรัพยากรบุคคลในการดูแลแบบ LTC

เนื่องจากการเจริญพันธุ์ที่ต่ำลงและอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้สัดส่วนประชากรวัยแรงงานลดลง ส่งผลต่อบุคลากรที่ให้การดูแลแบบ LTC ด้วย นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 ประเทศญี่ปุ่นเผชิญหน้ากับปัญหาขาดแคลนประชากรวัยทำงาน (อายุ 15-65 ปี) จำนวนประชากรวัยทำงานของประเทศญี่ปุ่นในปี ค.ศ. 2018 มีจำนวนประมาณ 75 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 59.7 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งลดลงกว่าปีก่อนหน้าคิดเป็นร้อยละ 0.67 ยังคาดคะเนว่าจะมีแนวโน้มการลดลงของประชากรวัยทำงานต่อไปในอนาคต¹ จึงทำให้การดูแลแบบ LTC มีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศสมาชิก OECD อื่น ๆ พบว่า ประเทศญี่ปุ่นมีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงานสูงที่สุด (old age dependency

ratio, OADR) แต่มีจำนวนบุคลากรที่ให้บริการ LTC จำนวนน้อย ในปี ค.ศ. 1950 สัดส่วน OADR ของประเทศญี่ปุ่นมีประมาณ 9.9 และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนในปี ค.ศ. 2015 มีสัดส่วน OADR เป็น 46.2 ซึ่งเป็นจำนวนมากที่สุดในกลุ่มประเทศ OECD⁹ แสดงให้เห็นภาระที่หนักหน่วงจากผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรในระบบ LTC ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าประเทศกลุ่ม OECD อื่น¹⁰ ในปี ค.ศ. 2012 ประเทศญี่ปุ่นมีสัดส่วนจำนวนบุคลากร 15 คนต่อผู้สูงอายุพันคนในสถานพยาบาลของ LTC และมีสัดส่วนบุคลากร 39 คนต่อผู้สูงอายุ 1,000 คนที่อาศัยอยู่ที่บ้านตนเอง¹⁰ การขาดแคลนทรัพยากรบุคคลมีแนวโน้มแย่ลง มีการคาดการณ์ว่าสัดส่วน OADR จะมีปริมาณสูงขึ้นจนถึงประมาณ 75.3 ในปี ค.ศ. 2075¹¹ ในปัจจุบันพบว่าร้อยละ 20 ของบุคลากรในระบบ LTC ลาออกจากการงานทุกปี เนื่องจากรายได้ที่น้อย สิ่งแวดล้อมการทำงานที่ไม่เหมาะสมและไม่มีแนวทางอาชีพ¹² ร้อยละ 80 ของบุคลากร LTC ได้รับเงินเดือนในระดับต่ำ¹³ ในอีกประมาณ 10 ปีข้างหน้าประเทศญี่ปุ่นจะประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากร LTC ถึงประมาณ 300,000 ตำแหน่ง¹⁴ แสดงให้เห็นว่าปัญหาการขาดแคลนแรงงานในระบบ LTC เป็นปัญหาใหญ่

มีการนำเอาแรงงานต่างชาติมาแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแรงงานในประเทศ แต่ในปี ค.ศ. 2010 มีสัดส่วนการย้ายถิ่นฐานของต่างชาติที่ย้ายเข้ามาอาศัยในประเทศญี่ปุ่นต่อการย้ายออกจากประเทศของประชากรญี่ปุ่น คือ -0.6 ต่อพันประชากร ซึ่งบ่งบอกว่าประชากรญี่ปุ่นย้ายออกจากประเทศมากกว่าต่างชาติที่ย้ายเข้ามาอาศัยในประเทศญี่ปุ่น ทั้งจำนวนชาวต่างชาติที่อาศัยในประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนเพียงประมาณร้อยละ 1.7 เท่านั้น¹⁵ แสดงให้เห็นว่าประเทศญี่ปุ่นไม่ได้ดึงดูดชาวต่างชาติภาษาที่ใช้ในการสื่อสารยังเป็นอุปสรรคหนึ่งของชาวต่างชาติอีกด้วย¹⁴ โรงเรียนสอนภาษาให้แก่ชาวต่างชาติในประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนไม่มากและดำเนินการโดยอาสาสมัครเป็นส่วนใหญ่¹⁵ ส่งผลให้ระบบการดูแลแบบ LTC ขาดแคลนบุคลากรมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน ช่วยลดปัญหาความต้องการการดูแลแบบ LTC

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนจะช่วยเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เพิ่มคุณภาพชีวิตและทำให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตัวเองได้ การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน ประกอบด้วยการดูแลที่หลากหลาย เช่น การทำกิจกรรมในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายและได้เข้าสังคมแทนที่จะมีเพียงกิจกรรมที่อยู่ที่บ้าน เช่น การออกกำลังกาย การเล่นเกม และการท่องเที่ยว ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอจะช่วยชะลอภาวะทุพพลภาพได้¹⁶ การทำกิจกรรมในชุมชนยังช่วยพัฒนาความจำและการทำงานของสมอง การร่วมกิจกรรมในชุมชนสม่ำเสมอทำให้ระบบการทำงานของสมองมีการพัฒนามากขึ้น¹⁶ ซึ่งช่วยลดภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมชุมชนยังช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุ โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในชุมชน ได้แลกเปลี่ยนมุมมอง ความคิด ข่าวสารใหม่ ๆ ซึ่งจะช่วยลดภาวะโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุ ทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นอีกด้วย¹⁷ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้ามีอาการดีขึ้นหลังจากร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ¹⁸ และจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับการดูแลในชุมชน⁶ ดังนั้นการจัดกิจกรรมในชุมชนจะช่วยชะลอโรคในผู้สูงอายุ เพิ่มคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีอิสระไม่ต้องพึ่งพิง และยังช่วยลดความต้องการการดูแลแบบ LTC ได้อีกด้วย

การป้องกันการสุขภาพโดยพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลแบบ LTC มีจุดมุ่งหมายในการชะลอความต้องการบริการที่ซับซ้อนมากขึ้น การดูแลนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือที่เฉพาะบุคคลอย่างเหมาะสม มีการให้ความช่วยเหลือที่แตกต่างตามความต้องการของแต่ละคน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นแม้ว่าจะมีโรคประจำตัวหรือสุขภาพที่ไม่แข็งแรงอยู่แล้วก็ตาม¹⁹ ส่งผลให้ลดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุได้

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน ช่วยเพิ่ม ทรัพยากรมนุษย์ในการดูแลผู้สูงอายุ

ในการปรับปรุงนโยบาย LTC ในปี ค.ศ. 2000 ทำให้ภาระการดูแลของครอบครัวถูกส่งต่อมาสู่รัฐ⁷ ซึ่งนโยบายขณะนั้นเป็นไปเพื่อช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวจากความรู้สึกมีภาระจนส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจผู้ดูแล โดยรัฐบาลจะจัดสรรเจ้าหน้าที่มาช่วยดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในการแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนในการดูแลแบบ LTC จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนความรับผิดชอบในการดูแลกลับไปยังครอบครัวในบางส่วนตามความเหมาะสมและระบบการดูแลแบบ LTC จะมีการสนับสนุนการดูแลต่าง ๆ เพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น เช่น การเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ การพยาบาลที่บ้าน การดูแลช่วยเหลือการประกอบกิจวัตรประจำวันที่บ้าน

การให้ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุ อาจก่อให้เกิดความกังวลว่า ทำให้เกิดการขาดแคลนแรงงานในระบบ เพราะสมาชิกในครอบครัวต้องลาออกจากงานประจำมาดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยาไม่ใช่ลูกหลาน โดยในปี ค.ศ. 2013 ผู้ดูแลหลัก ประมาณร้อยละ 40.3 เป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 30 เป็นบุตรชายหรือบุตรสาว และร้อยละ 12.8 เป็นลูกเขยหรือลูกสะใภ้²⁰ ยังพบว่าเฉพาะผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบจากการรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกับผู้สูงอายุบางคนอาจต้องลาออกจากงานมาดูแลผู้สูงอายุ ส่วนผู้ดูแลที่อาศัยอยู่คนละบ้านกับผู้สูงอายุไม่ได้รับผลกระทบนี้²¹ สาเหตุที่แตกต่างกันนี้ อาจเนื่องมาจาก ระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงไม่สามารถสรุปได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจะทำให้ผู้ดูแลต้องลาออกจากการทำงานประจำ ยังมีความกังวลบางส่วนว่า การให้ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง ในการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก พบว่า ผู้ดูแลบางคนเกิดปัญหาสุขภาพทางกาย จิตใจและความสัมพันธ์ หลังจากต้องดูแลผู้สูงอายุอย่างเข้มข้นเป็นเวลา 6 เดือน แต่คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²² ผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคนเท่านั้นที่เกิดปัญหา

สุขภาพจากการดูแล²³ ในด้านภาระงานในการดูแล ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ดูแลที่บ้านและกลุ่มที่ดูแลในสถานพยาบาลใช้เวลาเท่า ๆ กัน ในการดูแลและมีความรู้สึกรู้ว่าต้องแบกรับภาระพอ ๆ กัน อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่มนี้ยังคิดว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่²⁴ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการสนับสนุนจากบุคคลหรือหน่วยงานอื่น รวมทั้งทรัพยากรในชุมชน การได้รับความสนับสนุนต่าง ๆ มีผลในแง่บวกกับคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล²⁵ แสดงให้เห็นว่าการที่สมาชิกในครอบครัวต้องให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุ ไม่ได้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง

อีกหนึ่งอุปสรรคของการที่สมาชิกในครอบครัวต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ ปัจจุบันมีแนวโน้มของการอาศัยอยู่คนเดียวในบ้านมากขึ้น จากร้อยละ 27.6 ในปี ค.ศ. 2000 จนเป็นร้อยละ 43.6 ในปี ค.ศ. 2015 ครอบครัวที่ประกอบด้วย พ่อ แม่และลูก มีจำนวนน้อยลงเล็กน้อย ยังพบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 4.14 คนในปี ค.ศ. 1960 เป็น 2.33 คนในปี ค.ศ. 2015¹ คาดการณ์ได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวจะมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้และที่อาศัยกับคู่สมรสจะสามารถได้รับบริการที่บ้านจากระบบ LTC ทั้ง อาสาสมัครและเครือข่ายชุมชนเป็นอีกแหล่งหนึ่งให้บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้อีกด้วย

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนทำให้เกิดเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยการจัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพในชุมชน จะทำให้ทีมสหวิชาชีพสามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ซึ่งไม่เพียงแต่ทรัพยากรในขอบเขตของการดูแล LTC เท่านั้น ยังสามารถใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในภาคส่วนอื่น ๆ อีกด้วย เช่น จิตอาสา และองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรเช่น มีจิตอาสาประมาณ 5.4 ล้านคนทั่วประเทศญี่ปุ่นที่ได้รับการฝึกและแต่งตั้งเป็น “dementia friends” จิตอาสาเหล่านี้จะให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพและทางด้านจิตใจแก่ญาติและผู้ดูแล รวมถึงมีการจัดโทรศัพท์เพื่อให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังมี การดูแลโดยเพื่อนบ้าน (the neighbourhood-watch scheme) เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอีกด้วย²⁶ เครือข่ายจิตอาสาสามารถเป็นแรงผลักดัน

ด้านทางสังคมได้อย่างเข้มแข็งในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นในการดูแลควรบูรณาการทุกภาคส่วนในแต่ละชุมชนเพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลแบบบูรณาการในชุมชนยังทำให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเองได้สามารถดูแลซึ่งกันและกัน โดยผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงสามารถช่วยในการดูแลผู้ที่อ่อนแอกว่าได้²⁷ ร้อยละ 25.6 ของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นอาสาสมัครในการทำกิจกรรมที่บ้าน เช่น การดูแลสวน การทิ้งขยะและการซ่อมแซมบ้านอย่างง่าย บางส่วนของอาสาสมัครไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการทำกิจกรรม²⁸ การเป็นอาสาสมัครจะช่วยพัฒนาสุขภาพจิต เป็นแรงเสริมเชิงบวกของอาสาสมัครเอง ทำให้เกิดความรู้สึกมีความสุข การได้ช่วยเหลือสังคมและการรู้สึกถึงการพัฒนาดตนเอง²⁷ ดังนั้นการเป็นอาสาสมัครของผู้สูงอายุไม่เพียงแต่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน ยังเป็นประโยชน์ต่อตัวของจิตอาสาเองด้วย

การมีอาสาสมัครในชุมชนทำให้เกิดข้อสงสัยในคุณภาพการดูแล พบว่า คุณภาพของการดูแลขององค์กรอิสระและอาสาสมัครไม่ได้แตกต่างจากการดูแลของรัฐบาล²³ ในขณะเดียวกันรัฐบาลควรให้ความรู้และจัดให้มีโปรแกรมการฝึกการดูแลผู้สูงอายุให้แก่บุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงการกำหนดมาตรฐานในการดูแล ซึ่งจะก่อให้เกิดความครอบคลุมทั่วถึงในการดูแลผู้สูงอายุ และจะช่วยแก้ปัญหาเดียวในสถานพยาบาลและสถานดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ในขณะที่อีกด้านหนึ่ง คือ การดูแลที่บ้านไม่เคยประสบปัญหาทรัพยากรไม่เพียงพอเลย²³

สรุป

ประเทศญี่ปุ่นกำลังเผชิญกับปัญหาสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงความพิการและทุพพลภาพที่มากขึ้นด้วย การดูแลแบบ LTC ได้ถูกนำมาใช้ในการดูแล แต่ยังมีปัญหาในเรื่องการขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากร แม้รัฐบาลได้มีการพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลแบบ LTC ครั้งใหญ่ถึง 2 ครั้ง ปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรยังเป็นปัญหาที่ต้องวางแผนในการจัดการระยะยาว การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนเป็นทางออกหนึ่งของการแก้ไขปัญหาบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ซึ่งมิ

ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุ ทำให้มีสุขภาพดี ทั้งยังสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพื่อลดความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น และยังเป็นการประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว อาสาสมัคร องค์กรต่าง ๆ ในชุมชน แม้ว่ายังมีข้อควรกังวลบ้างแต่เห็นได้ชัดว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชนจึงเป็นการดูแลที่ควรส่งเสริมอย่างยิ่ง

ในบริบทของประเทศไทย มีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ บทเรียนของการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศญี่ปุ่น เป็นตัวอย่างที่ดีที่ควรเรียนรู้ เพื่อนำมาปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อรับมือกับปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรในการดูแลที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Statistics Bureau Ministry of Internal Affairs and Communications Japan. Statistical Handbook Of Japan 2019. Bureau Statistics Ministry of Internal Affairs and Communications, Japan, editors. Tokyo: Statistics Bureau Ministry of Internal Affairs and Communications Japan; 2019.
2. Olivares-Tirado P, Tamiya N, Kashiwagi M. Effect of in-home and community-based services on the functional status of elderly in the long-term care insurance system in Japan. BMC Health Serv Res. 2012;12:1–10.
3. Tokudome S, Hashimoto S, Igata A. Life expectancy and healthy life expectancy of Japan: the fastest graying society in the world. BMC Res Notes. 2016; 9:1–6.
4. Joshua L. Aging and Long Term Care Systems: A review of finance and Government Arrangments in Europe, North America and Asia-Pacific. Social Protection & Labor. Report No.1705. United States: World Bank Group; 2017.
5. Morikawa M. Towards community-based integrated care: Trends and issues in Japan's long-term care policy. Int J Integr Care. 2014;14:1–10.
6. Frances W, Caren JF, Scott S, Ruth G-M, Reiko H, Yomei N, et al. Japanese elders' perceptions of the impact of Home and Community based Long Term Care services on quality of life and independence. [Internet]. [cited 2019 Nov 1]. EJCS 2013;13(3).

- Available from: <http://www.japanesestudies.org.uk/ejcs/vol13/iss3/wilby.html>
7. Mitchell OS, Piggott J, Shimizutani S. Aged-care support in Japan: perspectives and challenges. *Benefits Q.* 2006;22:7-18.
 8. OECD. Long-term Care. Organisation for Economic [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov1]. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>
 9. OECD. Old-age dependency ratio. In: *Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators* [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017 [cited 2019 Nov 1]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pensions-at-a-glance-2017/old-age-dependency-ratio_pension_glance-2017-22-en.
 10. OECD/EU. A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care. In: *OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing; 2013.
 11. OECD. Old-age dependency ratio. In: *Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators* [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017 [cited 2019 Nov 1]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pensions-at-a-glance-2017/old-age-dependency-ratio_pension_glance-2017-22-en
 12. Ohwa M, Chen LM. Balancing long-term care in Japan. *J Gerontol Soc Work.* 2012;55:659–72.
 13. Sakamoto H, Rahman M, Nomura S, Okamoto E, Koike S, Yasunaga H, et al. *Japan Health System Review*. New Delhi: World Heal Organ Reg Off South-East Asia; 2018.
 14. Natasha C, Sophie C-C, Nina H. What can England learn from the long-term care system in Japan? United Kingdom: Research Report, Nuffield Trust; 2018.
 15. Kondo A. Migration and law in Japan. *Asia Pacific Policy Stud.* 2015;2:155–68.
 16. Fern AK. Benefits of physical activity programming modifications to enhance the exercise experience. *ACSM's Heal Fit.* 2000;13:12–6.
 17. Gruenenfelder-Steiger AE, Katana M, Martin AA, Aschwanden D, Koska JL, Kündig Y, et al. Physical activity and depressive mood in the daily life of older adults. *GeroPsych.* 2017;30:119–29.
 18. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatrri P, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med.* 1999;159:2349–56.
 19. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015:CD010523.
 20. Saito M. Current issues regarding family caregiving and gender equality in Japan: male caregivers and the interplay between caregiving and masculinities. *Japan labor Rev.* 2017;14:92–111.
 21. Ishii K. Informal care and employment status of Japanese middle aged women : a study using JSTAR [Internet]. Tokyo; 2015. (JSTAR datasets). [cited 2019, Nov 1]. Available from: https://conference.iza.org/conference_files/RIETI_2015/ishii_k22085.pdf.
 22. van de Ree CLP, Ploegsma K, Kanter TA, Roukema JA, De Jongh MAC, Gosens T. Care-related quality of life of informal caregivers of the elderly after a hip fracture. *J Patient Rep Outcomes.* 2017;2:23.
 23. Shimizutani S. The future of long-term care in Japan. *Asia-Pacific Rev.* 2014;21:88–119.
 24. Metzelthin SF, Verbakel E, Veenstra MY, Van Exel J, Ambergen AW, Kempen GJM. Positive and negative outcomes of informal caregiving at home and in institutionalised long-term care: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2017;17:1–10.
 25. Haya MAN, Ichikawa S, Wakabayashi H, Takemura Y. Family caregivers' perspectives for the effect of social support on their care burden and quality of life: A mixed-method study in rural and sub-urban central Japan. *Tohoku J Exp Med.* 2018;247:197–207.
 26. Aihara Y, Maeda K. National dementia supporter programme in Japan. *Dementia.* 2021;20:1723–8.
 27. Lee S, Saito T, Takahashi M, Kai I. Volunteer participation among older adults in Japan: an analysis of the determinants of participation and reasons for non-participation. *Arch Gerontol Geriatr.* 2008;47:173–87.
 28. Kobayashi E, Sugihara Y, Fukaya T, Liang J. Volunteering among Japanese older adults: how are hours of paid work and unpaid work for family associated with volunteer participation? *Ageing Soc.* 2019;39:2420–42.

นิพนธ์ต้นฉบับ

เปรียบเทียบระยะเวลารอดชีพระหว่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง ณ คลินิกไตเทียม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ธนีสร พรประสิทธิ์, พบ.,¹ อธิชัย วัฒนโกศล, พบ.,¹ แสงเดือน แสงสระศรี, พบ.²

¹ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย; ²กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า, นนทบุรี

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ธนีสร พรประสิทธิ์, พบ.,
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
ต.บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี
11000, ประเทศไทย
Email: proudthanis@gmail.
com

Received: January 1, 2022;

Revised: February 21, 2022;

Accepted: May 20, 2022

บทคัดย่อ

ที่มาและวัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอดชีพ ระหว่างผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง

รูปแบบวิจัย: การศึกษาเชิงพหุภาคี ที่มีการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง

วัสดุและวิธีการ: ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้องรายใหม่ ณ คลินิกไตเทียม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแล กับผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง เก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลการล้างไตทางหน้าท้อง เปรียบเทียบการอยู่รอดโดยวิธี Kaplan-Meier และ log-rank test หาปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพโดย Multivariable Cox's regression

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้งหมด 148 คน กลุ่มผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลจำนวน 67 คน (ร้อยละ 45.2) มีอายุเฉลี่ย 62.2 ± 10.5 ปี และกลุ่มล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง 81 คน (ร้อยละ 54.7) มีอายุเฉลี่ย 49.0 ± 11.3 ปี ($p < 0.001$) เปรียบเทียบระยะเวลารอดชีพระหว่างกลุ่มและปรับปัจจัยรบกวน พบระยะเวลารอดชีพในกลุ่มที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลและกลุ่มล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (adjusted HR = 1.25, 95%CI 0.50-3.14, $p = 0.632$) ทั้งสองกลุ่มมีระยะปลอดเยื่อช่องท้องอักเสบและติดเชื้อช่องท้องออกไม่แตกต่างกัน อายุที่มากกว่า 60 ปีเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตาย และการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ

สรุป: ระยะเวลารอดชีพ ระยะปลอดติดเชื้อเยื่อช่องท้อง และระยะปลอดติดเชื้อแผลช่องท้องออกในกลุ่มผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้องทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยสูงอายุที่ล้างไตทางหน้าท้อง ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และการติดเชื้อเยื่อช่องท้องอักเสบ

คำสำคัญ: การล้างไตทางหน้าท้อง เยื่อช่องท้องอักเสบ ผู้ดูแล ระยะเวลารอดชีพ

ORIGINAL ARTICLE

Comparison of Survival Time Between Caregiver Assisted and Self-Care Peritoneal Dialysis for End-Stage Renal Disease Patients in Peritoneal Dialysis Clinic, Pranangkla Hospital

Thanisorn Pornprasit, MD.,¹ Ittichai Wattanakosol, MD.,¹ Sangduen Sangsasri, MD.²

¹Department of Family Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital; ²Department of Social Medicine, Pranangkla Hospital

Corresponding author :

Thanisorn Pornprasit, MD.,
Department of Social Medi-
cine, Pranangkla Hospital,
Bang Krasaw, Mueang
Nonthaburi District,
Nonthaburi 11000, Thailand
Email: proudthanis@gmail.
com

Received: January 1, 2022;

Revised: February 21, 2022;

Accepted: May 20, 2022

ABSTRACT

Background and Objective: This study aimed to compare survival time between caregiver-assisted and self-care peritoneal dialysis (PD) patients

Design: Prognostic study (retrospective observational design).

Methods: All consecutive patients with end-stage renal disease who started PD between 1 October 2015 and 30 September 2020 in the PD clinic, at Pranangkla hospital were enrolled in the study. The demographics, blood chemistry, and PD data were collected from the medical record. Kaplan–Meier method and log-rank test were used to compare survival, peritonitis-free time, and exit site infection-free time between caregiver-assisted PD (assisted PD) and self-care PD patients. Multivariable Cox's regression was used to predict survival factors.

Results: Of 148 patients, 67 (45.2%) were assisted PD, and 81 (54.7%) were self-care PD. The mean age of assisted PD and self-care PD patients were significantly different (62.2 ± 10.5 vs 49.5 ± 11.4 years, respectively, $p < 0.001$). Risk-adjusted analysis revealed that there was no difference in survival time between the two groups (adjusted HR = 1.25, 95% CI 0.50-3.14, $p = 0.632$). There was no difference in peritonitis-free time and exit site infection-free time between groups. Age over 60 years old was an increased risk of mortality and peritonitis.

Conclusions: There was no difference in survival time, peritonitis-free period, and exit site infection between the caregiver-perform and the self-care PD patients. Elderly PD patients were considered at risk for mortality and peritonitis.

Keywords: peritoneal dialysis, peritonitis, caregivers, survival

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ข้อมูลจากสมาคมโรคไตในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจำนวน 151,343 คน¹ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประกาศให้บริการล้างไตทางหน้าท้องชนิดถาวรเป็นการรักษาทางเลือกอันดับแรกของผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาทดแทนไตด้วยการล้างไตทางหน้าท้องมีจำนวน 28,493 คน² การล้างไตทางหน้าท้องมีข้อดี คือ ผู้ป่วยสามารถทำเองได้ที่บ้าน ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รวมถึงค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ แต่ก็ยังมีปัญหาเรื่องการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องอักเสบซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการดูแลที่ไม่สะอาด³ เมื่อเกิดการติดเชื้อ ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน⁴

เนื่องจากการล้างไตทางหน้าท้องมีขั้นตอนที่ซับซ้อน ผู้ป่วยที่ทำการล้างไตทางหน้าท้องส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงอาจเป็นอุปสรรคต่อการทำการล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง เช่น การมองเห็นที่ไม่ชัดเจน ภาวะสมองเสื่อม โรคซึมเศร้า⁵ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทและมีความสำคัญในการมาดูแลทำการล้างไตให้ผู้ป่วย จากรายงานของประเทศสิงคโปร์พบว่าผู้สูงอายุที่ทำการล้างไตทางหน้าท้องกว่าร้อยละ 50 ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมาทำการล้างไตทางหน้าท้องให้ผู้ป่วย⁶ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ทำการล้างไตทางหน้าท้องมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงเมื่อเทียบกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลมีส่วนทำให้การล้างไตทางหน้าท้องล้มเหลวไม่ประสบความสำเร็จได้^{7,8} ปัจจุบันอัตราการรอดชีวิตใน 1 ปี ของผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องไทยอยู่ที่ร้อยละ 82.41 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่ควรจะเป็นที่ร้อยละ 90⁹ จากการศึกษาของ Sakaci และคณะ¹⁰ พบระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้องคือ 26.5 ± 20.2 เดือน ระยะเวลารอดชีวิตเฉลี่ยที่ 38.9 ± 4.3 เดือน มีการศึกษาจากหลายประเทศก่อนหน้านี้ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลมีการติดเชื้อเยื่อช่องท้องที่มากกว่า¹¹

มีการรอดชีพที่ต่ำกว่า¹² แต่มีรายงานจากบางประเทศที่พบว่ากลุ่มที่ล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเองมีติดเชื้อเยื่อช่องท้องที่มากกว่า¹³ และมีการรอดชีพและระยะเวลารอดชีพที่ต่ำกว่า^{13,14} มีการศึกษาที่กลับพบว่ากลุ่มที่ล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเองมีการติดเชื้อเยื่อช่องท้องและการติดเชื้อของแผลช่องสายล้างไตต่ำกว่ากลุ่มที่ทำโดยผู้ดูแล¹⁵ ในขณะที่บางการศึกษาพบการติดเชื้อเยื่อช่องท้องไม่มีความแตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม เช่น การศึกษาจากประเทศไทย¹⁶ และประเทศจีน¹⁴

จากการศึกษาข้างต้น ผู้ดูแลอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผลการรอดชีพและติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง แต่การเปรียบเทียบดังกล่าวได้รวมผู้ที่มีระดับการช่วยเหลือตัวเองน้อยไว้ ซึ่งอาจมีผลต่อแนวโน้มการรอดชีพได้ การศึกษานี้จึงเป็นการเปรียบเทียบผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องที่มีระดับการช่วยเหลือตัวเองได้ดีเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว วัตถุประสงค์หลักของงานวิจัยนี้เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอดชีพ และวัตถุประสงค์รองเปรียบเทียบระยะเวลาปลอดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ และ เปรียบเทียบระยะเวลาปลอดภาวะติดเชื้อแผลช่องทางออก ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง ในผู้ป่วยคลินิกไตเทียม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพยากรณ์ (prognostic study) ที่มีการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง (retrospective observational design) โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ทุกรายที่อายุมากกว่า 20 ปี ที่รับบริการล้างไตทางหน้าท้อง ณ คลินิกไตเทียม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยรายสุดท้ายที่เข้ามาในการศึกษานี้ เข้ามาในวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2563 ติดตามจนถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2563

เกณฑ์คัดออกได้แก่ ขาดข้อมูลการระบุผู้ที่เป็นผู้ทำการล้างไตทางหน้าท้อง หรือผู้ทำการล้างไตทางหน้าท้องโดยบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ทำการล้างไตทางหน้าท้องด้วยเครื่องล้างไตอัตโนมัติ

เครื่องมือวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบฟอร์มในการเก็บข้อมูลย้อนหลังของเวชระเบียน โดยแบบฟอร์มประกอบไปด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (demographic data) ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับการศึกษา ข้อมูลบันทึกการประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (basic activity of daily living index) สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรัง ข้อมูลการสูบบุหรี่ ข้อมูลการดื่มสุรา ปริมาณปัสสาวะที่ทิ้งเหลืออยู่ สภาพบ้านพักที่อยู่อาศัย ข้อมูลห้องแยกเฉพาะในการทำล้างไตทางหน้าท้อง มีสัตว์เลี้ยงในบ้าน

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อแรกเริ่มการล้างไต ได้แก่ ค่าครีเอตินิน ระดับอัลบูมินในเลือด ค่าฮีโมโกลบิน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการล้างไตทางหน้าท้อง (peritoneal dialysis data) ได้แก่ ผู้กระทำการล้างไตทางหน้าท้องเมื่อแรกเริ่มล้างไต (ผู้ป่วย หรือ ผู้ดูแล) วันที่เริ่มรับบริการล้างไตทางหน้าท้อง วันที่เกิดเยื่อบุช่องท้องอักเสบครั้งแรก วันที่สิ้นสุดการล้างไตทางหน้าท้อง สาเหตุที่สิ้นสุดการล้างไตทางหน้าท้อง วันที่เสียชีวิต สาเหตุของการเสียชีวิต จำนวนครั้งที่เกิดเยื่อบุช่องท้องอักเสบตลอดในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา ระยะเวลารวมทั้งเข้ารับบริการล้างไตทางหน้าท้องในช่วงเวลาที่กำหนด วันที่เกิดการติดเชื้อแผลช่องทางออกครั้งแรกหลังจากเริ่มการล้างไตทางหน้าท้อง จำนวนครั้งที่เกิดเหตุการณ์ติดเชื้อแผลช่องทางออกตลอดระยะเวลาที่สังเกต จำนวนผู้ดูแลในการทำล้างไตทางหน้าท้องให้ผู้ป่วย

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยที่ทำการล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแล หมายถึง ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ไม่เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตด้วยตนเอง หรือผู้ที่ตัดสินใจไม่เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตด้วยตนเอง และต้องให้ผู้อื่นที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้กระทำการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตให้ ตั้งแต่ที่เริ่มการล้างไตทางหน้าท้อง

ผู้ป่วยที่ทำการล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่สามารถเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต

ได้ด้วยตนเอง หรือตัดสินใจที่จะเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตด้วยตนเอง ตั้งแต่ที่เริ่มการล้างไตทางหน้าท้อง

ระยะปลอดการติดเชื้อ หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางหน้าท้องครั้งแรกหลังจากเริ่มรับบริการล้างไตทางหน้าท้อง หรือ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อแผลช่องทางออกครั้งแรกหลังจากเริ่มการล้างไตทางหน้าท้อง

เยื่อบุช่องท้องอักเสบ¹⁷ หมายถึง ภาวะที่มีการติดเชื้อของเยื่อบุช่องท้อง ซึ่งจะวินิจฉัยเมื่อปรากฏอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้ 1) มีลักษณะอาการของเยื่อบุช่องท้องอักเสบ เช่น ปวดท้อง และ/หรือ น้ำยาล้างไตขุ่น 2) ตรวจพบเม็ดเลือดขาวในน้ำยาล้างไตมากกว่า $100/\mu\text{L}$ หรือมากกว่า $0.1 \times 10^9/\text{L}$ และเป็น polymorphonuclear มากกว่าร้อยละ 50 3) ปรากฏผลบวกของการเพาะเชื้อน้ำล้างไต

จุดเริ่มต้น (time of origin) หมายถึง จุดเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับบริการล้างไตทางหน้าท้องครั้งแรก

เหตุการณ์ที่ศึกษา (event) ได้แก่ เสียชีวิตจากไตวายเรื้อรังหรือภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางหน้าท้อง การวินิจฉัยเยื่อบุช่องท้องอักเสบ การวินิจฉัยติดเชื้อแผลช่องทางออก

กรณีที่ถูกจัดว่าเป็นเซนเซอร์ (censored) ได้แก่ การยุติการล้างไตทางหน้าท้องเพื่อเปลี่ยนเป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การยุติการล้างไตทางหน้าท้องเพื่อเปลี่ยนเป็นการรักษาแบบประคับประคอง การยุติการล้างไตทางหน้าท้องเพื่อรับการปลูกถ่ายไต ขาดการตรวจตามนัด ไม่เกิดภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบหรือไม่เสียชีวิต เสียชีวิตที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนของการล้างไตทางหน้าท้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) และข้อมูลแบ่งกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยอัตราส่วนและร้อยละ เปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มโดยใช้ Chi-square และ Fisher's exact test ข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย $\pm$ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบข้อมูลระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test เปรียบเทียบการอยู่รอดระหว่างกลุ่มล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลและล้างไตทาง

หน้าท้องด้วยตนเองโดยวิธี Kaplan–Meier และ log-rank test หาปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพ การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ และการติดเชื้อแผลช่องทางออกด้วย multi-variable Cox's regression ร่วมกับการตรวจสอบสมมติฐาน proportional Hazard (satisfied proportional hazard assumption) ตัวแปรควบคุม ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ระดับฮีโมโกลบินในเลือด ระดับแอลบูมินในเลือด ปริมาณปัสสาวะที่ยังเหลือ โรคประจำตัว การวิจัยนี้ใช้แสดงผลค่า p-value สองทาง (two tailed test) และนัยสำคัญทางสถิติตั้งไว้ที่ 0.05 การศึกษานี้ใช้โปรแกรม STATA version 16.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์คัดออกจำนวนทั้งสิ้น 148 คน ค่ามัธยฐานการติดตามการรักษา (median follow up time) เท่ากับ 16.0 เดือน และระยะเวลาติดตามเฉลี่ย (mean follow up time) ของผู้ป่วยทั้งหมดเท่ากับ 19.4 เดือน กลุ่มผู้ป่วยลำไส้ทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลจำนวน 67 คน (ร้อยละ 45.2) และกลุ่มลำไส้ทางหน้าท้องด้วยตนเองจำนวน 81 คน (ร้อยละ 54.7) อายุเฉลี่ยเป็น 62.2 ± 10.5 ปี และ 49.0 ± 11.3 ปีตามลำดับ ($p < 0.001$) ในกลุ่มผู้ป่วยลำไส้ทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี ($p < 0.001$) มีสัดส่วนโรคเบาหวานที่มากกว่า ($p = 0.006$) และมีค่าเฉลี่ยแอลบูมินในเลือดที่ต่ำกว่า ($p = 0.014$) กลุ่มลำไส้ทางหน้าท้องด้วยตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ระยะเวลารอดชีพ

ค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพ (median survival time) ในกลุ่มที่ลำไส้ทางหน้าท้องโดยผู้ดูแล และ กลุ่มที่ลำไส้ทางหน้าท้องด้วยตนเองเท่ากับ 27.1 เดือน (95%CI 12.6-57.9) และ 43.4 เดือน (95%CI 36.3-not reach) ตามลำดับ ($p = 0.632$) เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอดชีพโดยวิธี Kaplan-Meier, Log rank test ระหว่าง 2 กลุ่ม และปรับปัจจัยรบกวนอื่น (adjusted hazard ratio) ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ระดับฮีโมโกลบินในเลือด ระดับแอลบูมินในเลือด ปริมาณปัสสาวะที่ยังเหลือ โรคประจำ

ตัว ด้วย Cox proportional hazard regression พบว่า โอกาสเสียชีวิตในกลุ่มที่ลำไส้ทางหน้าท้องโดยผู้ดูแล และกลุ่มลำไส้ทางหน้าท้องด้วยตนเอง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (adjusted HR = 1.25, 95%CI 0.50-3.14, $p = 0.632$) (รูปที่ 1)

โอกาสรอดชีพในแต่ละปีในกลุ่มที่ลำไส้ทางหน้าท้องด้วยตนเองเป็นร้อยละ 92.38 (95%CI 83.7-96.5), 82.4 (95%CI 69.9-90.1), 79.4 (95%CI 65.4-88.2), 39.3 (95%CI 18.1-60.1) และ 0 ส่วนในกลุ่มที่ลำไส้ทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลเป็นร้อยละ 78.4 (95%CI 65.0-87.2), 56.2 (95%CI 40.4-69.4), 39.3 (95%CI 21.7-56.6), 39.3 (95%CI 21.7-56.6), และ 0 ในปี 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ระยะปลอดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ

ค่ามัธยฐานระยะปลอดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (median peritonitis free time) กลุ่มที่ลำไส้ทางหน้าท้องโดยผู้ดูแล และ กลุ่มผู้ป่วยที่ลำไส้ทางหน้าท้องด้วยตนเอง มากกว่า 60 เดือนทั้งสองกลุ่ม ($p = 0.686$) เมื่อเปรียบเทียบระยะปลอดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบโดยวิธี Kaplan-Meier, Log rank test ระหว่าง 2 กลุ่ม และปรับปัจจัยรบกวนอื่น พบว่า โอกาสเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในกลุ่มลำไส้ทางหน้าท้องโดยผู้ดูแล และกลุ่มลำไส้ทางหน้าท้องด้วยตนเอง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (adjusted HR = 0.80, 95%CI 0.28-2.32, $p = 0.686$) (รูปที่ 2)

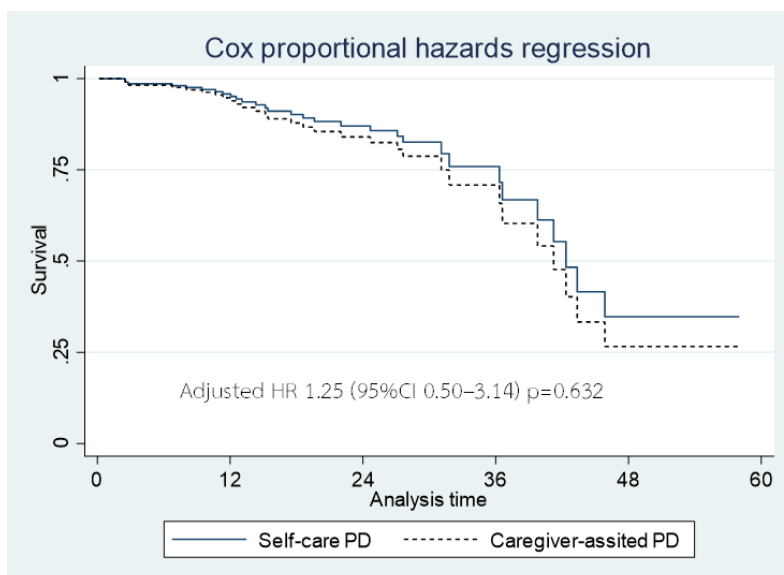
การวิเคราะห์ระยะปลอดภาวะติดเชื้อแผลช่องทางออก

ค่ามัธยฐานระยะปลอดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (median exit site infection free time) กลุ่มที่ลำไส้ทางหน้าท้องโดยผู้ดูแล และกลุ่มผู้ป่วยที่ลำไส้ทางหน้าท้องด้วยตนเองเท่ากับ 25.7 เดือน (95%CI 12.5-51.9) และ 24.6 เดือน (95%CI 12.6-Not reach) ตามลำดับ ($p = 0.666$) เมื่อเปรียบเทียบโดยวิธี Kaplan-Meier, Log rank test ระหว่าง 2 กลุ่ม และปรับปัจจัยรบกวนอื่น พบว่า โอกาสเกิดติดเชื้อแผลช่องทางออกในกลุ่มลำไส้ทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลและกลุ่มลำไส้ทางหน้าท้องด้วยตนเอง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (adjusted HR =

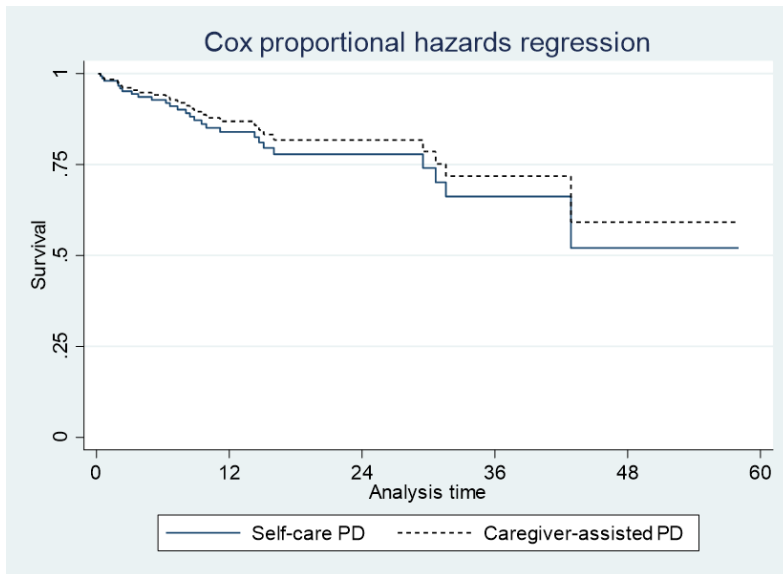
ตารางที่ 1. ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ลักษณะ	ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง ด้วยตนเอง n = 81 (ร้อยละ 54.7)	ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง โดยผู้ดูแล n = 67 (ร้อยละ 45.2)	p-value
เพศ			0.015
ชาย	57 (ร้อยละ 70.4)	34 (ร้อยละ 50.7)	
หญิง	24 (ร้อยละ 29.6)	33 (ร้อยละ 49.3)	
อายุ (ปี) mean $\pm$ SD	49.0 $\pm$ 11.3	62.2 $\pm$ 10.5	< 0.001
> 60 ปี	16 (ร้อยละ 19.8)	41 (ร้อยละ 61.2)	< 0.001
BMI (กก./ม. ²) mean $\pm$ SD	22.4 $\pm$ 3.6	22.7 $\pm$ 3.4	0.672
อัตราการกรองของไต (มล./นาที/1.73 ม. ²) mean $\pm$ SD	5.57 $\pm$ 3.1	6.47 $\pm$ 2.4	0.062
โรคประจำตัว			
โรคเบาหวาน	38 (ร้อยละ 50.7)	47 (ร้อยละ 73.4)	0.006
โรคความดันโลหิตสูง	62 (ร้อยละ 82.7)	58 (ร้อยละ 90.6)	0.173
โรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมองตีบ	3 (ร้อยละ 4)	6 (ร้อยละ 9.4)	0.301*
อื่น ๆ	10 (ร้อยละ 13.3)	11 (ร้อยละ 17.2)	0.527
อัลบูมินในเลือด (ก./ดล.) mean $\pm$ SD	3.43 $\pm$ 0.57	3.19 $\pm$ 0.55	0.014
แอลบูมิน > 3.5	36 (ร้อยละ 46.8)	15 (ร้อยละ 24.2)	0.006
ฮีโมโกลบินในเลือด (ก./ล.) mean $\pm$ SD	10.2 $\pm$ 2.1	10.1 $\pm$ 2.2	0.826
ฮีโมโกลบิน > 11	27 (ร้อยละ 34.6)	16 (ร้อยละ 24.6)	0.194
ระดับการศึกษา			< 0.001*
ไม่ได้รับการศึกษา	3 (ร้อยละ 4.1)	1 (ร้อยละ 1.7)	
ประถมศึกษา	28 (ร้อยละ 37.8)	42 (ร้อยละ 70)	
มัธยมศึกษา	25 (ร้อยละ 33.8)	16 (ร้อยละ 26.7)	
อุดมศึกษา	18 (ร้อยละ 24.3)	1 (ร้อยละ 1.7)	
ปริมาณปัสสาวะที่ยังเหลืออยู่ > 100 มล./วัน	63 (ร้อยละ 88.7)	47 (ร้อยละ 85.5)	0.584
จำนวนผู้ดูแล			< 0.001
ไม่มี	48 (ร้อยละ 59.3)	0 (0)	
1 คน	31 (ร้อยละ 38.3)	54 (ร้อยละ 80.6)	
> 1 คน	2 (ร้อยละ 2.5)	13 (ร้อยละ 19.4)	

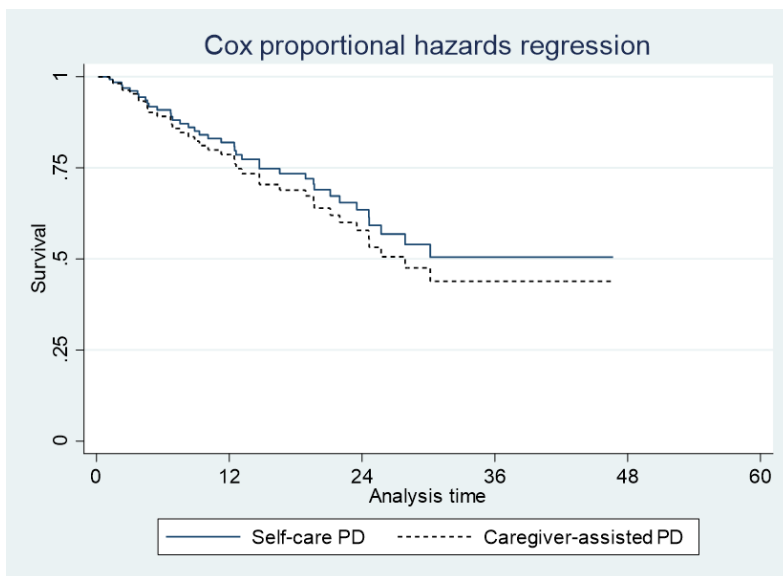
*Fisher's exact test



รูปที่ 1. Cox proportional hazards regression การรอดชีพระหว่างกลุ่มที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลและด้วยตนเอง



รูปที่ 2. Cox proportional hazards regression การปลดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบระหว่างกลุ่มที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลและด้วยตนเอง



รูปที่ 3. Cox proportional hazards regression การปลดภาวะติดเชื้อแผลช่องทางออก ระหว่างกลุ่มที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลและด้วยตนเอง

1.20, 95%CI 0.52-2.82, $p = 0.666$) (รูปที่ 3)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพ การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ และการเกิดติดเชื้อแผลช่องทางออก (การวิเคราะห์โดยพิจารณาผลจากหลายตัวแปร)

พยากรณ์การรอดชีพเมื่อพิจารณาพร้อมกับผลกระทบจากปัจจัยอื่นได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ระดับฮีโมโกลบิน ระดับอัลบูมินในเลือด ปริมาณปัสสาวะคงเหลือโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มที่อายุมากกว่า 60 ปีเสี่ยงต่อการตายมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี 2.92 เท่า (HR 2.92, 95%CI 1.25-6.82, $p = 0.013$) รวมถึงมีโอกาสเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบมากกว่าเป็น 3.60 เท่า (HR 3.60, 95%CI 1.35-9.59, $p = 0.011$) แต่กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดแผลติดเชื้อช่องทางออกน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุ

น้อยกว่า 60 ปี 64% (HR 0.36, 95%CI 0.15-0.85, $p = 0.020$)

วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งอาศัยผู้ดูแลเป็นผู้ทำการล้างไตทางหน้าท้อง กลุ่มผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลมีระยะเวลารอดชีพที่สั้นกว่ากลุ่มที่ล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง แต่เมื่อปรับปัจจัยรบกวนอื่นแล้วระยะเวลารอดชีพ และความเสี่ยงการเสียชีวิตไม่แตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม และไม่พบความแตกต่างของการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบและการเกิดติดเชื้อแผลช่องทางออกระหว่างทั้งสองกลุ่ม เมื่อพยากรณ์การรอดชีพ การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ และการติดเชื้อแผลช่องทางออก

ในการศึกษานี้พบว่าปัจจัยของอายุที่มากกว่า 60 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตาย และการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ แต่กลับพบความเสี่ยงที่ลดลงในการการติดเชื้อแผลช่องทางออก

จากผลการศึกษาดังกล่าว ระยะเวลาการรอดชีพของกลุ่มที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลสั้นกว่ากลุ่มที่ล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเองนั้น ในกลุ่มที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยอายุที่สูงกว่า มีโรคร่วมเป็นเบาหวาน และมีระดับแอลบูมินในเลือดที่ต่ำกว่า ซึ่งลักษณะพื้นฐานดังกล่าวมีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Xu¹⁴ นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวนี้ เพศ การศึกษา ล้วนมีผลต่อการรอดชีพเช่นกัน^{14,18-20} ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีการปรับปัจจัยรบกวนอันได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ระดับฮีโมโกลบินในเลือด ระดับอัลบูมินในเลือด ปริมาณปัสสาวะที่ยังเหลือ โรคประจำตัว และได้มีการคัดผู้ป่วยกลุ่มล้างไตทางหน้าท้องที่มีระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่ไม่ดีออกไป (กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง และ กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้น้อย) เพื่อลดอคติในการออกแบบวิจัย เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันที่ไม่ดีมีแนวโน้มลักษณะทางคลินิกที่แย่กว่า จึงพบว่ากลุ่มที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลมีระยะเวลารอดชีพที่ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง ส่วนระยะเวลาการรอดชีพของการศึกษานี้พบว่าสั้นกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาจากประเทศอื่น¹² อาจเพราะการศึกษานี้ผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัวเป็นผู้ทำการล้างไตทางหน้าท้องให้ แต่ในการศึกษาก่อนหน้ามีการทำด้วยผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์อยู่มาก¹⁴

ในส่วนของผลระยะปลอดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ และระยะปลอดการติดเชื้อช่องทางออก ที่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแลและกลุ่มที่ล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเองนั้น ผลที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์¹⁶ จากผลการศึกษานี้ที่พบระยะเวลาการรอดชีพและระยะปลอดการติดเชื้อไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม ดังนั้นการตัดสินใจเลือกผู้ลงมือทำการล้างไตทางหน้าท้องในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี จึงไม่มีผลต่อการรอดชีพและ

การติดเชื้อ แต่ในส่วนของการรอดชีพที่มากกว่า 60 ปี ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการรอดชีพและการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานระหว่างสองกลุ่มค่อนข้างมีความแตกต่างกัน การมีข้อมูลที่ขาดหายไป (missing data) เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของเวชระเบียน รวมถึงผู้ป่วยบางรายที่เริ่มเข้ารับการล้างไตทางหน้าท้องในช่วงท้ายของการศึกษาจึงมีระยะเวลาดิตตามสั้น ซึ่งล้วนมีผลต่อการพยากรณ์ แม้จะใช้วิธีการทางสถิติเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวแล้วก็ตาม

สรุป

ไม่พบความแตกต่างของระยะเวลาการรอดชีพ ระยะปลอดติดเชื้อเยื่อช่องท้อง และระยะปลอดติดเชื้อแผลช่องทางออกระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ล้างไตทางหน้าท้องโดยผู้ดูแล และกลุ่มที่ล้างไตทางหน้าท้องด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และการติดเชื้อเยื่อช่องท้องอักเสบ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ทวิวิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ แพทย์ และพยาบาล หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าทุกท่าน แพทย์ฝ่ายเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เจ้าหน้าที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อนแพทย์ประจำบ้านและคณาจารย์ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการลงทะเบียนการรักษาทดแทนไต (TRT) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 เม.ย 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/01/1.TRT-Annual-report-2016-2019.pdf>
2. ระบบฐานข้อมูลแบบสมัครใจ เพื่อช่วยเหลือหน่วยบริการในการ M&E และพัฒนาคุณภาพการบริหารล้างไตทางช่องท้อง. รายงานแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 เม.ย 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dpexthailand.org/reports.php>

3. กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร เรื่องไตวายในประเทศไทย. รายงานผลการพิจารณาศึกษาเรื่องภาวะไตวายในประเทศไทย โดยคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2556. หน้า (ก).
4. วาสนา สอนพุ่ม. ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง อำเภอสอง จังหวัดแพร่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557;23:284-9.
5. Yu Z, Seow Y, Seow P, Tan B. Effectiveness of a day care program in supporting patients on peritoneal dialysis and their caregivers. *Int Urol Nephrol*. 2016;48:799-805.
6. Konstadina G, Zhenli Y, Sally C, Thanaletchumi K, Ruyani B, Faezah B, et al. Age is not a contraindication to home-based dialysis - quality-of-life outcomes favour older patients on peritoneal dialysis regimes relative to younger patients. *J Adv Nurs*. 2014;70:1902-14
7. Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis*. 2006;48:955-63.
8. Moore R, Teitelbaum I. Preventing burnout in peritoneal dialysis patients. *Adv Perit Dial*. 2009;25:92-5.
9. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. Thailand PD Newsletter [อินเทอร์เน็ต]. ตุลาคม-ธันวาคม 2559 [เข้าถึงเมื่อ 16 มี.ค. 2565];1:3. เข้าถึงได้จาก https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2020/08/NewsLetter_%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%9A_4_%E0%B8%95%E0%B8%84-%E0%B8%98%E0%B8%84_59_%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%9E%E0%B9%80%E0%B8%A8%E0%B8%A9%E0%B9%80%E0%B8%97%E0%B8%94%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%81%E0%B8%A2%E0%B8%A3%E0%B8%95%E0%B8%AF.pdf
10. Sakaci T, Ahbap E, Koc Y, Basturk T, Ucar ZA, Sinangil A, et al. Clinical outcomes and mortality in elderly peritoneal dialysis patients. *Clinics (Sao Paulo)*. 2015;70:363-8.
11. Lobbedez T, Moldovan R, Lecame M, Hurault de Ligny B, El Haggan W, Ryckelynck JP. Assisted peritoneal dialysis. Experience in a French renal department. *Perit Dial Int*. 2006;26:671-6.
12. Querido S, Branco PQ, Costa E, Pereira S, Gaspar MA, Barata JD. Results in assisted peritoneal dialysis: a ten-year experience. *Int J Nephrol*. 2015;2015:712539.
13. Povlsen JV, Ivarsen P. Assisted peritoneal dialysis: also for the late referred elderly patient. *Perit Dial Int*. 2008;28:461-7.
14. Xu R, Zhuo M, Yang Z, Dong J. Experience with assisted peritoneal dialysis in China. *Perit Dial Int*. 2012;32:94-101.
15. Al Wakeel JS, Al Ghonaim MA, Aldohayan A, Usama S, Al Obaili S, Tarakji AR, et al. Appraising the outcome and complications of peritoneal dialysis patients in self-care peritoneal dialysis and assisted peritoneal dialysis: A 5-year review of a single Saudi center. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2018;29:71-80.
16. ทวี ศิริวงศ์, ชลธิป พงศ์สกุล, ทัดสะลัง แก้วบุญมา, ดร.ณิ จันทรเลิศฤทธิ์, กนกกร ศรีทาโส, เจฟฟ์ จอห์นส. ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อทางช่องท้องครั้งแรกในผู้ป่วยไทยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร. จดหมายเหตุมหาวิทยาลัย แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. 2549;89:138-45.
17. ธวัช เตียววิไล,รสสุคนธ์ ตันติวิจิตรเวช. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธาราม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563;39:51-64.
18. Xia X, Qiu Y, Yu J, Lin T, Lu M, Yi C, et al. Ten-year survival of patients treated with peritoneal dialysis: a prospective observational cohort study. *Peri Dial Int*. 2020;40:573-80.
19. Castrale C, Evans D, Verger C, Fabre E, Aguilera D, Ryck elynck JP, et al. Peritoneal dialysis in elderly patients: report from the French Peritoneal Dialysis Registry (RDPLF). *Nephrol Dial Transplant*. 2010;25:255-62.
20. Jiang C, Zheng Q. Outcomes of peritoneal dialysis in elderly vs non-elderly patients: A systemic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2022;17:e0263534.

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ชัยญพัชร รัตนเดชพงศ์สิน, พบ., แพทย์ใช้ทุนเพื่อสอบวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชลบุรี, จังหวัดชลบุรี

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ชัยญพัชร รัตนเดชพงศ์สิน,
พบ., กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลชลบุรี อ.เมือง
ชลบุรี จังหวัดชลบุรี 20000,
ประเทศไทย
Email: r.chanyaphat@gmail.
com

Received: January 21, 2022;

Revised: February 21, 2022;

Accepted: April 25, 2022

บทคัดย่อ

ที่มา: การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เป็นทางเลือกหลักในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของประเทศไทย การศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในประเทศไทยยังมีจำกัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และความชุกของภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

วัสดุและวิธีการ: การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 110 ราย ณ โรงพยาบาลชลบุรี เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติเชิงพรรณนา สมการถดถอยโลจิสติกแบบพหุ และสมการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 91.8 มีคุณภาพชีวิตในระดับดีถึงดีมาก ความชุกของภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 20.91 ความเพียงพอของรายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตใจ (OR = 10.088, 95% CI = 1.187-85.715, P = 0.034) การมีภาวะแทรกซ้อนขณะล้างไตมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการดำรงชีวิตอยู่กับการฟอกไต (OR = 0.233, 95% CI = 0.060-0.905, p = 0.035) และภาวะซึมเศร้ามีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการดำรงชีวิตอยู่กับการแสดง (OR = 0.071, 95% CI = 0.012-0.424, p = 0.004) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า คือ ความไม่เพียงพอของรายได้ (OR = 8.562, 95% CI = 1.935-37.892, p = 0.005) และการมีโรคเบาหวานร่วม (OR = 6.131, 95% CI = 1.622-23.182, p = 0.008)

สรุป: ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีถึงดีมาก อย่างไรก็ตามภาวะซึมเศร้าพบได้ในผู้ป่วยเหล่านี้ถึง 1 ใน 5 ผู้ป่วยที่มีปัญหาความเพียงพอของรายได้และการมีโรคเบาหวานเป็นกลุ่มเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ORIGINAL ARTICLE

Quality of Life and Depression in End Stage Renal Disease Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

Chanyaphat Ruttanadejpongson, MD., In-service Training Program in Family Medicine

Department of Social Medicine, Chonburi Hospital, Chonburi, Thailand

Corresponding author :

Chanyaphat Ruttanadejpongson, MD., In-service Training Program In Family Medicine, Social Medicine Unit, Chonburi Hospital, Chonburi 20000, Thailand
Email: r.chanyaphat@gmail.com

Received: January 21, 2022;

Revised: February 21, 2022;

Accepted: April 25, 2022

ABSTRACT

Background: Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) is the modality of choice in renal replacement therapy for patients with end-stage renal disease in Thailand. The quality of life (QOL) and depression in patients with CAPD were not well studied in Thailand.

Objective: To assess QOL and a prevalence of depression among end stage renal disease patients with CAPD and to identify factors associated with QOL and depression.

Methods: A cross-sectional analytic study was conducted among 110 patients with CAPD in Chonburi Hospital. Data were collected using demographic questionnaire, Thai Health Related QOL Instrument in Dialysis Patients and patient health questionnaire-9 (PHQ-9). Results were analyzed using descriptive statistics, multiple logistic regression and binary logistic regression analysis.

Results: 91.8% of patients had a good to very good level of QOL. Prevalence of depression was 20.91%. Total QOL was not significantly associated with any factor. However, income adequacy (OR = 10.088, 95% CI = 1.187-85.715, $p = 0.034$) was associated with psychological well-being domain of QOL. CAPD-related complications (OR = 0.233, 95% CI = 0.060-0.905, $p = 0.035$) was related to living with dialysis domain and depression (OR = 0.071, 95% CI = 0.012-0.424, $p = 0.004$) was negatively affected to living with symptoms domain. Income inadequacy (OR = 8.562, 95% CI = 1.935-37.892, $p = 0.005$) and patients with diabetes mellitus comorbidity (OR = 6.131, 95% CI = 1.622-23.182, $p = 0.008$) were associated with depression.

Conclusion: Most patients with CAPD had a good level of QOL. However, one-fifth of these patients had significant depressive symptoms. Income inadequacy and patients with diabetes mellitus comorbidity are the negative risk factors of depression.

Keywords: quality of life, depression, continuous ambulatory peritoneal dialysis

บทนำ

โรคไตเรื้อรังมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ประเทศไทยมีความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและต้องรับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นจาก 419 เป็น 2,580 คนต่อ 1 ล้านประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550² ถึง 2563³ ในปัจจุบันการบำบัดทดแทนไตมี 3 วิธี ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไต⁴ แม้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะปรับกฎเกณฑ์ให้เลือกการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมได้โดยไม่ต้องล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องเป็นวิธีแรก แต่การล้างไตทางช่องท้องยังคงเป็นทางเลือกที่สำคัญ เนื่องจากลดการพึ่งพิงระบบสาธารณสุข และบางพื้นที่อาจมีหน่วยไตเทียมไม่เพียงพอ⁵ แม้การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจะมีข้อดีคือ สามารถทำได้เองที่บ้าน แต่ก็เพิ่มภาระให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งปัญหาทางด้านอารมณ์ ค่าใช้จ่ายในการดูแล และการบริหารจัดการเวลา⁶

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนทั่วไปที่อายุและเพศเดียวกัน โดยอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง⁷ การล้างไตทางช่องท้องส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีภาระมากขึ้นเนื่องจากต้องทำด้วยตนเองและปฏิบัติให้ถูกต้องอย่างเคร่งครัด อาจต้องพึ่งพาญาติให้เข้ามาช่วยเหลือ⁸ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไต ค่าฮีมาโตคริต ค่าอัลบูมินในเลือด^{9,10} และการสนับสนุนทางสังคม¹¹ แต่มีบางปัจจัยที่มีความขัดแย้งในหลายศึกษา เช่น อายุ และอาชีพ ซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต^{10,12,13}

อีกหนึ่งปัญหาในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องคือภาวะซึมเศร้า โดยมีความชุกสูงถึงร้อยละ 25-63^{14,15} และเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต¹⁶ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ โรคร่วม ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะทุพโภชนาการ และการสนับสนุนทางสังคม^{17,18}

เนื่องจากการศึกษาคุณภาพชีวิตร่วมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมี

จำนวนน้อย อีกทั้งคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่ควรประเมินควบคู่ ผู้วิจัยจึงสนใจการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตร่วมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลชลบุรี เพื่อใช้ประกอบเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยตัวโรค และปัจจัยด้านจิตใจที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิด คือ ปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ ปัจจัยเฉพาะบุคคล ปัจจัยด้านตัวโรค และปัจจัยด้านจิตใจ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ดังแผนภูมิที่ 1

วิธีการศึกษา

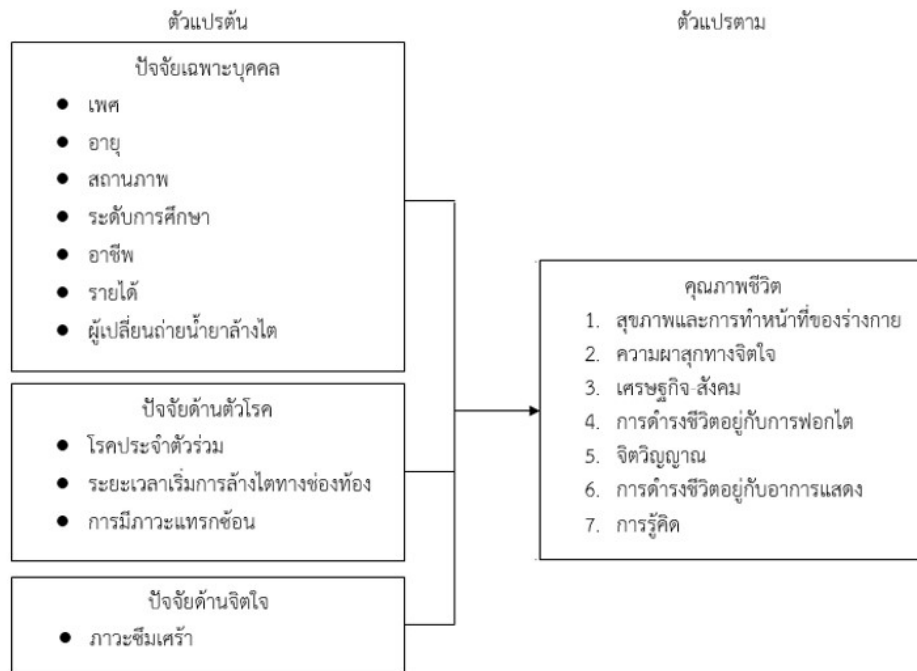
การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross-sectional analytic study)

ขอบเขตประชากร

ศึกษาในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มารับบริการที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลชลบุรี ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

คำนวณกลุ่มประชากรตัวอย่าง

กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 อ้างอิงจากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องก่อนหน้า¹⁴ โดยใช้สูตร Finite population proportion



แผนภูมิที่ 1. กรอบแนวคิดในการวิจัย (conceptual framework)

$$n = \frac{Np(1-p)x^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{e^2(N-1)+p(1-p)x^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 109 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

- ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และกำลังได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน

- อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

- ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านแบบสอบถาม และไม่สามารถสื่อสารกับผู้ทำการวิจัยให้อ่านให้ฟังได้

- ผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสามารถในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต โรคประจำตัวร่วม ระยะเวลาเริ่มการล้างไตทางช่องท้อง และภาวะแทรกซ้อนที่เคยเกิดขึ้นขณะได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต Thai Health Related Quality of Life Instrument in Dialysis Pa-

tients (THAI-HRQOL-D) ประกอบด้วย 7 มิติ ได้แก่ สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ความผาสุกทางจิตใจ เศรษฐกิจ-สังคมและครอบครัว การดำรงชีวิตอยู่กับการฟอกไต จิตวิญญาณ การดำรงชีวิตอยู่กับการแสดง และการรู้จัก ทั้งสิ้น 37 ข้อ เลือกตอบในลักษณะมาตรวัดแบบอันดับ 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนค่าเฉลี่ยแบบสเกลการวัดคุณภาพชีวิต คือ

≤ 2.00 คือ ระดับต่ำ

2.01-3.00 คือ ระดับปานกลาง

3.01-4.00 คือ ระดับค่อนข้างดีถึงดี

≥ 4.01 คือ ระดับดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ มาจากข้อต่าง ๆ ของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ลักษณะมาตรวัดแบบอันดับ 4 ระดับ โดยผู้ป่วยที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือ THAI-HRQOL-D มีค่าความเที่ยงชนิดสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficients) ของแต่ละองค์ประกอบ 0.557 ถึง 0.889 และของเครื่องมือทั้งฉบับ 0.842 มีคุณสมบัติของความตรงเชิงเหมือน โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพของ THAI-HRQOL-D และ Thai Health Status Assessment Instrument เท่ากับ 0.63¹⁹ และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า PHQ-9 มีค่าความไวเท่ากับ 0.84 ค่าความจำเพาะเท่ากับ 0.77 และค่าความเที่ยงชนิดสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.79¹⁴

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ป่วยต้องลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมร่วมการวิจัย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์ส่งเสริมวิจัยโรงพยาบาลชลบุรี รหัสโครงการ 28/64/R/q

การประมวลและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย IBM SPSS Statistics Version 26 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR)

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยสมการถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (multiple logistic regression) กำหนดค่าคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่าเท่ากับ 2.00 คือระดับต่ำ 2.01-3.00 คือระดับปานกลาง 3.01-4.00 คือระดับค่อนข้างดีถึงดี และมากกว่าเท่ากับ 4.01 คือระดับดีมาก ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต โรคประจำตัวร่วม ระยะเวลาเริ่มการล้างไตทางช่องท้อง การมีภาวะแทรกซ้อน และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าด้วยสมการถดถอยโลจิสติกและไบนารี (binary logistic regression) กำหนดค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ

รายได้ผู้เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต โรคประจำตัวร่วม ระยะเวลาเริ่มการล้างไตทางช่องท้อง และการมีภาวะแทรกซ้อน โดยแสดงสถิติเชิงอนุมานคือ odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลประชากร

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 ราย จากจำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้าเกณฑ์ทั้งสิ้น 161 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.5 อายุเฉลี่ย 55.20 ± 11.83 ปี มีสถานภาพสมรส/คู่ร้อยละ 61.8 จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 63.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 75.5 ค่ามัธยฐานของรายได้ต่อเดือน 4,600 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอร้อยละ 84.5 ผู้ป่วยร้อยละ 68.2 สามารถเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตได้ด้วยตนเอง มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคเบาหวานร้อยละ 48.2 และความดันโลหิตสูงร้อยละ 80.2 ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง 27 เดือน และร้อยละ 50.9 ไม่เคยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะล้างไตทางช่องท้อง (ตารางที่ 1)

คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.9 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (mean = 3.65, SD. = 0.42) (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณารายมิติ ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ความผาสุกทางจิตใจ เศรษฐกิจ-สังคมและครอบครัว การดำรงชีวิตอยู่กับการฟอกไต จิตวิญญาณ การดำรงชีวิตอยู่กับการแสดง และการรู้คิดต่างอยู่ในระดับดีทั้งหมด

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

วิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยโลจิสติกแบบพหุไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม แต่จากการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีผลทำให้

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (n = 110)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนคน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	50 (45.5)
หญิง	60 (54.5)
อายุ (ปี) mean $\pm$ SD.	55.2 $\pm$ 11.83
สถานภาพ	
โสด	18 (16.4)
สมรส/คู่	68 (61.8)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	24 (21.8)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	11 (10.0)
ประถมศึกษา	70 (63.6)
มัธยมศึกษาตอนต้น	18 (16.4)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5 (4.5)
ระดับอุดมศึกษา	6 (5.5)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	83 (75.5)
เกษตรกรกรรม	2 (1.8)
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	17 (15.5)
รับจ้าง	8 (7.2)
รายได้ต่อเดือน (บาท) median [IQR]	4,600 [700, 10,000]
ไม่มีรายได้	14 (12.7)
$\leq 5,000$	52 (47.3)
5,001-10,000	23 (20.9)
10,001-15,000	10 (9.1)
$> 15,000$	11 (10.0)
รายได้เพียงพอ	93 (84.5)
รายได้ไม่เพียงพอ	17 (15.5)
ผู้เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต	
ทำได้ด้วยตนเอง	75 (68.2)
ต้องการคนช่วยเหลือ	35 (31.8)
โรคประจำตัวร่วม	
ไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม	10 (9.1)
มีโรคเบาหวานร่วม	53 (48.2)
มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม	88 (80.2)
ระยะเวลาเริ่มการล้างไตทางช่องท้อง (เดือน) Median [IQR]	27 [13.75, 48.75]
การมีภาวะแทรกซ้อนขณะล้างไตทางช่องท้อง	
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	56 (50.9)
เคยมีภาวะแทรกซ้อน	
- ติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง	35 (31.8)
- ภาวะน้ำเกิน	22 (20.0)
- ภาวะปอดบวมน้ำ	11 (10.0)

ตารางที่ 2. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (n=110)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนคน (ร้อยละ)	mean $\pm$ SD.
คุณภาพชีวิตโดยรวม		3.65 $\pm$ 0.42
ระดับต่ำ	-	
ระดับปานกลาง	9 (8.2)	
ระดับค่อนข้างดีถึงดี	78 (70.9)	
ระดับดีมาก	23 (20.9)	

คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตใจเพิ่มขึ้น 10.088 เท่า (OR = 10.088, 95% CI = 1.187-85.715, p = 0.034) (ตารางที่ 3) ผู้ป่วยที่เคยมีภาวะแทรกซ้อนขณะล้างไตทางช่องท้องมีคุณภาพชีวิตด้านการดำรงชีวิตอยู่กับการฟอกไตลดลง เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เคยมีภาวะแทรกซ้อน 77% (OR = 0.233, 95% CI = 0.060-0.905, p = 0.035) (ตารางที่ 4) และภาวะซึมเศร้ามีผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านการดำรงอยู่กับการแสดงลดลง เมื่อเทียบกับการ

ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 92.9 (OR = 0.071, 95% CI = 0.012-0.424, p = 0.004) (ตารางที่ 5)

การศึกษาภาวะซึมเศร้า

ความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 20.91 (ตารางที่ 6) วิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี พบว่าความไม่เพียงพอของรายได้ และการมีโรคเบาหวานร่วมมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 8.562 เท่า (OR = 8.562, 95% CI = 1.935-37.892, p = 0.005) และ 6.131 เท่า (OR = 6.131, 95% CI = 1.622-23.182, p = 0.008) ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับดีร้อยละ 70.9 รองลงมาคือระดับดีมากถึงร้อยละ 20.9 แสดงให้เห็นว่าการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นการ

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตใจ โดยแสดงเฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (n = 110)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตด้านความผาสุกทางจิตใจ ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระดับดี		
	Odds ratio	95% CI	p-value
รายได้			
รายได้เพียงพอ	10.088	1.187-85.715	0.034
รายได้ไม่เพียงพอ	1 (reference)		

ตารางที่ 4. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการดำรงชีวิตอยู่กับการฟอกไต โดยแสดงเฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (n = 110)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตด้านการดำรงชีวิตอยู่กับการฟอกไต ของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระดับดี		
	Odds ratio	95% CI	p-value
ภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ขณะล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง			
เคยมี	0.233	0.060-0.905	0.035
ไม่เคยมี	1 (reference)		

ตารางที่ 5. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านการดำรงชีวิตอยู่กับอาการแสดง โดยแสดงเฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (n = 110)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตด้านการดำรงชีวิตอยู่กับอาการแสดงของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องระดับดี		
	Odds ratio	95% CI	p-value
ภาวะซึมเศร้า			
มี	0.071	0.012-0.424	0.004
ไม่มี	1 (reference)		

ตารางที่ 6. จำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีภาวะซึมเศร้า และจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (n = 110)

ระดับภาวะซึมเศร้า	คะแนน PHQ9	จำนวนคน (ร้อยละ)
ไม่มีอาการ	0-4	53 (48.18)
มีอาการเล็กน้อย	5-9	34 (30.90)
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	10-14	19 (17.27)
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	15-19	4 (3.64)
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง	มากกว่า 20	-
ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า รวม		23 (20.91)

รักษาที่ดีต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างไรก็ตามพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 20.91

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษาก่อนหน้าที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 55 ปี สถานภาพสมรส/คู่^{10,12,13} พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีอายุเฉลี่ย 55-65 ปี เนื่องจากเป็นโรคเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ซึ่งเป็นผลมาจากอายุที่มากขึ้น สำหรับโรคร่วมที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานตามลำดับ ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง²⁰ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า เป็นผลมาจากอายุที่มากขึ้น¹⁰ และการที่ต้องล้างไตอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพไปพร้อมกันได้ จึงมีค่ามัธยฐานของรายได้ต่อเดือน 4,600 บาท ซึ่งน้อยกว่ารายได้ต่อเดือนของประชากรทั่วไปในจังหวัดชลบุรี²¹

ผู้ป่วยในการศึกษานี้มีคุณภาพชีวิตในระดับดีเป็นส่วนใหญ่แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่คุณภาพชีวิตผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง^{10,12,13} อาจเป็นผลมาจากโรงพยาบาล

ชลบุรีมีการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในหน่วยงานล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง²²

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่าความเพียงพอของรายได้ส่งผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าครอบครัวที่มีรายได้สูงมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลได้มากกว่า²³ การมีภาวะแทรกซ้อนขณะล้างไตส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยได้แก่ การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องส่งผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 50 ต้องเปลี่ยนมาใช้วิธีการฟอกเลือดแทน การติดเชื้อในเยื่อช่องท้องยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 7-10 และมีผลให้ประสิทธิภาพการล้างไตลดลง ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น²⁴ ส่วนภาวะซึมเศร้าส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตเช่นเดียวกันสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{24,26}

ตารางที่ 7. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า (n = 110)

ปัจจัย	การมีภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับ การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง		
	Odds ratio	95% CI	p-value
เพศ			
หญิง	0.345	0.098-1.212	0.097
ชาย	1 (reference)		
อายุ			
น้อยกว่า 60 ปี	1.792	0.480-6.694	0.385
60 ปีขึ้นไป	1 (reference)		
สถานภาพ			
สมรส/คู่	0.721	0.215-2.417	0.596
โสด/หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	1 (reference)		
ระดับการศึกษา			
มัธยมศึกษาขึ้นไป	3.388	0.971-11.824	0.056
ไม่เกินระดับประถมศึกษา	1 (reference)		
อาชีพ			
ประกอบอาชีพ	1.000	1.000-1.000	0.523
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 (reference)		
รายได้ต่อเดือน			
รายได้ไม่เพียงพอ	8.562	1.935-37.892	0.005
รายได้เพียงพอ	1 (reference)		
ผู้เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต			
ทำได้ด้วยตนเอง	0.732	0.200-2.680	0.637
ต้องการคนช่วยเหลือ	1 (reference)		
โรคประจำตัวร่วม			
มีโรคประจำตัวใด ๆ ร่วม	5.242	0.245-111.976	0.289
ไม่มีโรคประจำตัวใด ๆ ร่วม	1 (reference)		
มีโรคเบาหวานร่วม	6.131	1.622-23.182	0.008
ไม่มีโรคเบาหวานร่วม	1 (reference)		
มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม	0.385	0.083-1.783	0.222
ไม่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม	1 (reference)		
ระยะเวลาเริ่มการล้างไตทางช่องท้อง	1.005	0.987-1.023	0.593
ภาวะแทรกซ้อนขณะล้างไตทางช่องท้อง			
มีภาวะแทรกซ้อน	1.602	0.493-5.202	0.433
ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ	1 (reference)		

ความชุกของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เท่ากับร้อยละ 20.91 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาก่อนหน้า^{16,27} อาจเป็นเพราะการใช้แบบคัดกรองที่ต่างกัน และมีการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าจะแตกต่างกันหากมีการเก็บข้อมูลต่างวิธี โดยวิธีสัมภาษณ์จะมีความชุกต่ำกว่าการให้ผู้ป่วยทำแบบคัดกรองด้วยตนเอง²⁸ ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่

เนื่องจากมีข้อจำกัดในการอ่าน ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าที่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า¹⁶ คือการมีโรคเบาหวานร่วม (OR = 6.131, 95% CI = 1.622-23.182, p = 0.008) แต่ในการศึกษานี้พบว่าอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า คือความไม่เพียงพอของรายได้ (OR = 8.562, 95% CI = 1.935-37.892, p = 0.005) อาจเป็นเพราะแม้สิทธิการรักษาจะครอบคลุมการล้างไตทางช่อง

ห้อง แต่ผู้ป่วยยังมีค่าใช้จ่ายส่วนอื่นสำหรับการรักษา เช่น ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล การขาดรายได้ของญาติเนื่องจากต้องพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เป็นต้น

สรุป

ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีถึงดีมาก อย่างไรก็ตามพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 20.91 โดยความไม่เพียงพอของรายได้ และการมีโรคเบาหวานร่วมมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อจำกัดในการอ่าน แพทย์หรือเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ช่วยอ่านคำถามและตอบแบบสอบถามให้ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างให้คำตอบไม่ตรงกับความเป็นจริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นายแพทย์จตุพร พลอยล้วน สำหรับการให้คำปรึกษาดลอดการทำวิจัย อาจารย์นพวรรณ พินิจจรเดช มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้พัฒนาเครื่องมือวัด THAI-HRQOL-D ที่ให้คำปรึกษาและกรุณาให้นำเครื่องมือมาใช้ พยาบาลวิชาชีพ คุณวัชร รัตนวงศ์ และเจ้าหน้าที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลชลบุรี สำหรับการประสานงานและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- Chittinandana A, Chailimpamontree W, Chaloeiphap P. Prevalence of chronic kidney disease in Thai adult population. J Med Assoc Thai. 2006;89 [2 Suppl]:112-20.
- Praditpornsilpa K. Thailand renal replacement therapy year 2007 [Internet]. 2009. [cited 24 Mar 2022]. Available from: https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2020/08/Thailand_Renal_Replacement_Therapy_2007_25-Nov_2009_complete_New.pdf

- Chuasuwana A, Lumpaopong A. Thailand renal replacement therapy year 2020 [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 24]. Available from: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/10/Final-TRT-report-2020.pdf>.
- พงศธร คชเสนี. การบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน [อินเทอร์เน็ต]. 2020. [เข้าถึงเมื่อ 22 ก.พ. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2020/08/การบำบัดทดแทนไตในปัจจุบัน.pdf>.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สปสช.แจงเกณฑ์เบิกจ่ายรองรับนโยบายใหม่ ผู้ป่วยไตวายสิทธิบัตรทอง ‘เลือดฟอกไตแบบที่ใช้ได้ทุกคน’ [อินเทอร์เน็ต]. 2022 [เข้าถึงเมื่อ 2565 ก.พ. 22]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/news/3477>.
- Affinito J, Louie K. Positive coping and self- assessed levels of health and burden in un- paid caregivers of patients with end stage renal disease receiving hemodialysis therapy. Nephrol Nurs J. 2018;45:373-9.
- Chen JY, Wan EYF, Choi EPH, Chan AKC, Chan KHY, Tsang JPY, Lam CLK. The health-related quality of life of chinese patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. Patient. 2017;10:799-808.
- พินิตา เทียมจรรยา, ชมนาด วรรณพรศิริ, ดวงพร หุ่นตระกูล. การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องจากการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2554;5:92-103.
- Abdel-Kader K, Unruh M, Weisbord S. Symptom Burden, Depression, and Quality of Life in Chronic and End-Stage Kidney Disease. Clin J Am Soc Nephrol. 2009;4:1057-64.
- สมจิตร สกลคู, วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนันท์, วราทิพย์ แก่นการ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;38:117-26.
- Cohen SD, Norris L, Acquaviva K, Peterson RA, Kimmel PL. Screening, diagnosis, and treatment of depression in patients with end-stage renal disease. Clin J Am Soc Nephrol. 2007;2:1332.
- อุทุมพร ขำคม, นันทิยา วัฒนา, ดวงใจ รัตนธัญญา. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองแบบต่อเนื่อง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2558;27:60-71.
- ประพัฒน์สินี ประไพพงษ์, อรวรรณ ศรียุกตศุทธ, กุสุมา ณ อยู่ธยา, นพพร ว่องสิริมาศ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2558;7:37-48.
- ศิริอร สิ้นธุ, รสสุคนธ์ วาริตสกุล, อรวรรณ ศรียุกตศุทธ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2554;29:84-92.

15. Lin YH, Yang Y, Chen SY, Chang CC, Chiu PF, Huang CY. The depression status of patients with end-stage renal disease in different renal replacement therapies. *Int J Urol Nurs*. 2011;5:14-20.
16. Feroze U, Martin D, Reina-Patton A, Kalantar-Zadeh K, Kopple JD. Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. *Iran J Kidney Dis*. 2010;4:173-80.
17. Chan LK, Yu EC, Li SY. Depression in patients receiving peritoneal dialysis. *East Asian Arch Psychiatry*. 2011;21:99-107.
18. Lin J, Guo Q, Ye X, Li J, Yi C, Zhang X, et al. The effect of social support and coping style on depression in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis in southern China. *Int Urol Nephrol*. 2013;45:527-35.
19. Pukpobsuk N, Panpakdee O, Maneesriwongul W, Viwatwongkasem C, Ingsathit A. Development and psychometric properties of the Thai Health-Related Quality of life instrument for dialysis patients. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2012;16:154-68.
20. Lew QLJ, Allen JC, Nguyen F, Tan NC, Jafar TH. Factors Associated with Chronic Kidney Disease and Their Clinical Utility in Primary Care Clinics in a Multi-Ethnic Southeast Asian Population. *Nephron*. 2018;138:202-13.
21. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติรายได้และรายจ่ายของครัวเรือน [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/08.aspx>.
22. อังคณา จงเจริญ, วชิร รัตนวงศ์. ประสิทธิภาพของศูนย์เรียนรู้วัฒนธรรมทางการแพทย์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ; ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางหน้าท้อง (CAPD) ในโรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารพยาบาลสมาคมฯ*. 2561;11:97-109.
23. วนิดา วิชัยศักดิ์, พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, ยิ่งยศ อวิหังสานนท์. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการฟอกเลือด หรือการล้างไตทางช่องท้อง และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *Chulalongkorn Medical Journal*. 2561;62:91-105.
24. อรวรรณ ศรียุคตศุทธ, นพพร ว่องสิริมาศ, ัญญา ประหา, ประพัฒน์สินี ประไพพงษ์. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2560; 35:72-84.
25. ศิริรักษ์ อัยนัฒฐศิริ. การติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร. ใน: ทวี ศิริวงศ์, บรรณาธิการ. การล้างช่องท้องอย่างถาวรสองฝั่งโขง. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549. หน้า 75-81.
26. คัทลียา อุดติ, ัญญานิข จันทจิราภิวัต. ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องต่อเนื่อง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 2550;25:171-77.
27. อาทิตยา อติวิชญานนท์, สายฝน ม่วงคุ้ม, วชิราภรณ์ สมนวงศ์. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2562;27:49-59.
28. King-Wing Ma T, Kam-Tao Li P. Depression in dialysis patients. *Nephrology (Carlton)*. 2016;21:639-46.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ศศิกร สงพรหม, พบ., แพทย์ประจำบ้านภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ชั้นปีที่ 3

โรงพยาบาลหาดใหญ่, จังหวัดสงขลา

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ศศิกร สงพรหม, พบ., แพทย์
ประจำบ้านภาควิชาเวชศาสตร์
ครอบครัว ชั้นปีที่ 3, โรงพยาบาล
หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
90110, ประเทศไทย
Email: sasikom5555@gmail.com

Received: January 30, 2022;

Revised: March 7, 2022;

Accepted: June 27, 2022

บทคัดย่อ

ที่มาและวัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

รูปแบบวิจัย: การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

วัสดุและวิธีการ: สัมภาษณ์ผู้ดูแลที่สูญเสียผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองทางโทรศัพท์โดยใช้แบบประเมินความเศร้าโศกจากการสูญเสียเพื่อคัดกรองภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ ข้อมูลเบื้องต้นนำเสนอโดยใช้ค่ากลางและพิสัย ข้อมูลชนิดกลุ่มนำเสนอด้วยค่าร้อยละ การวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติและปกติจากการสูญเสีย โดยการทดสอบของฟิชเชอร์และสถิติทดสอบแมน-วิทนีย ยู การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติโดยใช้ด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติกส์

ผลการศึกษา: จากการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 149 คน พบภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติร้อยละ 24.16 ในกลุ่มที่พบภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติพบสัดส่วนของผู้ดูแลที่ไม่ได้เตรียมใจกับการสูญเสีย ($p = 0.003$) มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ระดับน้อย ($p < 0.001$) หรือมีความพึงพอใจต่อการดูแลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ระดับน้อย ($p = 0.001$) สูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะเศร้าโศกปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์พบ ความสัมพันธ์ที่ผู้เสียชีวิตเป็นบุตร (aOR 32.74 CI 2.39-377.55, $p = 0.005$) และการเตรียมใจกับการสูญเสียที่ไม่ได้คาดคิด (aOR 3.43 CI 1.13-10.38, $p = 0.029$) สัมพันธ์กับการพบภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป: ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติสามารถพบได้ในผู้ดูแลที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือการสูญเสียโดยไม่คาดคิด ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีพอระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ และความไม่พึงพอใจต่อการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการพัฒนาในประเด็นดังกล่าว อาจลดการเกิดภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติของผู้ดูแลได้

คำสำคัญ: ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ ภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย การดูแลแบบประคับประคอง

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Factors Associated with Complicated Grief in Caregivers of Palliative Care Patients

Sasikorn Songprom, MD., 3rd Residency Training in Family Medicine

Department of Social Medicine, Hatyai Hospital, Songkhla

Corresponding author :

Sasikorn Songprom, MD, 3rd Residency Training in Family Medicine, Department of Social Medicine, Hatyai Hospital, Songkhla 90110, Thailand
Email: sasikorn5555@gmail.com

Received: January 30, 2022;

Revised: March 7, 2022;

Accepted: June 27, 2022

ABSTRACT

Background and Objective: This study aimed to estimate the prevalence and identify associated factors of complicated grief amongst caregivers of palliative care patients.

Design: A cross-sectional study.

Methods: Caregivers were interviewed via a telephone call using the Inventory of Complicated Grief to assess the occurrence of complicated grief. Continuous data was presented using median and interquartile ranges while categorical data was described using percentages. A comparison between the groups of complicated grief and normal grief was tested using Fisher's exact test and Man Whitney U test for categorical and continuous data, respectively. Multivariable logistic regression was performed to determine the association between factors and the occurrence of complicated grief.

Results: Of 149 caregivers recruited for this study, 36 caregivers (24.16%) were found with complicated grief. Caregivers who did not prepare for loss ($p = 0.003$), less relationship between caregivers/patients and healthcare professionals ($p < 0.001$), or unsatisfaction with care from the healthcare team ($p = 0.001$) were more likely to present complicated grief. Caregivers who lose their children (aOR 32.74 95%CI 2.39-377.55, $p = 0.005$) and did not prepare for loss (aOR 3.43 95%CI 1.13-10.38, $p = 0.029$) were significantly associated with the occurrence of complicated grief.

Conclusion: Complicated grief could be found in bereaved caregivers. The occurrence of complicated grief was related to unexpected loss, the insufficient relationship between caregivers/patients and healthcare professionals, and unsatisfaction with care from the healthcare team. The improvement of these factors would, therefore, reduce the occurrence of complicated grief amongst caregivers.

Keyword: complicated grief, bereavement, grief, palliative care

บทนำ

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement) เป็นประสบการณ์ที่มนุษย์ต้องประสบ ซึ่งภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (grief) ที่เกิดขึ้นจะมีความเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล¹ โดยภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย² คือกระบวนการตอบสนองต่อการสูญเสียที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึก ได้แก่ ความเครียด เศร้า โศก ซึมเศร้า และอารมณ์อื่น ๆ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสภาวะทางกายและจิตใจ พฤติกรรม การรับรู้ซึ่งมีผลต่อการดำรงชีวิตในสังคม คนกลุ่มนี้ต้องการผู้รับฟังที่ดี การสนับสนุนข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติตัวในขณะเศร้าโศกโดยไม่จำเป็นต้องพบผู้เชี่ยวชาญ³ ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ (complicated grief)² เป็นกระบวนการตอบสนองต่อภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก อารมณ์และการดำเนินชีวิตนานกว่าปกติ โดยประเมินหลังจากมีการสูญเสียไปแล้วอย่างน้อย 6 เดือน⁴ ซึ่งผู้ได้รับผลกระทบจากการสูญเสียโดยตรง มักจะเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย⁵

ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติส่งผลเสียต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตโดยพบโอกาสเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ⁶ มีอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตเวช⁷ ภาวะน้ำหนักตัวลดลง ภาวะทุพโภชนาการ ระบบภูมิคุ้มกันแย่งลง ต่อมแอลกอฮอล์มาก⁸ อุบัติการณ์ของภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติในต่างประเทศที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบประมาณร้อยละ 7-15^{1,9} ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาในระบบการบริการผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชพบความชุกของภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติประมาณร้อยละ 16¹⁰ และมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ พบว่า ได้รับอิทธิพลจาก 3 องค์ประกอบ^{1,11} คือปัจจัยภายนอก ได้แก่ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ การใช้สารเสพติด เป็นต้น และความเครียดจากการสูญเสีย ได้แก่ ประสบการณ์การสูญเสียในอดีต การเสียชีวิตที่ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน เป็นต้น จะเห็นได้ว่ายังมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ ในไทยส่วนมากเป็นการศึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วย

ที่มารับรักษาในสถานพยาบาล (hospital-based study) และในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยทั่วไป การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติที่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั้งที่รับการดูแลที่บ้านและในโรงพยาบาล

วิธีการ

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาค้นคว้า (cross-sectional study) การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนของโรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ HYH EC 063-64-01

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลหาดใหญ่ และเป็นผู้ดูแลที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว 6-12 เดือน

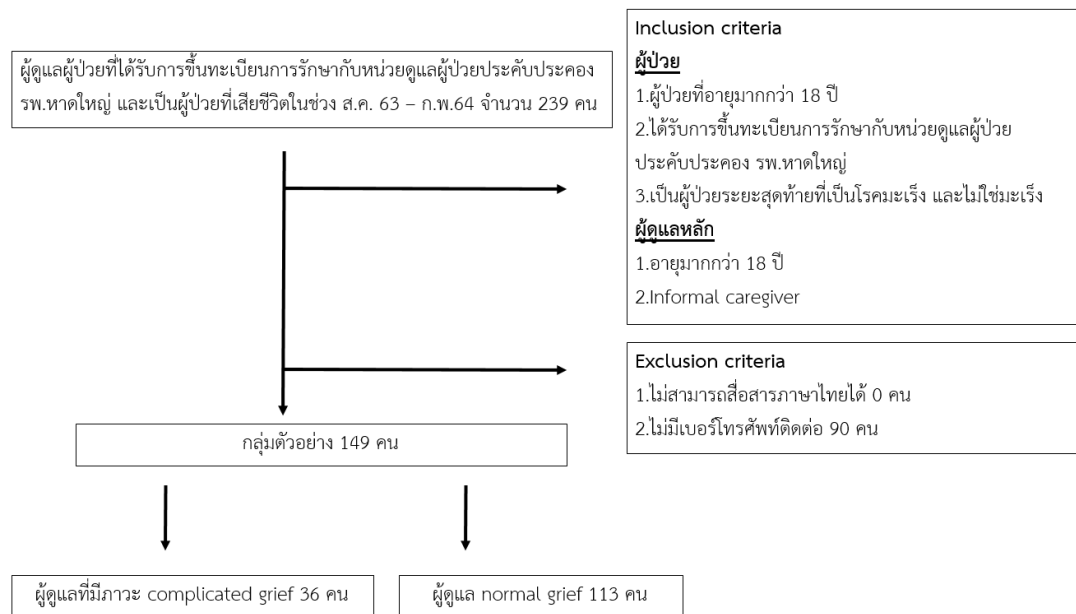
เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) เป็นผู้ดูแลหลักตามนิยามดังต่อไปนี้ คือ ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการที่อายุมากกว่า 18 ปีและผู้ดูแลผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 18 ปีซึ่งเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการขึ้นทะเบียนการรักษากับหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลหาดใหญ่

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือผู้ดูแลหลักที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ กำหนดตามสถิติ difference between two independent means ด้วยโปรแกรม G*power version 3.1.9.2 ซึ่งได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 124 คน และคำนวณเผื่อค่าความผิดพลาดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ 149 คน (ดังแผนภาพที่ 1)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้



แผนภาพที่ 1. วิธีการคัดเลือกกลุ่มที่ศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามและประสบการณ์การสูญเสียของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมีผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบคุณภาพและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence, IOC) และ ปรับปรุงแบบสอบถามก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์จริง ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.77

ตอนที่ 2 แบบประเมินความเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Inventory of Complicated Grief, ICG) ซึ่งแปลและพัฒนาโดย อรสา ไยยง และพิรพนธ์ ลีวัฒนาชัย¹² ได้รับอนุญาตจาก Prigerson¹³ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมตั้งแต่ 25 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง มีภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ

โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 และบันทึกข้อมูลลงใน Microsoft Excel เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ใช้โปรแกรม STATA program version 16 สำหรับสถิติเชิงพรรณนา

(descriptive statistic) ของตัวแปรแบบกลุ่ม และตัวแปรต่อเนื่องนำเสนอผลด้วยค่าร้อยละ (percentage) และค่ามัธยฐานร่วมกับพิสัยของควอไทล์ การวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยต่าง ๆ ระหว่างสองกลุ่มประชากรภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ และปกติ โดยใช้การทดสอบของฟิชเชอร์และสถิติทดสอบแมน - วิทนีย์ สำหรับตัวแปรแบบกลุ่มและตัวแปรต่อเนื่องตามลำดับ

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะเศร้าโศกโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติกส์ (multivariable logistic regression) เพื่อคำนวณอัตราส่วนโอกาส (adjusted odd ratio, aOR) โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม¹⁴⁻²³ และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการทดสอบฟิชเชอร์มาวิเคราะห์ ได้แก่ เพศ การศึกษา ความคล่องตัวทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต การต้องพึ่งพาผู้เสียชีวิต การช่วยเหลือสนับสนุนหลังเสียชีวิต สถานที่เสียชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วยต่อบุคลากรทางการแพทย์ ความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ การเตรียมใจกับการสูญเสีย โดยการศึกษาที่กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ไว้ที่ $p = 0.05$

ผลการวิจัย

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 149 คน เป็นเพศหญิง 112 คน (ร้อยละ 75.17) มีอายุเฉลี่ย 47.52 ปี การศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีขึ้นไป 62 คน (ร้อยละ 41.61) พบความชุกของภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ 36

คน (ร้อยละ 24.16) โดยพบว่าไม่มีความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มที่มีภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติและภาวะเศร้าโศกปกติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	รวม (n=149)	ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย n(%)		p-value
		ปกติ (ICG < 25) n=113	เกินปกติ (ICG ≥ 25) n=36	
เพศ				
หญิง	112 (75.17)	81 (71.68)	31 (86.11)	0.12
ชาย	37 (24.83)	32 (28.32)	5 (13.89)	
อายุเฉลี่ย Median (IQR)	47.52 ปี	49 (38, 56)	50 (41.5, 55.5)	0.693*
อายุ				
น้อยกว่า 60 ปี	127 (85.23)	97 (85.84)	30 (83.33)	0.788
มากกว่า 60 ปี	22 (14.77)	16 (14.16)	6 (16.67)	
สถานภาพปัจจุบัน				
โสด	41 (27.52)	30 (26.55)	11 (30.56)	0.857
สมรส	67 (44.97)	52 (46.02)	15 (41.67)	
หม้าย/หย่าร้าง	41 (27.52)	31 (27.43)	10 (27.78)	
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	87 (58.39)	65 (57.52)	22 (61.11)	0.846
ปริญญาตรีขึ้นไป	62 (41.61)	48 (42.48)	14 (38.89)	
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13 (8.72)	8 (7.08)	5 (13.89)	0.195
เกษตรกร	14 (9.40)	13 (11.50)	1 (2.78)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18 (12.08)	16 (14.16)	2 (5.56)	
ธุรกิจส่วนตัว	46 (30.87)	35 (30.97)	11 (30.56)	
ลูกจ้าง/พนักงาน/อื่น ๆ	58 (38.93)	41 (36.28)	17 (47.22)	
ความคล่องตัวทางเศรษฐกิจ				
ปานกลาง - มาก	119 (79.87)	93 (82.30)	26 (72.22)	0.233
น้อย	30 (20.13)	20 (17.70)	10 (27.78)	
ศาสนา				
พุทธ	131 (87.92)	99 (87.61)	32 (88.89)	1
คริสต์	3 (2.01)	3 (2.65)	0 (0.00)	
อิสลาม	15 (10.07)	11 (9.73)	4 (11.11)	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	98 (65.77)	73 (64.60)	25 (69.44)	0.689
มี	51 (34.23)	40 (35.40)	11 (30.56)	
การใช้สารเสพติด				
ไม่มี	123 (82.55)	92 (81.42)	31 (86.11)	0.62
มี	26 (17.45)	21 (18.58)	5 (13.89)	

ICG= Inventory of complicated grief, * Mann-Whitney U Test

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การสูญเสียของผู้ดูแล ในกลุ่มที่พบภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติพบสัดส่วนของผู้ดูแลที่ไม่ได้เตรียมใจกับการสูญเสีย ($p = 0.003$) มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ระดับน้อย ($p = < 0.001$) หรือมีความพึงพอใจต่อระดับการดูแลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ระดับน้อย ($p = 0.001$) สูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะเศร้าโศกปกติดังมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับบุคคลที่เสียชีวิต กรณีผู้เสียชีวิตเป็นบุตร (aOR 32.74 CI 2.39-377.55, $p = 0.005$) และการเตรียมใจกับการสูญเสียที่ไม่ได้คาดคิด (aOR 3.43 CI 1.13-10.38, $p = 0.029$) ดังแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

จากการศึกษาพบความชุกของภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ 36 คน (ร้อยละ 24.16) ซึ่งเมื่อเทียบกับการศึกษาของ Guldin และคณะ (2011)²⁴ ซึ่งศึกษาความชุกของภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบความชุกร้อยละ 40 ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความชุกในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง แต่มีการศึกษาความชุกของภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในผู้ป่วยนอกจิตเวช¹⁰ พบความชุกร้อยละ 16.6

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติจากงานวิจัยฉบับนี้ คือ การเตรียมใจกับการสูญเสียพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Tsai และคณะ (2015)²⁵ พบว่า ในผู้ดูแลที่มีการเตรียมใจกับการสูญเสียในระดับน้อย มีโอกาสพบความชุกของการเกิดการทุกข์โศกยาวนานเพิ่มขึ้น 1.06 เท่า ความพึงพอใจต่อระดับการดูแลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางสถิติต่อภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับกับการศึกษาของ Naoki และคณะ (2017)²⁶ ที่พบว่า ภาระเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (caregiver burden) มีแนวโน้มลดลงในกลุ่มผู้ดูแลที่มีความพึงพอใจต่อการบริการ ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วย ที่มีต่อบุคลากร

ทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางสถิติต่อภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของ Trevino (2015)²⁷ พบว่า ความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ มีความสัมพันธ์กับความโศกเศร้าที่ดีขึ้นหลังการสูญเสีย แต่ในทางกลับกัน การศึกษาของ An (2019)²⁸ พบว่าความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง อายุรแพทย์มะเร็งวิทยากับผู้ป่วย ไม่ได้ส่งผลต่อการทุกข์โศกยาวนานในผู้ดูแล สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเตรียมใจกับการสูญเสีย ความสัมพันธ์กับบุคคลที่เสียชีวิต กรณีผู้เสียชีวิตเป็นบุตร ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยอื่น ๆ^{15,16,21} ที่มักพบภาวะเศร้าโศกเกินปกติในกลุ่มคู่สมรส

งานวิจัยฉบับนี้ เป็นงานฉบับแรก ๆ ที่มีการสำรวจความชุกภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติในประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่สัมภาษณ์โดยผู้วิจัยเพียงคนเดียว ทำให้การสื่อสารคำถามกับกลุ่มตัวอย่างเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน ทำให้ลดความผิดพลาดของการสื่อความหมายคำถามได้ แต่มีข้อจำกัดคือเนื่องจากแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (check list) ทำให้ผู้ตอบไม่สามารถบรรยายความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้อย่างครบถ้วน และการสัมภาษณ์นี้เป็นลักษณะการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) อาจจะทำให้ได้ข้อมูลเฉพาะช่วงเวลาที่ยกมาศึกษา เวลาที่ผ่านไปหลังการสูญเสียอาจจะมีผลต่อภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ หากติดตามต่อไป อาจมีการเปลี่ยนแปลงของระดับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติได้ นอกจากนี้ งานวิจัยฉบับนี้ ไม่ได้สอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังและสถานที่ที่ตั้งใจจะเสียชีวิต และสถานที่จริงที่ผู้ป่วยเสียชีวิต และไม่ได้มีการบันทึกระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไว้ขณะสัมภาษณ์ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อระดับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติของผู้ดูแลได้เช่นกัน

สรุปผล

ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติพบได้ในผู้ดูแลที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือการสูญเสียโดยไม่คาดคิด ความสัมพันธ์ที่ไม่ดีพอระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ และความไม่พึงพอใจต่อระดับการดูแลจากบุคลากรการแพทย์ ดังนั้นการพัฒนา

ตารางที่ 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การสูญเสียของผู้ดูแลผู้ป่วยกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การสูญเสีย	ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย n(%)			p-value
	n = 149	ปกติ (ICG < 25) n=113	เกินปกติ (ICG ≥ 25) n=36	
ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต				
ผู้เสียชีวิตเป็นบิดามารดา	90 (60.40)	68 (60.18)	22 (61.11)	0.268
ผู้เสียชีวิตเป็นคู่สมรส	30 (20.13)	23 (20.35)	7 (19.44)	
ผู้เสียชีวิตเป็นบุตร	5 (3.36)	2 (1.77)	3 (8.33)	
ผู้เสียชีวิตเป็นญาติพี่น้อง	24 (16.11)	20 (17.70)	4 (11.11)	
สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย				
เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง	78 (52.35)	59 (52.21)	19 (52.78)	1
เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง	71 (47.65)	54 (47.79)	17 (47.22)	
สถานที่เสียชีวิต				
บ้าน	54 (36.24)	44 (38.94)	10 (27.78)	0.241
โรงพยาบาล	95 (63.76)	69 (61.06)	26 (72.22)	
ภาวะพึ่งพาผู้เสียชีวิต				
ไม่พึ่งพาผู้เสียชีวิตเลย	57 (38.26)	43 (38.05)	14 (38.89)	0.74
พึ่งพาผู้เสียชีวิตเล็กน้อย	52 (34.90)	38 (33.63)	14 (38.89)	
พึ่งพาผู้เสียชีวิตมาก	40 (26.85)	32 (28.32)	8 (22.22)	
ความผูกพันกับผู้เสียชีวิต				
ผูกพันน้อย	5 (3.36)	3 (2.65)	2 (5.56)	0.679
ผูกพันปานกลาง	16 (10.74)	13 (11.50)	3 (8.33)	
ผูกพันมาก	128 (85.91)	97 (85.84)	31 (86.11)	
การเตรียมใจกับการสูญเสีย				
ไม่ได้คาดคิด	37 (24.83)	20 (17.70)	17 (47.22)	0.003*
พอรับรู้ เตรียมใจไว้บ้าง	46 (30.87)	39 (34.51)	7 (19.44)	
เตรียมใจไว้อยู่แล้ว	66 (44.30)	54 (47.79)	12 (33.33)	
การเยี่ยมบ้านก่อนเสียชีวิต				
ไม่มี	69 (46.31)	48 (42.48)	21 (58.33)	0.125
มี	80 (53.69)	65 (57.52)	15 (41.67)	
การพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนรับมือก่อนเสียชีวิต				
ไม่มี	24 (16.11)	21 (18.58)	3 (8.33)	0.195
มี	125 (83.89)	92 (81.42)	33 (91.67)	
การช่วยเหลือสนับสนุนหลังเสียชีวิต				
ไม่มี	17 (11.41)	11 (9.73)	6 (16.67)	0.246
มี	132 (88.59)	102 (90.27)	30 (83.33)	
จำนวนบุคคลที่เสียชีวิตก่อนหน้า				
ไม่มี	69 (46.31)	53 (46.90)	16 (44.44)	0.849
1 คนขึ้นไป	80 (53.69)	60 (53.10)	20 (55.56)	
ความพึงพอใจต่อการดูแลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์				
น้อยมาก	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	< 0.001
น้อย	9 (6.04)	4 (3.54)	5 (13.89)	
ปานกลาง	28 (18.79)	15 (13.27)	13 (36.11)	
มาก	93 (62.42)	77 (68.14)	16 (44.44)	
มากที่สุด	19 (12.75)	17 (15.04)	2 (5.56)	

ตารางที่ 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การสูญเสียของผู้ดูแลผู้ป่วยกับภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การสูญเสีย	ภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสีย n(%)			p-value
	n=149	ปกติ (ICG < 25) n=113	เกินปกติ (ICG ≥ 25) n=36	
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วย ที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์				
น้อยมาก	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	< 0.001*
น้อย	9 (6.04)	4 (3.54)	5 (13.89)	
ปานกลาง	28 (18.79)	14 (12.39)	14 (38.89)	

ICG= Inventory of complicated grief, * มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติ Multivariable analysis	
	Adjust odd ratio (95%CI)	p-value
เพศ		
ชาย	3.18 (0.85-11.88)	0.085
หญิง	Ref	
การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	Ref	0.715
ปริญญาตรีขึ้นไป	1.22 (0.42-3.50)	
ความคล่องตัวทางเศรษฐกิจ		
ปานกลาง - มาก	Ref	0.102
น้อย	2.50 (0.83-7.48)	
ความสัมพันธ์กับบุคคลที่เสียชีวิต		
ผู้เสียชีวิตเป็นบิดา มารดา	2.07 (0.50-8.61)	0.317
ผู้เสียชีวิตเป็นคู่สมรส	2.30 (0.37-14.17)	
ผู้เสียชีวิตเป็นบุตร	32.74 (2.39-377.55)	0.005*
ผู้เสียชีวิตเป็นญาติพี่น้อง	Ref	
การติดต่อพึ่งพาผู้เสียชีวิต		
ไม่พึ่งพาผู้เสียชีวิตเลย	1.06 (0.29-3.83)	0.928
พึ่งพาผู้เสียชีวิตเล็กน้อย	1.45 (0.37-5.61)	
พึ่งพาผู้เสียชีวิตมาก	Ref	0.595
การเตรียมใจกับการสูญเสีย		
ไม่ได้คาดคิด	3.43 (1.13-10.38)	0.029*
พอรู้ เตรียมใจไว้บ้าง	0.48 (0.13-1.74)	
เตรียมใจไว้อยู่แล้ว	Ref	0.266
การช่วยเหลือสนับสนุนหลังเสียชีวิต		
ไม่มี	2.09 (0.50-8.74)	0.313
มี	Ref	
ความพึงพอใจต่อการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์		
น้อย - ปานกลาง	1.23 (0.15-10.20)	0.849
มาก - มากที่สุด	Ref	
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลหรือผู้ป่วยต่อบุคลากรทางการแพทย์		
น้อย - ปานกลาง	7.32 (0.88-60.67)	0.065
มาก - มากที่สุด	Ref	
สถานที่เสียชีวิต		
บ้าน	1.18 (0.40-3.52)	0.762
โรงพยาบาล	Ref	

*มีนัยสำคัญทางสถิติ

ในประเด็นดังกล่าว อาจลดการเกิดภาวะเศร้าโศกที่เกินปกติของผู้ดูแลได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจากหลายบุคคล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณพยาบาลหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองรพ.หาดใหญ่ คุณภาเอื้ออนันท์ สิรินทรโสภณ คุณสุดใจ เรืองสุข คุณประไพ บุญมรดก และคุณอำไพ จันทาพูน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ เก็บรวบรวมและจัดหาข้อมูลผู้ป่วย

ขอขอบพระคุณนายแพทย์พนพัฒน์ โตเจริญวานิช หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ แพทย์หญิงหทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล นายแพทย์ปณณพัฒน์ ลาวัลย์ตระกูล นายแพทย์ศุภณัฐ ปรีชาวุฒิเดช ทันตแพทย์จิรายุ แซ่พู่ และคุณภัสสรินทร์ สงพรหม ที่ได้ให้คำปรึกษา สนับสนุนและให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ มาโดยตลอด และขอขอบพระคุณ ดร.นพ.ศรวิส แสงแก้ว อาจารย์ที่ปรึกษา สำหรับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเขียนงานเชิงวิชาการ (academic writing) และให้คำปรึกษาด้านต่าง ๆ เป็นอย่างดีมาตลอดการดำเนินงานวิจัย และสุดท้ายขอขอบพระคุณ รศ.นพ.พีรพันธ์ ลือวัฒนาชัย สำหรับการอนุญาตให้ใช้แบบสอบถาม ขอขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. การดูแลหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในเวชปฏิบัติครอบครัวและปฐมภูมิ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2561;1:17-30.
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2563 เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ.2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 261 ง (ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2563).
3. Bereavement and Grief [database on the Internet]. CareSearch palliative care knowledge network 2006. [cited 10 Apr 2022]. Available from: <https://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/1345/Default.aspx>
4. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. Depression and anxiety. 2011;28:103-17.
5. ศรีนรัตน์ วัฒนธรรณันท์. ความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก: บทบาทพยาบาล. Thai Red Cross Nursing Journal. 2560;10:13-21.
6. Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. Am J Public Health. 1987;77:283-7.
7. Parkes CM. Effects of bereavement on physical and mental health-a study of the medical records of widows. Bri Med J. 1964;2(5404): 274-9.
8. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. Lancet. 2007;370:1960-73.
9. Shear MK, Ghesquiere A, Glickman K. Bereavement and Complicated Grief. Current psychiatry reports. 2013;15(11):DOI 10.1007/s11920-013-0406-z.
10. รัชชุ วรรณ. ความชุกของอารมณ์เศร้าโศกที่ผิดปกติจากการสูญเสียและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2554.
11. Jaaniste T, Coombs S, Donnelly TJ, Kelk N, Beston D. Risk and resilience factors related to parental bereavement following the death of a child with a life-limiting condition. Children (Basel). 2017;4:96.
12. Yaiyong O, Lueboonthavatchai P. Depression and grief of the elderly at the elderly associate in Nonthaburi Province. J Psychiatr Assoc Thailand. 2011; 56:117-28.
13. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF, Shear MK, Day N, et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. Am J Psyc. 1997;154:616-23.
14. Aoyama M, Sakaguchi Y, Morita T, Ogawa A, Fujisawa D, Kizawa Y, et al. Factors associated with possible complicated grief and major depressive disorders. Psycho Oncology. 2018;27:915-21.
15. Coelho A, Delalibera M, Barbosa A, Lawlor P. Prolonged grief in palliative family caregivers: A pilot study in a Portuguese sample. Omega (Westport). 2015;72:151-64.
16. Thomas K, Hudson P, Trauer T, Remedios C, Clarke D. Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. J Pain Symptom Manage. 2014;47:531-41.
17. Ringdal GI, Jordhøy MS, Ringdal K, Kaasa S. Factors affecting grief reactions in close family members to individuals who have died of cancer. J Pain Symptom Manage. 2001;22:1016-26.

18. Allen JY, Haley WE, Small BJ, Schonwetter RS, McMillan SC. Bereavement among hospice caregivers of cancer patients one year following loss: predictors of grief, complicated grief, and symptoms of depression. *J Palliat Med.* 2013;16:745-51.
19. Hsieh MC, Huang MC, Lai YL, Lin CC. Grief reactions in family caregivers of advanced cancer patients in Taiwan: relationship to place of death. *Cancer Nurs.* 2007;30:278-84.
20. Hales S, Chiu A, Husain A, Braun M, Rydall A, Gagliese L, et al. The quality of dying and death in cancer and its relationship to palliative care and place of death. *J Pain Symptom Manage.* 2014;48:839-51.
21. Delalibera M, Coelho A, Frade P, Barbosa A, Leal I. Caregiving and bereavement in palliative care: A cross-cultural study between Brazil and Portugal. *Transcult Psychiatry.* 2020;57:445-54.
22. Coelho AM, Delalibera MA, Barbosa A. Palliative care caregivers' grief mediators: a prospective study. *Am J Hosp Palliat Care.* 2016;33:346-53.
23. Hatano Y, Aoyama M, Morita T, Yamaguchi T, Maeda I, Kizawa Y, et al. The relationship between cancer patients' place of death and bereaved caregivers' mental health status. *Psycho oncology.* 2017;26:1959-64.
24. Guldin M-B, Vedsted P, Zachariae R, Olesen F, Jensen AB. Complicated grief and need for professional support in family caregivers of cancer patients in palliative care: a longitudinal cohort study. *Support Care Cancer.* 2012;20:1679-85.
25. Tsai W-I, Prigerson HG, Li CY, Chou WC, Kuo SC, Tang ST. Longitudinal changes and predictors of prolonged grief for bereaved family caregivers over the first 2 years after the terminally ill cancer patient's death. *Palliat Med.* 2016;30:495-503.
26. Naoki Y, Matsuda Y, Maeda I, Kamino H, Kozaki Y, Tokoro A, et al. Association between family satisfaction and caregiver burden in cancer patients receiving outreach palliative care at home. *Palliat Support Care.* 2018;16:260-8.
27. Trevino KM, Maciejewski PK, Epstein AS, Prigerson HG. The lasting impact of the therapeutic alliance: Patient oncologist alliance as a predictor of caregiver bereavement adjustment. *Cancer.* 2015;121:3534-42.
28. An AW, Ladwig S, Epstein RM, Prigerson HG, Duberstein PR. The impact of the caregiver-oncologist relationship on caregiver experiences of end-of-life care and bereavement outcomes. *Support Care Cancer.* 2020;28:4219-25.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมแบบฝึกในการพัฒนาสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีซานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลจอมทอง

อนึ่ง อนาวรรณ, พบ.,¹ วิชุดา จิรพรเจริญ, พบ.,² นิสาล เดชเกรียงไกรกุล, พบ.²

¹โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่, ²ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ผู้รับผิดชอบบทความ:

นิสาล เดชเกรียงไกรกุล, พบ,
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่
50200, ประเทศไทย
Email: namfa_22@hotmail.
com

Received: January 21, 2022;

Revised: February 14, 2022;

Accepted: May 2, 2022

บทคัดย่อ

ที่มา: ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อุบัติการณ์ของภาวะปรีซานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยเพิ่มมากขึ้น ภาวะดังกล่าวเพิ่มโอกาสเกิดโรคสมองเสื่อม การฝึกกระตุ้นการทำงานของสมองอาจชะลอการเกิดโรคสมองเสื่อมในอนาคตได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมแบบฝึกในการพัฒนาสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีซานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลจอมทอง

แบบวิจัย: single blinded- randomized controlled trial

วัสดุและวิธีการ: ศึกษาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะปรีซานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลจอมทองจำนวน 62 คน สุ่มให้ได้รับการกระตุ้นสมองวิธีเดิม 30 คน และวิธีใหม่ 32 คน วัดการเปลี่ยนแปลงผลคะแนน TMSE และ MoCA ที่ 3 เดือน

ผลการศึกษา: ผู้สูงอายุที่ได้รับการกระตุ้นสมองทั้งสองวิธีมีคะแนน TMSE และ MoCA เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการกระตุ้นสมองวิธีเดิมเพิ่มคะแนน TMSE 1.63 คะแนน ($p = 0.001$) และ MoCA 3.07 คะแนน ($p = 0.001$) ส่วนการกระตุ้นสมองวิธีใหม่เพิ่มคะแนน TMSE 1.97 คะแนน ($p = 0.004$) และ MoCA 2.59 คะแนน ($p < 0.001$) โดยไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบคะแนน TMSE และ MoCA ที่เพิ่มมากขึ้นระหว่างสองวิธี ทั้งสองวิธีสามารถเพิ่มประสิทธิภาพด้าน language เมื่อทดสอบด้วย TMSE และเพิ่มประสิทธิภาพด้าน visuospatial/executive, language และ abstraction เมื่อทดสอบด้วย MoCA

สรุป: ประสิทธิภาพของการกระตุ้นการทำงานของสมองทั้งสองวิธีไม่แตกต่างกัน การเลือกวิธีกระตุ้นการทำงานของสมองในผู้ป่วยปรีซานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยควรพิจารณาบริบทอื่นร่วมด้วย เช่น ความพร้อมด้านบุคลากร ทรัพยากร และเวลา

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ปรีซานปัญญาบกพร่องเล็กน้อย การกระตุ้นสมอง

ORIGINAL ARTICLE

Effectiveness of Cognitive Stimulation Program for Older Adults with Mild Cognitive Impairment in Jomthong Hospital Service Area

Anueng Anawan, MD.,¹ Wichuda Jiraporncharoen, MD.,² Nisachol Dejkriengkraikul, MD.²

¹Jomthong Hospital, Chiang Mai; ²Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand

Corresponding author :

Nisachol Dejkriengkraikul, MD., Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200, Thailand
Email: namfa_22@hotmail.com

Received: January 21, 2022;

Revised: February 14, 2022;

Accepted: May 2, 2022

ABSTRACT

Introduction: Thailand's aging society increases the incidence of mild cognitive impairment (MCI) and dementia. Cognitive stimulating programs might improve brain function in MCI and prevent dementia

Objective: To compare the effectiveness of conventional and newer cognitive stimulating programs on cognition in older adult patients with MCI.

Design: Single blinded-randomized controlled trial

Methods: This study included 62 older adult patients over 60 years of age with MCI living in the Jomthong Hospital service area. Thirty patients were randomized to receive the conventional cognitive stimulating program and 32 patients were randomized to receive a newer cognitive stimulating program. The changes in Thai Mental State Examination (TMSE) and Montreal Cognitive Assessment (MoCA) scores were compared three months after enrollment.

Results: Both groups showed a statistically significant increase in mean TMSE and MoCA scores. The patients receiving the conventional program had an increased TMSE score by 1.63 points ($p = 0.001$) and increased MoCA score by 3.07 points ($p = 0.001$). The patients receiving the newer program had an increased TMSE score by 1.97 points ($p = 0.004$) and increased MoCA score by 2.59 points ($p < 0.001$). There was no significant differences in the TMSE and MoCA scores between the two groups. The language domain in TMSE and visuospatial/executive, language, and abstraction domains in MoCA were significantly improved in both groups.

Conclusion: Conventional and newer cognitive stimulating programs are effective in improving cognition in MCI. Thus, the implementation of a cognitive stimulating program should consider personnel, resources, and times within the medical facility.

Keyword: elderly, mild cognitive impairment, cognitive stimulation

บทนำ

สังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุไทย ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 15.45, 16.06 และ 16.73 ในปี พ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 ตามลำดับ คาดว่าภายในปี พ.ศ. 2565 จะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปัญหาสำคัญที่สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นคือภาวะปรีชาญาณปัญญบกพร่องเล็กน้อยและโรคสมองเสื่อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง ทำให้มีภาวะหลงลืม มีปัญหาการสื่อสาร พฤติกรรมเปลี่ยนไป และในระยะท้ายจะกลายเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยสมบูรณ์เป็นภาระของครอบครัวและสังคม¹ ภาวะปรีชาญาณปัญญบกพร่องเล็กน้อยถือเป็นภาวะที่สำคัญก่อนจะกลายเป็นภาวะสมองเสื่อม แต่ยังไม่พบว่าสูญเสียหน้าที่ การทำงาน หรือการเข้าสังคม² การวินิจฉัยภาวะปรีชาญาณปัญญบกพร่องเล็กน้อยพิจารณาจากอาการแสดงร่วมกับการทดสอบทางประสาทจิตวิทยาจากแบบทดสอบ Thai Mental State Examination (TMSE), Mini Mental state examination (MMSE) หรือ Montreal Cognitive Assessment (MoCA)²

ประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมร้อยละ 6-12 ในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป³ ถ้าแบ่งตามช่วงอายุพบว่ามีความเสี่ยงร้อยละ 29.5 ในผู้สูงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 45 ในผู้สูงอายุ 70-79 ปี⁴ และสูงร้อยละ 30 ในผู้สูงอายุ 90 ปีขึ้นไป⁵ สถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมของจังหวัดเชียงใหม่ จากผลการสำรวจปี พ.ศ. 2560-2562 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.2, 17.97 และ 18.75 ตามลำดับ มีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 0.98 หรือ 2,736 คน และมีภาวะปรีชาญาณปัญญบกพร่องเล็กน้อยร้อยละ 0.12 หรือ 324 คน ในปี พ.ศ. 2563 อำเภอจอมทองเป็นหนึ่งในอำเภอในเชียงใหม่ที่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 1.03 หรือ 148 คนจากผู้สูงอายุ 13,841 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชาญาณปัญญบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 0.39 หรือ 54 คน ซึ่งหากไม่ได้รับการกระตุ้นการทำงานของสมองคาดว่าจะกลายเป็นโรคสมองเสื่อมร้อยละ 22-34 ในระยะเวลา 2-5 ปี^{6,7}

การแบ่งความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ระยะต้น มีอาการเล็กน้อยหรือสูญเสียความ

จำระยะสั้น ระยะกลาง มีอาการมากขึ้นหลงลืมชื่อคนทางกลับบ้าน เริ่มมีปัญหาเรื่องการช่วยเหลือตนเอง และระยะท้าย ไม่ทราบและไม่สนใจเวลา สถานที่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตบกพร่องและมีภาวะพึ่งพิง^{1,2,8} โดยมีปัจจัยทำให้สมองเสื่อมหลากหลาย เช่น อายุ ภาวะอ้วน ไม่ออกกำลังกาย มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคหัวใจ หลอดเลือด โรคเบาหวาน และภาวะเครียดเป็นต้น⁹⁻¹¹ ภาวะปรีชาญาณปัญญบกพร่องเล็กน้อยจะกลายเป็นโรคสมองเสื่อมได้ร้อยละ 14.9 สำหรับผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี ในระยะเวลาเพียง 2 ปี⁶ การรักษาภาวะสมองเสื่อมสามารถทำได้โดยใช้การรักษา ร่วมกับการฝึกปรีชาญาณปัญญาได้แก่การฝึกการรับรู้เวลา สถานที่ (cognition-oriented training) ฝึกความจำ (memory training) ฝึกทักษะ (skill training) ฝึกกระตุ้นด้านอารมณ์ (emotion-oriented training) และการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy)^{2,6} ส่วนการรักษาภาวะปรีชาญาณปัญญบกพร่องเล็กน้อยไม่พบหลักฐานว่าการใช้ยา มีบทบาทในการรักษาหรือชะลอความเสื่อมของสมองได้^{2,6} แต่มีงานวิจัยหลายงานวิจัยพบว่า การรักษาเน้นการกระตุ้นการทำงานของสมอง¹²⁻¹⁶ เป็นสำคัญ ร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ความหนักปานกลาง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือระยะเวลา 150 นาทีต่อสัปดาห์^{1,17,18} และอาหารที่มีไขมันโอเมก้า-3 หรือการรับประทานอาหารแบบ Mediterranean^{17,19} สามารถเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน กระตุ้นสมองด้านปรีชาญาณ และชะลอความเสื่อมของสมองได้^{1,12-19}

จากแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชาญาณปัญญบกพร่องเล็กน้อยของโรงพยาบาลจอมทอง เดิมใช้วิธีการกระตุ้นการทำงานของสมองเฉพาะด้านตามความผิดปกติแต่ละด้านที่ตรวจพบจากการคัดกรอง MiniCog, และยืนยันผลการคัดกรองด้วยแบบทดสอบ TMSE และ MoCA มีการนัดติดตาม 1-2 ครั้งต่อเดือน ซึ่งต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของนักกิจกรรมบำบัด และปัจจุบันได้เริ่มต้นใช้การกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยวิธีใหม่ โดยประยุกต์การฝึกสมองตามชุดแบบฝึกในการพัฒนาสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมซึ่งเป็นการฝึกการทำงานของสมองเป็นบทเรียนและกระตุ้นซ้ำตามโปรแกรมที่เป็น

แบบแผนชัดเจนและมีการกระตุ้นการทำงานของสมองในทุกด้าน หากได้ประสิทธิผลที่ดีกว่าวิธีเก่าจะใช้เป็นแนวทางการกระตุ้นสมองผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของโรงพยาบาล และประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้บุคลากรเฉพาะด้าน และรูปแบบการกระตุ้นสมองจะได้ชัดเจน ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมแบบฝึกในการพัฒนาสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลจอมทอง

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการศึกษา

การศึกษา experimental study แบบ single blinded-randomized controlled trial ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลจอมทองทั้งหมดที่คัดกรองระหว่าง 30 ธันวาคม 2563 ถึง 30 ก.ย. 2564 เพื่อเปรียบเทียบระดับปริชานปัญญาจากคะแนน TMSE และ MoCA

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองโครงการวิจัยในคน โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย 22/2563 รับรองวันที่ 15 ธันวาคม 2563

ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

จากการคัดกรองผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ภายในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ภายในอำเภอจอมทอง ด้วยเครื่องมือคัดกรองภาวะปริชานปัญญาบกพร่องเล็กน้อย MiniCog ระหว่าง 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 และตรวจเพื่อยืนยันภาวะปริชานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยด้วยเครื่องมือ MoCA พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะปริชานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยจำนวน 71 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตบริการโรงพยาบาลจอมทองที่ได้รับวินิจฉัยเป็นภาวะปริชานปัญญาบกพร่องเล็กน้อย (MCI) โดยเครื่องมือ MoCA ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการกระตุ้นการทำงานของสมองได้ตามวันและเวลาที่กำหนด และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ มีประวัติได้รับการวินิจฉัยภาวะที่มีความผิดปกติของสมอง ได้แก่ โรคลมชัก ประวัติเลือดออกในสมอง โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งสมอง โรคติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมองเนื้อสมอง (meningoencephalitis) หรือโรคซิฟิลิสระบบประสาท (neurosyphilis) เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะตับวายระยะท้าย หรือภาวะไตวายระยะท้าย เป็นต้น และมีประวัติการนอนโรงพยาบาลจากการเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือน ก่อนเข้าร่วมการวิจัย

สุ่มให้ได้รับโปรแกรมการกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยวิธีเดิมหรือวิธีใหม่ อัตราส่วน 1:1 ด้วยวิธี blocked randomization (block of four) โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุทีละ 4 คน จับฉลากเลือกวิธีเดิม แทนด้วยเลข 1 หรือวิธีใหม่แทนด้วยเลข 2 ทั้งนี้ผู้สูงอายุไม่ทราบว่าตนเองจะได้รับการกระตุ้นสมองด้วยวิธีใด

เครื่องมือการฝึกกระตุ้นการทำงานของสมอง

การฝึกกระตุ้นการทำงานของสมองในการศึกษานี้เปรียบเทียบระหว่างการกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยวิธีเดิม และการกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยวิธีใหม่ ซึ่งทั้งสองวิธีฝึกโดยนักกิจกรรมบำบัด 2 คน ที่มีความเชี่ยวชาญในการฝึกทั้ง 2 วิธีเท่าเทียมกัน ทำการฝึกเป็นรายบุคคลที่ รพ.สต. ใกล้บ้านผู้ป่วย และให้คำแนะนำการทบทวนการฝึกที่บ้านทุกราย

1. การกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยวิธีเดิม เป็นการฝึก cognitive activity ได้แก่ การทดสอบวัน เวลา สถานที่ การนับเลข การทบทวนความจำเช่นการสอบถามชนิดมีอาหาร การสอบถามกิจกรรมที่ผ่านมา รวมทั้งการให้เรียกชื่อสัตว์ และสิ่งของ เพื่อประเมินความผิดปกติว่ามีความผิดปกติด้านใดแล้วกระตุ้นด้วย cognitive training ทางกิจกรรมบำบัดประกอบด้วยกิจกรรมการ

กระตุ้นสมอง (brain training) ได้แก่การฝึกทบทวน ความจำ นึกย้อนกิจกรรมที่ผ่านมา ทบทวนวัน เวลา สถานที่ บุคคลสำคัญ สถานที่สำคัญ วันสำคัญของตนเอง ของประเทศเป็นต้น รวมทั้งการหัดวาดรูปสัตว์ที่พบเห็น ในบ้านหรือวาดตามคำบอก การเรียกชื่อผลไม้และสิ่งของ ตามภาพ การทำท่าทาง หรือทำสีหน้าตามที่บอกเช่นให้ ยกมือ ให้กำมือ ชูนิ้วมือ หรือให้แสดงสีหน้าโกรธ ดีใจ ยิ้ม การใช้นิ้วชี้ นิ้วโป้ง จีบมือ และทำเป็นรูปตัว L สลับกัน ซ้ายขวา การชูนิ้วโป้งสลับกับชูนิ้วก้อย และการพูดตาม ผู้ฝึก และการนับเลข เป็นต้น, การฝึกความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (activities of daily living training; ADL training) เช่น การทบทวนขั้นตอนการทำอาหาร การอาบน้ำ แปรงฟัน หรือการทำงานอื่น ๆ ที่เป็น ขั้นตอน, การนับจำนวนของในบ้าน เช่น จำนวนพัดลม จำนวนตู้ การนับขั้นบันไดเมื่อเดินขึ้น-ลงบันได ฝึกคิดเลข ที่สัมพันธ์กับชีวิตประจำวัน เช่น การซื้อของ การคิดเงิน ทอน โดยกิจกรรมดังกล่าวถูกออกแบบโดยนักกิจกรรม บำบัด โดยการประยุกต์ให้เหมาะสมกับอุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ (adaptive environment) ผ่านหลักการ วิเคราะห์กิจกรรม (activity analysis) ว่าเป็นกิจกรรมที่ ฝึกความบกพร่องของผู้ป่วยได้ ร่วมกับการสังเกตการตอบสนองของผู้ป่วยขณะสอนว่ามีความสามารถตอบสนองต่อการสอนได้ระดับไหน (compensate teaching) จึงทำให้ขั้นตอนการฝึกไม่เป็นแบบแผน ขึ้นกับทักษะของผู้ฝึก โดยการฝึกสมองแบบเดิมจะนัดมาฝึกครั้งละ 40-60 นาที เดือนละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน ทุกครั้งหลังฝึกสมองจะให้ ผู้ป่วยนำกิจกรรมที่สอนไปฝึกทบทวนต่อที่บ้านโดยเฉพาะ กิจกรรมที่ฝึกได้ในชีวิตประจำวัน²⁰

2. การกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยวิธีใหม่ เป็น โปรแกรมแบบฝึกในการพัฒนาสมองเพื่อป้องกันภาวะ สมองเสื่อม จัดทำโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ คณะกรรมการพัฒนาระบบงานผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2563 และชมรมนักกิจกรรมบำบัดเชียงใหม่²¹ การ ฝึกกระตุ้นสมองเริ่มต้นจากระดับง่าย และยากขึ้นตามบท เรียน ได้แก่ การมองภาพสามมิติ การวาดรูปทรง การ สร้างภาพมิติสัมพันธ์ การเรียกชื่อสัตว์ สิ่งของจากภาพ การจดจำรูปภาพ การอ่านคำศัพท์ การทวนตัวเลขกระตุ้น ความจำ และการมีสมาธิ การพูดประโยคเพื่อกระตุ้นภาษา

เป็นต้น ซึ่งจะทำให้การกระตุ้นสมองในรูปแบบบทเรียน ใช้ เวลาฝึกครั้งละ 40-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ทุกครั้งหลังฝึกสมองจะให้ผู้ป่วยนำแบบฝึกหัด ที่สอนไปฝึกทบทวนต่อที่บ้านด้วย

การเก็บข้อมูล (Data collection)

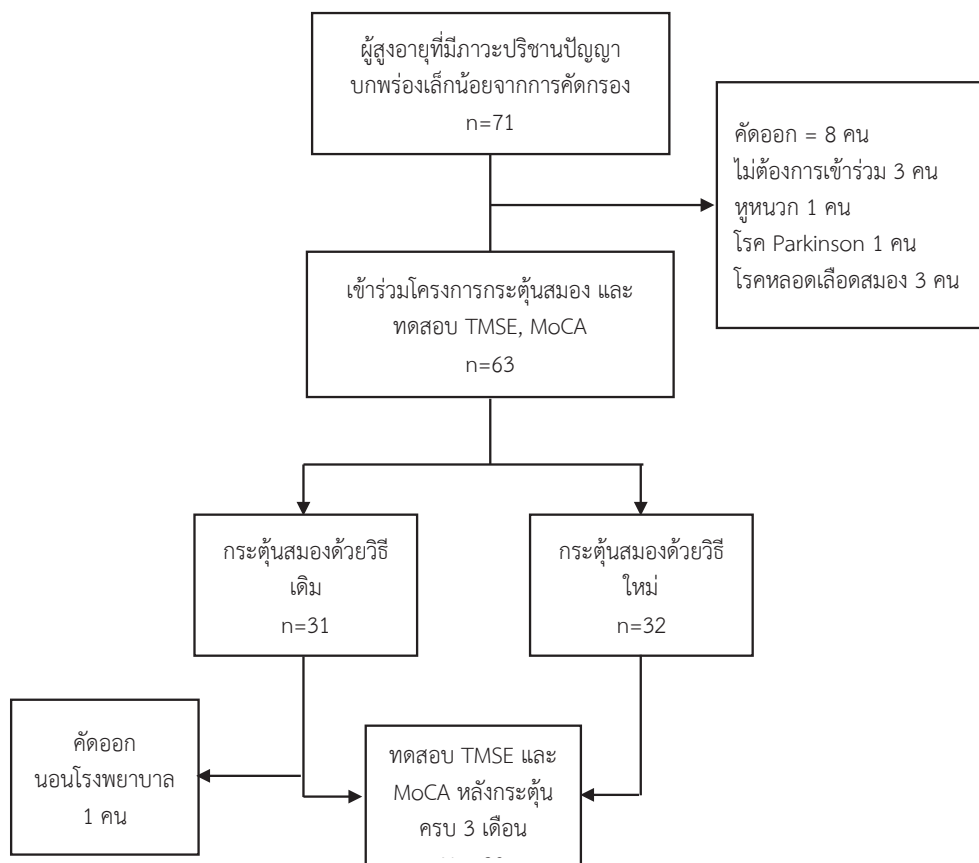
ข้อมูลที่เก็บในการศึกษานี้ ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของ ผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนเริ่มการกระตุ้นสมอง การออกกำลังกาย (แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่มีการออกกำลังกายเลย ออก กำลังกายไม่สม่ำเสมอ และออกกำลังกายสม่ำเสมอคือ ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ต่อเนื่อง 20-30 นาที) ระดับความเครียดและการจัดการกับความเครียด ระยะทางจากบ้านถึง รพ.สต. ความสามารถในการเดิน หรือการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การมีผู้ดูแลหลัก จำนวนครั้งที่เข้าร่วมการกระตุ้นการทำงานของสมองในแต่ละครั้งที่มาเข้าร่วม และคะแนน TMSE และ MoCA ก่อนเริ่ม กระตุ้นการทำงานของสมองและเมื่อครบ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 15 วิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของ 2 กลุ่ม ประชากร ด้วยสถิติเชิงพรรณนา, chi-square และ t-test เปรียบเทียบคะแนน TMSE และ MoCA ก่อนและ หลังการกระตุ้นการทำงานของสมองแต่ละวิธีด้วย paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (mean) คะแนน TMSE และ MoCA ระหว่างสองวิธีการกระตุ้นการทำงานของ สมองโดยใช้ t-test เลขนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะปรีชานปัญญา บกพร่องเล็กน้อย มีจำนวนทั้งสิ้น 63 คน และเข้าร่วมการ ศึกษาวิจัยจนสิ้นสุดการศึกษาวิจัย 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ ได้รับการกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิม 30 คนและวิธีใหม่ 32 คน (แผนภาพที่ 1) ข้อมูลพื้นฐานของประชากรทั้งสอง กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โดยอายุเฉลี่ยคือ 70.3 และ 73.4 ปีในกลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมและวิธีใหม่ ตามลำดับ เป็นเพศชายร้อยละ 26.67 ในกลุ่มกระตุ้น



แผนภาพที่ 1. จำนวนประชากรที่เข้าร่วมศึกษา

สมองด้วยวิธีเดิม ส่วนกลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีใหม่มีสัดส่วนเพศชายและหญิงเท่ากัน ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดัชนีมวลกายมีค่า 21.98 และ 21.30 กก./ม.² ในกลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมและวิธีใหม่ ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรส ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มได้รับการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา และมีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน อาชีพในอดีตของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร โดยผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมากกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพในปัจจุบัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มยังมีความสามารถในการเดินหรือเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเองโดยไม่ใช้เครื่องช่วยเดิน สามารถอ่านออกเขียนได้ มีผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกหลานและคู่สมรส ไม่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และไม่มีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 60 และ 53.1 ในกลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมและวิธีใหม่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มคิดเป็นร้อยละ 76.67 และ 68.75 ในกลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมและวิธีใหม่มีโรคประจำตัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขข้อในหลอดเลือดผิดปกติ และโรคเบาหวาน

โดยมากกว่าร้อยละ 70 มีการใช้ยาประจำ ผู้สูงอายุร้อยละ 56.67 และ 46.88 ในกลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมและวิธีใหม่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ

ด้านความเครียดพบว่าผู้สูงอายุมีความเครียดระดับน้อยร้อยละ 86.67 และ 87.50 ในกลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมและวิธีใหม่ โดยสาเหตุความเครียดมาจากเรื่องรายได้หรือเศรษฐกิจ และเรื่องครอบครัว ผู้สูงอายุมีวิธีการจัดการความเครียดในกลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมใช้วิธีการดูละครหรือฟังวิทยุ ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 40 และ 30 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีใหม่ใช้วิธี พูดคุยกับเพื่อนบ้าน ดูละครหรือฟังวิทยุ 40.6 และ 31.2 ตามลำดับซึ่งไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม (ตารางที่ 1)

ผลจากการฝึกกระตุ้นสมองจนสิ้นสุดการศึกษาพบว่าคะแนนรวม TMSE และ MoCA จากการกระตุ้นสมองทั้งวิธีเดิมและวิธีใหม่มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนน TMSE เพิ่มขึ้น 1.63 คะแนน (p-value 0.001) และ MoCA เพิ่มขึ้น 3.07 คะแนน (p-

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานปัญญาบกพร่องเล็กน้อย

ลักษณะผู้สูงอายุ	กลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิม (n=30)	กลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีใหม่ (n=32)	p-value
อายุ (ปี) (mean ± SD)	70.33±7.12	73.47±7.49	0.097
เพศ			
ชาย	8 (26.67)	16 (50.00)	0.059
หญิง	22 (73.33)	16 (50.00)	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²) (mean±SD)	21.98±2.55	21.30±3.31	0.084
สถานภาพปัจจุบัน			0.840
โสด/หย่า/หม้าย	12 (40.00)	12 (37.50)	
สมรส	18 (60.00)	20 (62.50)	
ระดับการศึกษา			0.604
ไม่ได้เรียน	5 (16.67)	7 (21.88)	
ไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	25 (83.33)	25 (78.13)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			0.829
น้อยกว่า 500	17 (56.67)	19 (59.38)	
500-5,000	13 (43.33)	13 (40.63)	
ระยะทางจากบ้านถึง รพ.สต.* (กม.) (mean±SD)	0.8±0.48	1.17±1.48	0.195
การประกอบอาชีพปัจจุบัน			0.599
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17 (56.67)	16 (50.00)	
ประกอบอาชีพเดิม	13(43.33)	16 (50.00)	
อาชีพ			0.790
เกษตรกร	19 (63.33)	17 (53.13)	
ค้าขาย	2 (6.67)	2 (6.25)	
รับจ้างทั่วไป	6 (20.00)	10 (31.28)	
อาชีพอื่น ๆ	3 (10.00)	3 (9.38)	
ความสามารถในการเดิน			0.642
ไม่ใช่เครื่องช่วยเดิน	25 (83.33)	28 (87.50)	
ใช้เครื่องช่วยเดิน	5 (16.67)	4 (12.50)	
ความสามารถในการอ่านเขียนภาษาไทย			0.485
อ่านออกเขียนได้	23 (76.67)	22 (68.75)	
ไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้	7 (23.33)	10 (31.25)	
มีผู้ดูแล	25 (83.33)	25 (78.13)	0.604
ดื่มแอลกอฮอล์	9 (30.00)	8 (25.00)	0.659
การสูบบุหรี่			0.103
ไม่เคยสูบบุหรี่	18 (60.00)	17 (53.13)	
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	6 (20.00)	13 (40.63)	
สูบบุหรี่ในปัจจุบัน	6 (20.00)	2 (6.25)	
มีโรคประจำตัว	23 (76.67)	22 (68.75)	0.485
มียาที่ใช้ประจำ	21 (70.00)	23 (71.88)	0.871
การออกกำลังกาย			0.674
ไม่ออกกำลังกาย	9 (30.00)	13 (40.63)	
ออกกำลังกายนาน ๆ ครั้ง	17 (56.67)	15 (46.88)	
ออกกำลังกายเป็นประจำ	4 (13.33)	4 (12.50)	

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานปัญญาบกพร่องเล็กน้อย (ต่อ)

ลักษณะผู้สูงอายุ	กลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิม (n=30)	กลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีใหม่ (n=32)	p-value
ระดับความเครียด			0.922
ระดับน้อย	26 (86.67)	28 (87.50)	
ระดับปานกลางถึงสูง	4 (13.33)	4 (12.50)	
สาเหตุความเครียด			0.930
ไม่มีความเครียด	4 (13.33)	6 (18.75)	
ครอบครัว	7 (23.33)	6 (18.75)	
รายได้/เศรษฐกิจ	13 (43.33)	14 (43.75)	
อื่น ๆ	6 (20.00)	6 (18.75)	
วิธีจัดการความเครียด			
นั่งสมาธิ	4 (13.33)	3 (9.38)	0.623
ดูละคร/ฟังวิทยุ	12 (40.00)	10 (31.25)	0.472
ทำอาหาร	2 (6.67)	3 (9.38)	0.696
ทำสวน	9 (30.00)	5 (15.63)	0.176
พูดคุยกับเพื่อนบ้าน/ร่วมกิจกรรมหมู่บ้าน	6 (20.00)	13 (40.63)	0.075
อื่น ๆ	7 (23.33)	7 (21.88)	0.891

*รพ.สต. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

value 0.001) จากการกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิม ส่วนการกระตุ้นสมองด้วยวิธีใหม่พบว่าคะแนน TMSE เพิ่มขึ้น 1.97 คะแนน (p-value 0.004) และ MoCA เพิ่มขึ้น 2.59 คะแนน (p < 0.001) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาคะแนน TMSE แต่ละด้านพบว่าทั้งการกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมและวิธีใหม่ทำให้คะแนนด้าน language เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนน MoCA คะแนนด้าน visuospatial/executive, language และ abstraction เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองวิธีโดยเครื่องมือวัด MoCA ด้าน delay recall โดยวิธีเดิมมีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 1.10 เป็น 1.83 คะแนน (p-value 0.035) แตกต่างจากวิธีใหม่ที่เพิ่มขึ้นจาก 0.78 เป็น 1.34 คะแนน (p-value 0.083) เมื่อพิจารณาคะแนนด้าน delay recall พบว่าคะแนน 1.83 และคะแนน 1.34 คิดจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ในทางปฏิบัติยังถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติต้องได้รับการกระตุ้นไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบความต่างของของคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นระหว่าง 2 วิธี พบว่าคะแนน TMSE กลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมเพิ่มขึ้น 1.63 ± 2.28 คะแนน กลุ่มกระตุ้นสมอง

ด้วยวิธีใหม่เพิ่มขึ้น 1.97 ± 3.54 คะแนน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value 0.661 ในขณะที่คะแนน MoCA กลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมเพิ่มขึ้น 3.07 ± 4.59 คะแนน กลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีใหม่เพิ่มขึ้น 2.59 ± 3.44 คะแนน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value 0.646 เช่นเดียวกัน (ตารางที่ 3)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าทั้งการกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมและการกระตุ้นสมองด้วยวิธีใหม่ต่างมีผลทำให้ผู้ป่วยปริชานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยมีคะแนน TMSE และ MoCA เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการกระตุ้นสมองทั้งสองวิธีล้วนเป็นการกระตุ้นการคิด ความจำ การฝึกสมาธิ ฝึกการอ่านเขียน การใช้ภาษา การคิดเลข และฝึกการวาดรูป ทำให้เกิดการกระตุ้นการทำงานของสมองหลายมิติครอบคลุมทั้งสมองซีกซ้ายซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิด การคำนวณ ความสมเหตุสมผล และภาษา ร่วมกับการกระตุ้นการทำงานของสมองซีกขวาซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิดสร้างสรรค์ และอารมณ์ โดยการทำงานของสมองที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องกระตุ้น

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบคะแนน TMSE และ MoCA ของผู้สูงอายุก่อนและหลังกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมและวิธีใหม่

คะแนนแบบทดสอบ	กลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิม		p-value	กลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีใหม่		p-value
	ก่อนกระตุ้น	หลังกระตุ้น		ก่อนกระตุ้น	หลังกระตุ้น	
TMSE						
Orientation	5.33±0.96	5.63±0.67	0.059	5.38±1.04	5.50±0.88	0.501
Registration	2.93±0.25	3.00±0.00	0.161	2.84±0.10	2.94±0.06	0.447
Attention	3.80±1.86	4.20±1.65	0.149	3.09±2.05	3.41±2.05	0.335
Calculation	1.13±0.94	1.43±1.14	0.174	1.03±0.86	1.22±1.01	0.374
Language	8.63±1.38	9.07±1.17	0.051	8.06±1.76	9.09±1.23	< 0.001
Recall	1.23±1.19	1.37±1.33	0.595	0.94±1.11	1.16±1.02	0.439
Total	23.07±4.73	24.70±4.17	0.001	21.34±4.99	23.31±4.50	0.004
MoCA						
Visuospatial/executive	1.27±1.14	2.03±1.25	0.001	0.94±1.01	2.13±1.39	< 0.001
Naming	2.10±0.85	2.47±0.82	0.125	2.34±0.83	2.50±0.84	0.325
Attention	3.73±1.31	3.37±1.79	0.299	3.59±1.39	3.07±1.92	0.081
Language	0.67±0.76	1.4±1.10	0.001	0.66±0.65	1.19±0.97	0.006
Abstraction	0.37±0.61	1.03±0.81	0.001	0.28±0.58	0.88±0.75	< 0.001
Delayed recall	1.10±1.16	1.83±1.88	0.035	0.78±1.24	1.34±1.38	0.083
Orientation	5.3±1.06	5.47±0.90	0.420	5.38±0.83	5.47±0.84	0.475
Total	15.53±3.92	18.6±5.23	0.001	14.97±4.20	17.56±5.27	< 0.001

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบคะแนน TMSE และ MoCA ของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นหลังการกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมและวิธีใหม่

คะแนนแบบทดสอบที่เพิ่มขึ้น	กลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิม	กลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีใหม่	p-value
TMSE	1.63±2.28	1.97±3.54	0.661
MoCA	3.07±4.59	2.59±3.44	0.646

การทำงานสมองทั้งสองซีกร่วมกันเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงกันของเส้นใยประสาท และเกิดการทำงานของสมองที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพหุปัญญา (Theory of multiple intelligences) ของ Gardner ว่ามนุษย์มีความหลากหลายทางปัญญา การแสดงความสามารถเด่นชัดของปัญญาด้านใดขึ้นกับการพัฒนาและผสมผสานตามลักษณะเฉพาะของบุคคล ภายใต้บริบทของสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรม จึงเกิดความแตกต่างและเอกลักษณ์ทางปัญญาของมนุษย์ ดังนั้นจึงควรพัฒนากิจกรรมเพื่อกระตุ้นหน้าที่ของสมองครอบคลุมทั้งสองซีก²² โดยวิธีการกระตุ้นสมองที่หลากหลายวิธีสอดคล้องกับแนวทางการบำบัดรักษาความบกพร่องความสามารถด้านความรู้ความเข้าใจพื้นฐานด้วยแบบจำลอง Retraining model

ซึ่งอยู่บน 3 ทฤษฎีคือทฤษฎีด้านจิตวิทยาระบบประสาท (neuropsychological) ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ (cognitive theory) และทฤษฎีด้านชีววิทยาระบบประสาท (neurobiological)²⁰ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Valenzuela และคณะ ที่พบว่าการกระตุ้นสมองแม้แต่การเล่นไฟฝึกความจำเท่านั้นก็สามารถทำให้การทำงานของสมองดีขึ้นเมื่อเทียบกับการไม่กระตุ้นเลย¹³ กระบวนการกระตุ้นสมองที่ครอบคลุมหลายด้านในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยในงานวิจัยนี้มีผลที่สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิ นามจันทร์ ทั้งการกระตุ้นสมองด้วยการบำบัด พูดคุย การเรียกชื่อสิ่งของ รวมถึงการวาดภาพ การคำนวณการใช้เงินและมีมติสัมพันธช่วยกระตุ้นการรู้คิดได้ดีในผู้ป่วยปรี

ชานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยถึงปานกลางได้¹² เช่นเดียวกับการศึกษาของจุฑามาศ วงจันทร์ และคณะ ที่ศึกษาโปรแกรมบริหารสมองโดยบริหารแต่ละด้านครอบคลุม 6 ด้านในระยะเวลา 6 สัปดาห์ วัดผลที่ 10 สัปดาห์ หลังกระตุ้นสมองทำให้ความสามารถของสมองด้านการรู้คิดด้านมิติสัมพันธ์ การบริหารจัดการ การเรียกชื่อ ความจดจ่อใส่ใจ และการทวนซ้ำมีคะแนน MoCA ดีขึ้นได้ ต่างกันที่กระบวนการกระตุ้นมีกิจกรรมทางกาย และเน้นประสาทสัมผัสทั้ง 5 มีการร้องเพลง เล่นดนตรีซึ่งเชื่อว่าทำให้เกิดกระตุ้นประสาทส่วน hippocampus และ frontal lobe ที่มีส่วนทำให้ความสามารถด้านความจำดีขึ้น²³

การกระตุ้นสมองแบบเดิมเป็นการกระตุ้นสมองเฉพาะด้านโดยอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะของวิชาชีพ เช่นนักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาหรือพยาบาล งานวิจัยนี้พบว่าได้ผลคะแนน TMSE และ MoCA เฉลี่ยที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของสุกจิตร ตรีกุล ที่พบว่าการกระตุ้นความจำในผู้ป่วยสมองเสื่อมด้วยการฝึกให้จำใบหน้า จำเลข วาดรูป ทำซ้ำ ๆ ใน 4 สัปดาห์ สามารถเพิ่มคะแนน MMSE ได้²⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาของดาวชมพู นาคะวิโร ที่ศึกษาการกระตุ้นสมองแต่ละด้านผ่านกิจกรรมที่จำเพาะ พบว่าการกระตุ้นได้ผลคะแนนด้านภาษาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ด้านความจำและการตัดสินใจยังไม่พบคะแนนที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผ่านเครื่องมือ Verbal fluency-category, digit span และ block design²⁵

การกระตุ้นสมองแบบใหม่เป็นการกระตุ้นสมองเป็นบทเรียน ที่มีแบบแผนชัดเจนเป็นโปรแกรมครอบคลุมการกระตุ้นสมองหลายด้าน เป็นรูปแบบการกระตุ้นสมองที่นิยมในปัจจุบัน งานวิจัยนี้พบว่าหลังการกระตุ้นได้ผลคะแนน TMSE และ MoCA เฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของจิตติมา ดวงแก้ว ที่ศึกษาคะแนนความรู้คิดในผู้สูงอายุบ้านพักคนชราผ่านโปรแกรมกระตุ้นสมองระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีคะแนนความรู้คิดเพิ่มขึ้นจาก 23.80 เป็น 26.90 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Barban และคณะจัดทำโปรแกรมกระตุ้นสมองเป็น software ครอบคลุมการทำงานของสมองครบทุกด้านผ่าน 24 บทเรียน ครั้งละ

60 นาที 2 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 3 เดือน พบว่าคะแนน MMSE ดีขึ้น²⁷ เป็นไปในทางเดียวกับการจัดทำโปรแกรม group base multicomponent cognitive intervention ของ Buschert และคณะที่พบว่าผล MMSE ให้คะแนนที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน²⁸ อย่างไรก็ตามมีข้อคัดค้านจากการศึกษาของ Jeong และคณะ ที่ทำ group base multicomponent cognitive training ผ่าน 24 บทเรียน ครั้งละ 90 นาที 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่พบคะแนน cognitive เพิ่มขึ้นด้วยแบบทดสอบ MMSE²⁹

สำหรับระยะเวลาในการกระตุ้นสมองยังไม่มีหลักฐานชัดเจนถึงความเหมาะสม³⁰ อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Valenzuela และคณะก็พบว่าการเล่นไฟฝึกความจำ ฝึกสมาธิ ใช้การคิดแก้ไขปัญหาและฝึกมิติสัมพันธ์สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองอย่างมีนัยสำคัญเมื่อกระตุ้นสมองในระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน และผลลัพธ์ดังกล่าวมีผลต่อเนื่องในระยะเวลา 2 ปี¹³ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Park ใช้กิจกรรมทางกายเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมองในช่วงระยะเวลา 3 เดือนก็พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงคะแนน MMSE ในด้านความจำและการจัดการเช่นกัน³¹ แตกต่างกับการศึกษาของ Woods และคณะ ที่พบว่าการกระตุ้น cognition ด้วย cognitive training และ education training รวม 40 ชั่วโมงแต่ไม่สามารถเพิ่มความสามารถด้านสมาธิ การพูด ความจำและมิติสัมพันธ์ได้เมื่อเทียบกับการกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้า¹⁴ ส่วนการศึกษาของ Kulason และคณะพบผลการศึกษาคัดแย้งกับงานวิจัยนี้ด้วย ถึงแม้จะกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยวิธีคิดเลขอย่างง่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซึ่งเชื่อว่ามีโอกาสมีภาวะปริชานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยก็ไม่พบว่าคะแนน MMSE แตกต่างกัน แม้ว่า จะมีความจำที่ดีขึ้นก็ตาม¹⁵

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมกับการกระตุ้นสมองด้วยวิธีใหม่ในการศึกษานี้ ไม่พบประสิทธิภาพที่แตกต่างจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นของคะแนน TMSE และ MoCA ซึ่งเมื่อพิจารณาผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มพบว่ามีความผิดปกติด้านความจำและสมาธิเป็นส่วนใหญ่เช่นเดียวกันทั้งสองกลุ่ม ทำให้กลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นสมองวิธีเดิมมีการเน้น

กระตุ้นความจำ และสมาธิมากเป็นพิเศษในขณะที่กลุ่มกระตุ้นสมองด้วยวิธีใหม่ได้รับการฝึกสมองทุกด้านที่ครอบคลุมด้านความจำและสมาธิอย่างเป็นระบบและมีแบบแผน ดังนั้นจึงไม่พบความแตกต่างด้านประสิทธิภาพของทั้งสองวิธี อย่างไรก็ตามการกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมเป็นการกระตุ้นสมองโดยเน้นการฝึกความสามารถของสมองในด้านที่ผู้ป่วยบกพร่องเป็นสำคัญ มีกิจกรรมที่เสริมทักษะที่หลากหลาย ประยุกต์ใช้โดยไม่มีแบบแผนที่เป็นระเบียบชัดเจนนัก รวมทั้งความถี่ในการฝึกกระตุ้นสมองน้อยกว่าคือ 1 ครั้งใน 2 สัปดาห์ จึงลดภาระการทำงานของเจ้าหน้าที่ เช่นเดียวกับการลดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพาผู้สูงอายุเข้ารับการกระตุ้นสมองในสถานบริการสุขภาพด้วย ดังนั้นการกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมจึงเหมาะสมในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน หรือ รพ.สต. ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและเวลา ส่วนโปรแกรมการกระตุ้นสมองแบบใหม่ที่เน้นการฝึกความสามารถของสมองทุกด้าน และเป็นแบบแผนมีลำดับความยากง่ายโดยมีระยะเวลาการฝึก 1 ครั้งทุกสัปดาห์ต่อเนื่อง 10 สัปดาห์เป็นกระบวนการฝึกกระตุ้นสมองที่เป็นขั้นตอน แบบฝึกสมองเข้าใจง่าย มีรูปแบบชัดเจนจึงทำให้การทำงานของเจ้าหน้าที่สะดวกและง่าย แต่ความถี่ในการฝึกกระตุ้นสมองอาจเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการฝึกกระตุ้นสมองในสถานบริการสุขภาพและเพิ่มภาระเจ้าหน้าที่ ประกอบกับแบบกระตุ้นสมองมีเนื้อหาเยาะ และใช้วัสดุในกระบวนการวาด การเขียนมากกว่า การเลือกวิธีการฝึกกระตุ้นการทำงานของสมองที่เจาะจงด้านที่บกพร่อง และใช้ความถี่ในการฝึกกระตุ้นน้อยกว่าอาจมีประโยชน์มากกว่า ทั้งนี้ขึ้นกับความถนัดและทักษะของผู้ฝึกกระตุ้นการทำงานของสมองด้วย

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ การศึกษานี้เป็น single-blinded study เนื่องจากไม่สามารถทำการปิดบังนักกิจกรรมบำบัดที่ทำการกระตุ้นการทำงานของสมอง จึงอาจส่งผลให้เกิดอคติ (bias) ระหว่างการกระตุ้นสมองได้ในการศึกษาครั้งต่อไปหากมีการแยกความบกพร่องด้าน

การทำงานของสมองก่อนการกระตุ้นร่วมด้วย และเพิ่มกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะปรีชานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยที่ไม่ได้รับการกระตุ้นสมองทั้งสองวิธีมาเปรียบเทียบคะแนนทดสอบการทำงานของสมองด้วยจะทำให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น การศึกษานี้วัดผลที่ระยะเวลา 3 เดือนหลังจากเริ่มการกระตุ้นการทำงานของสมอง การศึกษาที่วัดผลปรีชานปัญญาในระยะยาวอาจพบความแตกต่างของคะแนนการทดสอบทางประสาทจิตวิทยาได้ชัดเจนมากขึ้น

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อเป็นแนวทางการกระตุ้นสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานปัญญาบกพร่องเล็กน้อยของโรงพยาบาลได้ และสามารถเลือกวิธีการฝึกกระตุ้นสมองผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และ รพ.สต.ได้

สรุปผล

การกระตุ้นสมองด้วยวิธีเดิมและวิธีใหม่มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งสองวิธีสามารถเพิ่มคะแนน TMSE และ MoCA ได้ในระยะเวลา 3 เดือน และสามารถเพิ่มคะแนนด้าน language เมื่อทดสอบด้วย TMSE เช่นเดียวกับการเพิ่มคะแนนด้าน visuospatial/executive, language และ abstraction เมื่อทดสอบด้วย MoCA การเลือกใช้วิธีการฝึกกระตุ้นสมองอาจพิจารณาบริบทความพร้อมทางด้านบุคลากร ทรัพยากร และเวลาร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่เป็นแหล่งฝึกทักษะด้านวิชาการและสถิติ ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลจอมทองที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลและศึกษาวิจัยรวมทั้งเครื่องมือการกระตุ้นสมอง ตลอดจนขอบคุณงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลจอมทอง รพ.สต. ในเขตบริการของโรงพยาบาลจอมทอง และขอบคุณนักกิจกรรมบำบัดโรงพยาบาลจอมทองที่สนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ภรณวิทย์ อนันต์ดิกลฤทธิ. ภาวะสมองเสื่อม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15:392-8.
2. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม clinical practice guideline: Dementia. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2557. หน้า 11-21, 23-28, 99-110.
3. มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2544. หน้า 35-44.
4. อรรถพรณ์ คูหา, จิตนภา วาณิชวโรตม์, บุรีณี บุญมีพิพิธ, นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. โครงการการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
5. สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, ไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล, ชัยยศ คุณาบุสนธ์, วิพุธ พูลเจริญ. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2542. หน้า 58-66.
6. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Ganguli M, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2018;90:126-35.
7. Naomi R. Kass, Marco Pares. Ferri's Clinical Advisor 2022. In: Ferri F, editor. Subjective cognitive decline. Philadelphia: Elsevier; 2022. p. 1434.
8. ชาญรัตน์ อนันทสินทวี, แสงสุลี ธรรมไกรสร, พัฒนศรี แสงสุวรรณ. คู่มือป้องกันในผู้สูงอายุ ยากันลืม. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2557. หน้า 6-10.
9. อาทิตยา สุวรรณ, สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. Prevalence and Factors Associated with Dementia among Elderly in Lakhok Subdistrict, Muang District, Pathumtani Provinc. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 2559;5:21-32.
10. ชาญรัตน์ อนันทสินทวี, แสงสุลี ธรรมไกรสร, พัฒนศรี แสงสุวรรณ. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Systematic review of dementia prevention in elderly). โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. 2557.
11. Reitz C, Tang M-X, Manly J, Mayeux R, Luchsinger JA. Hypertension and the risk of mild cognitive impairment. Arch neurol. 2007;64:1734-40.
12. รักษิณี นามจันทรา. การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม Rehabilitation of elders with dementia. วารสารมก.วิชาการ. 2553;14:137-50.
13. Valenzuela M, Sachdev P. Can cognitive exercise prevent the onset of dementia? Systematic review of randomized clinical trials with longitudinal follow-up. Am J Geriatr Psychiatry. 2009;17:179-87.
14. Woods AJ, Cohen R, Marsiske M, Alexander GE, Czaja SJ, Wu S. Augmenting cognitive training in older adults (The ACT Study): Design and Methods of a Phase III tDCS and cognitive training trial. Contemp Clin Trials. 2018;65:19-32.
15. Kulason K, Nouchi R, Hoshikawa Y, Noda M, Okada Y, Kawashima R. The beneficial effects of cognitive training with simple calculation and reading aloud (SCRA) in the elderly postoperative population: a pilot randomized controlled trial. Front Aging Neurosci. 2018;10:68.
16. Sherman DS, Mauser J, Nuno M, Sherzai D. The efficacy of cognitive intervention in mild cognitive impairment (mci): a meta-analysis of outcomes on neuropsychological measures. Neuropsychol Rev. 2017;27:440-84.
17. ศิริมา เขมะเพชร, รจนา หอมดี. การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม Health promotion for preventing dementia. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2020;12:457-63.
18. Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar HJ, Aleman A, Vanhees L. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev. 2008(3):CD005381.
19. Sydenham E, Dangour AD, Lim WS. Omega 3 fatty acid for the prevention of cognitive decline and dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2012(6):CD005379.
20. พิรยา มั่นเขตวิทย์, เพื่อนใจ รัตตากร, ศุภลักษณ์ เข้มทอง, สายฝน ชาวล้อม. การบำบัดรักษาทางกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องของการรับรู้และความรู้ความเข้าใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553. หน้า 57-67.
21. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, คณะกรรมการพัฒนาระบบงานผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่, ชมรมนักกิจกรรมบำบัดเชียงใหม่. แบบฝึกในการพัฒนาสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2563.
22. ปัญญา วรวัฒน์ชัย. กลไกสมองสองซีกกับความคิดสร้างสรรค์ของมนุษย์. วารสารสารสนเทศ. 2559;15:1-11.
23. จุฑามาศ วงจันทร์, มยุรี ลีทองอิน, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล. 2563;35:70-84.
24. สุภจิตร ตรีกุล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฝึกความจำสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
25. ดาวชมพู นาคะวิโร, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, พัฒนศรี ศรีสุวรรณ, อรรถพรณ์ แอปไชสง, ภัทรา สุดสาคร, จารุณี วิทยาจักษ์, และคณะ. การกระตุ้นความสามารถสมองด้าน

- ทักษะการจัดการความใส่ใจ ความจำและมิติสัมพันธ์ในผู้ที่มี
สมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น Group-Based training
of executive function, attention, memory and
visuospatial function(Team-V) in patients with mild
neurocognitive disorder. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย. 2560;62:337-48.
26. จิตติมา ดวงแก้ว, ศิริพันธุ์ สาสตัย. ผลของโปรแกรมการฝึก
การรู้คิดต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในสถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐ
The effect of cognitive training program on cogni-
tive function in mild cognitive impairment older
people in govermental welfare home for the aged.
วารสารพยาบาลตำรวจ. 2561;10:12-20.
 27. Barban F, Annicchiarico R, Pantelopoulos S, Fed-
erici A, Perri R, Fadda L, et al. Protecting cognition
from aging and Alzheimer's disease: a computer-
ized cognitive training combined with reminiscence
therapy. Int J Geriatr Psychiatry. 2016;31:340-8.
 28. Buschert VC, Frieze U, Teipel SJ, Schneider P, Mer-
ensky W, Rujescu D, et al. Effects of a newly devel-
oped cognitive intervention in amnesic mild cog-
nitive impairment and mild Alzheimer's disease: a
pilot study. J Alzheimers Dis. 2011;25:679-94.
 29. Jeong JH, Na HR, Choi SH, Kim J, Na DL, Seo SW, et al.
Group- and Home-Based Cognitive Intervention for
Patients with Mild Cognitive Impairment: A Rando-
mized Controlled Trial. Psychother Psychosom.
2016;85:198-207.
 30. พิชญ์พิไล ไชยวงศ์, เพื่อนใจ รัตตากร, ปิรยา มั่นเขตวิทย์. ผล
ของโปรแกรมฝึกความคิดความเข้าใจต่อความสามารถด้าน
ความคิดความเข้าใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สงสัย
ว่ามีภาวะสมองเสื่อม. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่.
2015;48:182-91.
 31. Park H, Park JH, Na HR, Hiroyuki S, Kim GM, Jung
MK, et al. Combined intervention of physical activ-
ity, aerobic exercise, and cognitive exercise inter-
vention to prevent cognitive decline for patients
with mild cognitive impairment: a randomized con-
trolled clinical study. J Clin Med. 2019;8:940.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดนครราชสีมา

เฉลิมชัย ตีสระวินิจ, พบ., อว.เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา

ผู้รับผิดชอบบทความ:

เฉลิมชัย ตีสระวินิจ, พบ.,
อว.เวชศาสตร์ครอบครัว,
กลุ่มงานบริการทางการแพทย์
โรงพยาบาลบัวใหญ่ ต. บัวใหญ่
อ. บัวใหญ่ จ.นครราชสีมา,
30120, ประเทศไทย
Email: chadesaravinid@
gmail.com

Received: January 3, 2022;

Revised: February 15, 2022;

Accepted: September 2, 2022

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์: พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสำคัญในการป้องกันและจัดการโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างคือบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 262 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 6 ฉบับ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา: พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 39.41$, $SD = 7.60$) ปัจจัยที่สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง คือ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.64$, $p < 0.001$; $r = 0.38$, $p < 0.001$; และ $r = 0.37$, $p < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเครียดและอายุ ($r = -0.60$, $p < 0.001$; และ $r = -0.36$, $p < 0.001$ ตามลำดับ)

สรุป: การวิจัยครั้งนี้ค้นพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นประโยชน์ต่อบุคคลากรทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: บุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด

ORIGINAL ARTICLE

Factors Related to Self-Care Behavior Among People at Risk of Stroke in Nakhon Ratchasima Province

Chalermchai Desaravinid, MD., Dip.Thai Board of Family Medicine

Medical service department, Bua Yai Hospital, Nakhon Ratchasima, Thailand

Corresponding author :

Chalermchai Desaravinid, MD.,
Bua Yai District, Nakhon
Ratchasima 30120, Thailand
Email: chadesaravinid@gmail.
com

Received: January 3, 2022;

Revised: February 15, 2021;

Accepted: September 28, 2022

ABSTRACT

Background and Objective: Self-care behavior is an essential concept for preventing and managing stroke. This study aimed to explore the factors related to self-care behavior among people at risk of stroke in Nakhon Ratchasima Province

Methods: A correlation study was conducted. Two hundred and sixty-two participants were recruited by using a simple sampling technique from the public health-promoting hospital, Nakhon Ratchasima Province, Thailand. Data were collected using six questionnaires from July to October 2021. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

Results: The results revealed that people at risk of stroke had a moderate level of self-care behavior ($M = 39.41$, $SD = 7.60$). The factors that positively significant correlated to self-care behavior among people at risk of stroke were warning symptoms of stroke, social support, and monthly income ($r = 0.64$, $p < 0.001$; $r = 0.38$, $p < 0.001$; and $r = 0.37$, $p < 0.001$ respectively). The factors that significantly negatively correlated to self-care behavior among people at risk of stroke were stress and age ($r = -0.60$, $p < 0.001$; and $r = -0.36$, $p < 0.001$ respectively)..

Conclusion: The findings of this study indicate that healthcare providers could utilize these empirical data regarding factors related to self-care behavior among people at risk of stroke to plan and prevent strokes among people at risk of stroke living in communities.

Keywords: people at risk of stroke, self-care behavior, warning symptoms, social support, stress

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะหลงเหลือความพิการหรือประสบกับปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและทรงตัวลำบาก ประสาทการรับรู้ลดลง และพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว¹ โดยสาเหตุของโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันคอเลสเตอรอล โรคหัวใจ² และการมีพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม³

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง คือ วิธีการปฏิบัติตนของแต่ละบุคคลเพื่อป้องกันและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การงดหรือลดดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ การลดความเครียด และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง⁴⁻⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีความรู้การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง และไม่ทราบวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง⁶ หากบุคคลกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองที่ไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต⁷ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความพิการ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น และการเสียชีวิต⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายใต้ทฤษฎีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของ แรเจล และคณะ (Theory of self-care of chronic illness)⁸ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม และความเครียด โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองในระดับที่แตกต่างกัน เช่น มีการศึกษาพบว่าอายุ รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁹⁻¹⁰ การรับรู้การมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มผู้สูงอายุ¹¹ ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน¹⁰ ดังนั้น ปัจจัยเหล่านี้จึงควรนำมาศึกษาในบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

เมื่อพิจารณาตามบริบทพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา บุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังมีวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเด็นการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวหรือไขมันสูง การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา³ อย่างไรก็ตามงานวิจัยในอดีตมุ่งศึกษาพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในแต่ละโรคที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เกิดช่องว่างขององค์ความรู้และมุมมองในการดูแลของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับชุมชน ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนครราชสีมา

สมมุติฐานวิจัย

1. รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนครราชสีมา
2. อายุ และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของ แรเจล และคณะ (Theory of self-care of chronic illness)⁸ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาพัฒนากรอบแนวคิดและคัดสรรตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังแสดงในรูปที่ 1

วิธีดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation study)

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

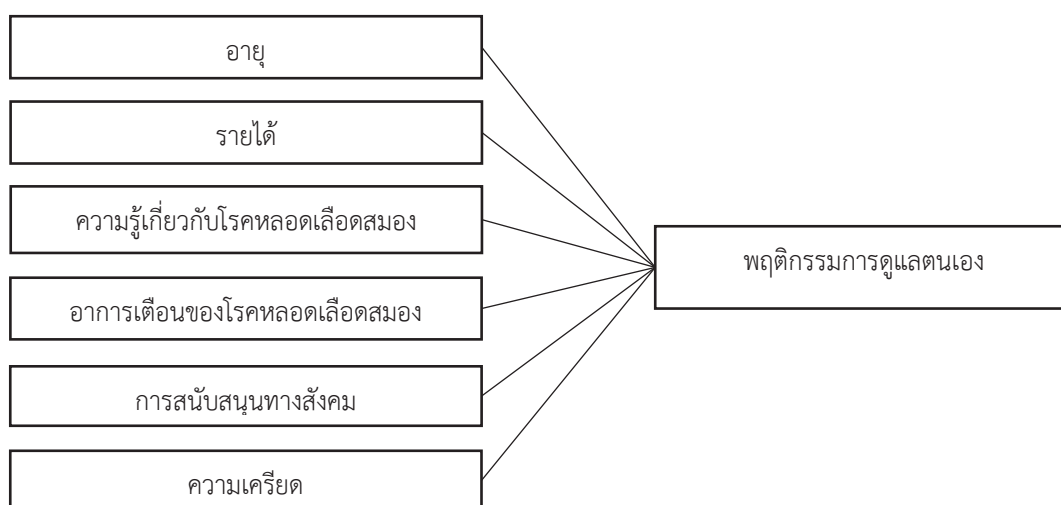
ตัวอย่าง คือ บุคคลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation มารับบริการคลินิกความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครราชสีมา

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาจากลักษณะทางภูมิศาสตร์ของจังหวัดนครราชสีมา แบ่งการปกครองออกเป็น 32 อำเภอ ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลทั้งหมดจำนวน 348 แห่ง ผู้วิจัยสุ่มเลือกอำเภอที่จะทำการศึกษาโดยอันดับแรกใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ให้ได้ 10 อำเภอ ลำดับถัดมาทำการสุ่มหาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของแต่ละอำเภอด้วยการสุ่มตัวอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้จำนวน 10 แห่ง สุดท้ายจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 26-27 คน ตามคุณสมบัติการคัดเลือกที่กำหนดไว้จนกว่าจะครบตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

กำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้วิธีการวิเคราะห์ค่าอำนาจ (power analysis) ตามแนวคิดของ Cohen¹² การศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ จำนวนตัวแปรอิสระ 7 ตัวแปร คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size, ES) จากค่า R^2 ของตัวแปรที่ศึกษาด้วยโปรแกรม G*Power จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา⁹ พบว่าความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง มีค่า R^2 เท่ากับ 0.20 ดังนั้นการศึกษานี้กำหนด R^2 เท่ากับ 0.20 ค่ากำลังทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.95 และระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 262 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เพศชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจขาดเลือดหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation 3) มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ



รูปที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

ตำบล จังหวัดนครราชสีมา ตามแพทย์นัด 4) สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่ต้องส่งตัวเข้ารับการรักษารับด่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ และค่าดัชนีมวลกาย

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตำแหน่งการเกิดโรค สาเหตุ อาการและอาการแสดง วิธีการรักษา และผลกระทบของโรค ประกอบไปด้วยข้อความ จำนวน 15 ข้อ เลือกตอบแบบ ใช่ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามทราบเกี่ยวกับข้อความนั้นว่าเป็นจริง และ ไม่ใช่ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามทราบเกี่ยวกับข้อความนั้นว่าไม่เป็นจริง ข้อที่ตอบถูกให้ 1 คะแนน ส่วนที่ที่ตอบผิดให้ 0 คะแนน ช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน ผลรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0-5 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองต่ำ คะแนน 6-10 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองปานกลาง คะแนน 11-15 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสูง

3. อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับอาการเตือนของโรค ประกอบด้วยข้อความจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) จนถึง 4 (เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 7-35 คะแนน ผลรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 7-16 หมายถึง รับรู้ว่าการเตือนนั้น ๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองน้อย คะแนน

17-26 หมายถึง รับรู้ว่าการเตือนนั้น ๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองปานกลาง ส่วนคะแนน 27-35 หมายถึง รับรู้ว่าการเตือนนั้น ๆ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก

4. การสนับสนุนทางสังคม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม พัฒนาขึ้นโดยไซเมท และคณะ¹³ แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ณัททัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์¹⁴ เพื่อประเมินการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งประโยชน์ 3 แหล่ง คือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ มีข้อความทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12-84 คะแนน ผลรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 12-36 หมายถึง มีการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมต่ำ คะแนน 37-61 หมายถึง มีการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ส่วนคะแนน 62-84 หมายถึง มีการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมสูง

5. ความเครียด ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเครียด พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดกุล และคณะ¹⁵ มีข้อความจำนวน 20 ข้อ หากเหตุการณ์ใดไม่ได้เกิดขึ้นให้ข้ามข้อนั้นไป และให้ 0 คะแนนในข้อนั้น แต่หากมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นกับผู้ตอบ ให้ประเมินว่ามีความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นอย่างไร การให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด ไปจนถึง 5 หมายถึง เครียดมากที่สุด คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน ผลรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0-23 หมายถึง เครียดน้อย คะแนน 24-41 หมายถึง เครียดปานกลาง คะแนน 42-61 หมายถึง เครียดสูง และ คะแนน 62 ขึ้นไป หมายถึง เครียดรุนแรง

6. พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การลดความเครียด และการรับประทานยาและรับการตรวจตามแพทย์สั่ง จำนวนข้อความ 25 ข้อ

การให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ ไปจนถึง 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-75 คะแนน ผลรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0-25 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ คะแนน 26-50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง ส่วนคะแนน 51-75 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมประสาท 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน ภายหลังปรับแก้ข้อคำถาม พบมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือวิจัย โดยการเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยเครื่องมือวิจัยรายการที่ 2 ใช้การหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 21 (Kuder Richardson-21: KR-21) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 ส่วนเครื่องมือวิจัยรายการที่ 3-6 ใช้การตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.82, 0.88, 0.92, และ 0.90 ตามลำดับ แสดงว่าเครื่องมือวิจัยรายการที่ 2-6 มีความตรงและความเที่ยงเหมาะสมกับการนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (NRPH 036) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเก็บรักษาไว้เป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยสืบค้นรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติการรักษาและนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มารับบริการ ในวันที่เก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยขอความร่วมมือในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตนเอง ใช้เวลาคนละประมาณ 30-45 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Statistics Package for Social Sciences version 22 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาค้างนี้ จำนวน 262 คน (ร้อยละ 100) มีอายุเฉลี่ย 59.16 ปี (standard deviation: SD = 9.14) รายได้เฉลี่ย 7,073.28 บาท/เดือน (SD = 4,912.98) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 19.15 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (SD = 9.79) ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยเฉลี่ย เท่ากับ 7.87 ปี (SD = 5.83) ข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ดังแสดงในตาราง 1

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่

อายุ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 59.16 (SD = 9.14) ช่วงอายุระหว่าง 30 – 86 ปี

รายได้ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 7,073.28 บาท (SD = 4,912.98) ช่วงระหว่าง 0-35,000 บาท/เดือน กลุ่มตัวจำนวน 153 คน (ร้อยละ 58.4) มีรายได้ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับดีมาก (M = 12.91, SD = 2.34) ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด (258 คน,

ตารางที่ 1. ข้อมูลทางประชากร (Demographic data)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	146 (55.70)
ชาย	116 (44.30)
สถานภาพสมรส	
คู่	212 (81.00)
โสด	25 (9.50)
หม้าย/หย่า	25 (9.50)
ศาสนา	
พุทธ	253 (96.60)
คริสต์	7 (2.70)
อิสลาม	2 (0.80)
อาชีพ	
เกษตรกร	99 (37.80)
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	58 (22.20)
ว่างงาน	53 (20.20)
รับจ้างทั่วไป	42 (16.00)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10 (3.80)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	196 (74.80)
มัธยมศึกษาตอนต้น	22 (8.40)
ไม่ได้เรียนหนังสือ	20 (7.60)
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ	9 (3.40)
อนุปริญญา หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	8 (3.10)
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	7 (2.70)
การสูบบุหรี่	
ไม่สูบ	218 (83.21)
สูบ	44 (16.79)
โรคประจำตัว	
เบาหวาน	189 (72.20)
เบาหวาน และความดันโลหิตสูง	36 (13.70)
ความดันโลหิตสูง	30 (11.50)
โรคหัวใจขาดเลือดหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ	4 (1.50)
ไขมันในเลือดสูง	3 (1.10)

ร้อยละ 98.50) คือ เมื่อมีอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาต ควรไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษาให้เร็วที่สุด ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด (150 คน, ร้อยละ 57.30) คือ คนผมไม่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือ ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย (118 คน, ร้อยละ 45.00) ตามลำดับ

อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การที่เป็นสัญญาณเตือนต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ($M = 32.74$, $SD = 4.55$) โดยอาการที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเป็นสัญญาณเตือนต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คือ ปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุอย่างทันทีทันใด (226 คน, ร้อยละ 86.30) รองลงมาคือ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขา ข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใด

ตารางที่ 2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n = 262)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ช่วงคะแนน	M	SD	การแปลผล
การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	3-9	8.88	0.64	สูง
การออกกำลังกาย	0-12	7.85	3.01	ปานกลาง
การสูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่	0-9	3.67	1.67	ปานกลาง
การรับประทานอาหาร	0-20	10.15	4.27	ปานกลาง
การลดความเครียด	0-9	5.86	1.47	ปานกลาง
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0-9	5.93	1.23	ปานกลาง
คะแนนรวม	11-61	39.34	7.66	ปานกลาง

(219 คน, ร้อยละ 83.60) และอาการสับสน มึนงง อย่างหนักหน่วง (217 คน, ร้อยละ 82.80) ตามลำดับ

การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี (M = 74.24, SD = 8.04) โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากสมาชิกในครอบครัว รองลงมาคือบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อน ๆ ตามลำดับ

ความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง (M = 71.26, SD = 21.80) โดยเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือ ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน (217 คน, ร้อยละ 48.50) รองลงมาคือ เงินไม่พอใช้จ่าย (214 คน, ร้อยละ 47.30) และปวดหัวจากความตึงเครียด (82 คน, ร้อยละ 31.30) ตามลำดับ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (M = 39.34, SD = 7.66) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองได้แต่ไม่สม่ำเสมอ ในด้านการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการลดความเครียด ยกเว้นการรับประทานยาและรับการตรวจตามแพทย์สั่งที่กลุ่มตัวอย่างทำได้สม่ำเสมอ คะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านแสดงไว้ในตาราง 2

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม และรายได้ มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับปานกลางถึงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.64, p < 0.001$; $r = 0.38, p < 0.001$; $r = 0.37, p < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนความเครียดและอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับปานกลางถึงสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.60, p < 0.001$; $r = -0.36, p < 0.001$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($r = 0.04, p > 0.05$; $r = 0.09, p > 0.05$) ดังตาราง 3

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix) ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n = 262)

ปัจจัย	r	p
อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	0.64	0.00
การสนับสนุนทางสังคม	0.38	0.00
รายได้	0.37	0.00
ความเครียด	-0.60	0.00
อายุ	-0.36	0.00
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0.09	0.16

ตารางที่ 4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (n = 262) ในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. อายุ	1						
2. รายได้	-0.40**	1					
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	-0.08	-0.04	1				
4. อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	-0.32**	0.28**	0.31**	1			
5. การสนับสนุนทางสังคม	-0.01	0.19**	0.02	0.32**	1		
6. ความเครียด	-0.25**	0.21**	0.11	0.52**	0.37**	1	
7. พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง	-0.36**	0.37**	0.09	0.64**	0.38**	-0.60**	1

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนทางสังคม รายได้ ความเครียด และอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่สามารถดูแลตนเองได้และส่วนใหญ่ร้อยละ 74.80 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาที่สามารถอ่านเขียนได้ จึงอาจเข้าใจในข้อมูลและการส่งเสริมให้ดูแลตนเองบางส่วนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาในอดีต⁶ ที่พบว่าบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ได้แก่ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ การรับประทานอาหาร การลดความเครียด และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บ่งบอกว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองบางส่วน สอดคล้องกับการศึกษาในอดีต⁶ พบว่าร้อยละ 10-30 ของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองยังมีพฤติกรรมการณ์รับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13-17 ไม่ทราบวิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้

ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลตนเอง การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการควบคุมอาหาร⁴ ยกเว้นด้านการรับประทานยาตามแพทย์สั่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81 อาศัยอยู่กับคู่สมรส จึงได้รับแรงสนับสนุนในการดูแลตนเองรวมถึงการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของดาลิม่า ส่าแดงสาร และคณะ¹⁶ ที่พบว่าสถานภาพสมรสและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง บ่งบอกว่าบุคคลที่มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นสัญญาณเตือนต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการณ์เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาในอดีต¹⁷ ที่พบว่า การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนการรับรู้อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองทั้งในด้านการป้องกันโรค การตรวจสุขภาพ และการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ⁵

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด

โรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้สึกรู้เกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ครอบครัว บุคคลกรทางการแพทย์ และเพื่อน ๆ ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁸ ที่พบว่าการรับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีช่วยสร้างความมั่นใจต่อการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังได้ ทั้งนี้เพราะความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล⁸ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹⁹ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าจะช่วยส่งเสริมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ด้วย

รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,073.28 บาท แสดงให้เห็นว่ารายได้มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างมีรายได้สูงจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ดีขึ้นไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁰ ที่พบการมีรายได้ต่ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งด้านการควบคุมโรค การจัดเตรียมอาหาร และการไปรับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งนี้อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง โดยเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน เงินไม่พอใช้จ่าย และปวดศีรษะจากความตึงเครียด แสดงให้เห็นว่าความเครียดเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่พบว่า ความเครียดเป็นสาเหตุของการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจที่ไม่เหมาะสม โดยการไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง

การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม และขาดการออกกำลังกาย²¹ เป็นต้น

อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง บ่งบอกถึงการมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองลดลง ทั้งนี้อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 59.16 ปี ซึ่งเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ จึงอาจมีผลต่อการรับรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค รวมถึงพยาธิสรีระที่เปลี่ยนแปลงอาจมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายที่ทำให้เกิดโรคได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁴ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เฉลี่ย 7.87 ปี ช่วงระหว่าง 1-30 ปี จึงอาจได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกันโรคแทรกซ้อน และการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคมาบางส่วน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับดีมาก อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้อาจแตกต่างจากการศึกษาในอดีต⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับดี และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ยังมีการพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมโรค²²

ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การศึกษาเพียงในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาจึงทำให้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อื่น ๆ ในประเทศไทย และการศึกษาตัวแปรอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการสอบถามอาการที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

เท่านั้น อาจมีข้อจำกัดในการระบุถึงอาการที่เกิดขึ้นจริงกับกลุ่มตัวอย่างที่อาจแตกต่างจากการประเมินอาการโดยบุคลากรทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและสนับสนุนให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการคลินิก ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น ออกกำลังกายเป็นประจำ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และงดสูบบุหรี่หรืออยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ การลดความเครียด และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างต่อเนื่อง

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสุขภาพควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยพิจารณาตามระดับอายุและความสามารถในการรับรู้ของบุคคลในแต่ละวัย และส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และจัดหากิจกรรมที่ช่วยลดความเครียดให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละรายให้เหมาะสม

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลกลุ่มเสี่ยงในระดับชุมชน โดยองค์ประกอบของโปรแกรมควรประกอบด้วย พฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และวิธีการจัดการกับความเครียด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้ง 10 แห่ง ในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ รพ.สต. ตำบลหนองพะลาน รพ.สต. ตำบลโคกสี รพ.สต. ตำบลโดนด รพ.สต. ตำบลมะเกลือเก่า รพ.สต. ตำบลหินโคน รพ.สต. ตำบลตลาดแค รพ.สต. ตำบลบ่อทอง รพ.สต. ตำบลพลับพลา รพ.สต. ตำบลคลองตะแบก และรพ.สต. ตำบลด่านจาก ที่ให้ความร่วมมือในการประสานเก็บข้อมูล และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาอันมีค่าและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Chandra A, Stone R, Du X, Li A, Huber M, Bremer R, Ding Y. The cerebral circulation and cerebrovascular disease III: Stroke. *Brain circulation*. 2017;3: 66-77.
2. Virani S, Alonso A, Benjamin J, Bittencourt S, Callaway W, Carson P, Delleng N. Heart disease and stroke statistics-2020 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2020;141:e139-596.
3. Suttisrisin C. Factors effecting to disease prevention behaviors in risk group for stoke at Chaloe Phra Kiat Hospital, Nakhon Ratchasima Province. *Thai Health Science Journals*. 2018;25:5-15.
4. Channuan S, Panomai N. Perception and self-care behavior to prevent stroke in diabetic patients at Khonsawan Hospital, Chaiyaphum Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*. 2018;21:120-8.
5. Riegel B, Moser DK, Buck HG, Dickson VV, Dunbar SB, Lee CS, et al. Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *J Am Heart Assoc*. 2017;6:e006997.
6. Watcharanurak P, Klubklay A. Factors influencing preventive behavior among stoke-risk patients in songkhla province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2017;41:217-33.
7. Ahn S, Song R, Choi W. Effects of self-care health behaviors on quality of life mediated by cardiovascular risk factors among individuals with coronary artery disease: A structural equation modeling approach. *Asian Nurs Res*. 2016;10:158-63.
8. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci*. 2012;35:194-204.
9. Klinsakorn C, Saetan S. Factors related to self-protective behavior of stroke with controlled hypertension patients who live in Danchang District, Suphanburi Province. *Journal of Council of Community Public Health*. 2020;2:62-77.
10. Chanaphan Y, Settheetham D. Factors associated with stroke prevention behavior among hypertension patients in Kumpawapi District, Udon Thani Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*. 2018; 21:109-19.
11. Kumpangkaew K, Somboontanont W, Leelahakul V. Relationships between Perceived Risk, Perceived warning signs and self-care behavior in older adults at risk of cerebrovascular disease. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2015;25:40-56.
12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Lawrence Erlbaum: New Jersey;

- 1988.
13. Zimet G, Powell S, Farley G, Werkman S, Berkoff K. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1990;55:610-7.
14. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Ruktrakul R. Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): Thai version. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2011;7:161-6.
15. Mahatnirunkul S, Pumpaisanchai W, Tapanya P. Research report: the construction of Suanprung Stress Test for Thai population. *Bulletin of Suan Prung*. 1997;13:1-11.
16. Samdaengsarn D, Chinnawong T, Thaniwatthananon P. Factors related to treatment adherence in older persons with hypertension. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2019;39:51-66.
17. Sug Yoon S, Heller F, Levi C, Wiggers J, Fitzgerald E. Knowledge of stroke risk factors, warning symptoms, and treatment among an Australian urban population. *Stroke*. 2001;32:1926-30.
18. Fivecoat C, Sayers L, Riegel B. Social support predicts self-care confidence in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018;17:598-604.
19. Park J, Kim S. The effects of social support and recovery resilience on self-care behavior among the elderly with hypertension in the senior welfare center. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2019;20:182-91.
20. Yang S-O, Jeong H, Kim S-J, Lee H. Correlates of self-care behaviors among low-income elderly women with hypertension in South Korea. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2014;43:97-106.
21. Liu Y, Li N, Li A, Khan H. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neuro Res*. 2017;39:573-80.
22. Saleema L, Panpakdee O, Arpanantikul M, Chai-Aroon T. The influence of basic conditioning factors and self-care agency on self-care behaviors in Thais with hypertension. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2016;20:5-17.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการให้บริการผู้ป่วย COVID-19 ณ ศูนย์พักคอยในชุมชน (Community Isolation) มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เขตธนบุรี โรงพยาบาลเลิดสิน

วิวัฒน์ เจริญศิริวัฒน์, พบ., วว.กุมารเวชศาสตร์, อว.เวชศาสตร์ครอบครัว,
สุชานัน แก้วสุข พบ., อว.เวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลเลิดสิน สถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

วิวัฒน์ เจริญศิริวัฒน์, พบ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์
ครอบครัว โรงพยาบาลเลิด
สิน มหาวิทยาลัยรังสิต ถ.สีลม
เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร
10500, ประเทศไทย
Email: famed.lerdsin@out-
look.com

Received: February 25, 2022;

Revised: June 20, 2022;

Accepted: August 2, 2022

บทคัดย่อ

ที่มาและวัตถุประสงค์: สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็นปัญหาต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้บริการผู้ป่วย COVID-19 ณ ศูนย์พักคอยในชุมชน โรงพยาบาลเลิดสิน

รูปแบบวิจัย: การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา

วัตถุประสงค์และวิธีการ: เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนการให้บริการระหว่างวันที่ 17 กรกฎาคม 2564 ถึงวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2564 ในผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็น COVID-19 ที่มีกลุ่มอาการสีเขียว จำนวน 304 ราย วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ากลาง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบมาตรฐานของระยะเวลาด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.6 อายุเฉลี่ย 37.6 ปี ไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 62.5 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.0 อาการและอาการแสดงที่พบบ่อยสุด 5 อันดับ ได้แก่ ไม่ได้กลิ่น ร้อยละ 77.1 ไอ ร้อยละ 65.0 มีน้ำมูก ร้อยละ 18.0 เจ็บคอ ร้อยละ 8.6 และมีไข้ ร้อยละ 7.5 ตามลำดับ ที่ศูนย์พักคอยฯ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยฟ้าทะลายโจรร้อยละ 74.3 และมีสถานะการจำหน่าย คือ ครบกำหนดกลับบ้าน ร้อยละ 92.4 ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาในศูนย์พักคอยภายหลังทราบผลการตรวจเชื้อระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงเวลาที่แตกต่างกันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

สรุป: ผลจากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าการตอบสนองต่อโรคระบาดใหม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับเวลาและองค์ความรู้ที่เพิ่มขึ้น การจัดทำศูนย์พักคอยเป็นการช่วยคัดแยกผู้ติดเชื้อ ออกจากครอบครัวและชุมชนเพื่อช่วยลดการระบาดในวงกว้างในชุมชน การร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนในการร่วมกันพัฒนาการให้บริการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย การเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมช่วยให้ผ่านพ้นความยากลำบากนี้ไปด้วยกัน

คำสำคัญ: ผู้ป่วย COVID-19 ศูนย์พักคอยในชุมชน (community isolation)

ORIGINAL ARTICLE

Outcomes of Services for COVID-19 Patients at Bansomdejchaopraya Rajabhat University Community Isolation of Thonburi District, Lerdsin Hospital

Vipat Chareonsiriwat, MD., Dip.Thai Board of Pediatrics, Dip. Thai Board of Family Medicine, Suchanan Kaewsuk, MD., Dip.Thai Board of Family Medicine

Department of Family Medicine, Lerdsin Hospital, College of Medicine, Rangsit University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Vipat Chareonsiriwat, MD.,
Department of Family Medicine,
Lerdsin Hospital, Rangsit
University, Si Lom Rd, Bang
Rak, Bangkok 10500, Thailand
Email: famed.lerdsin@outlook.
com

Received: February 25, 2022;

Revised: June 20, 2021;

Accepted: August 2, 2022

ABSTRACT

Background and Objective: The coronavirus epidemic has been a problem for public health systems around the world. The purpose of this study aimed to study the outcomes of services for COVID-19 patients in community isolation of Lerdsin Hospital.

Design: This was a retrospective descriptive study.

Methods: Data were collected from medical records of services from 17 July 2021 to 15 September 2021. The sample size consisted of 304 asymptomatic patients or mild symptoms of COVID-19. All data were analyzed by statistical analysis of percentage, mean, median, and standard deviation and compared the median duration with the Mann-Whitney U Test statistics.

Results: The results show that the majority of patients were female 51.6% with an average age of 37.6 years, unvaccinated 62.5%, with no underlying disease 76.0%. The five most common signs and symptoms found were: anosmia 77.1%, cough 65.0%, running nose 18.0%, sore throat 8.6%, and fever 7.5%. In the community isolation, most of the patients were treated with *Andrographis paniculata* 74.3% and were discharged home 92.4%. The waiting period before receiving treatment service after COVID-19 result confirmed infection was significantly reduced among a later group of patients in community isolation ($p < 0.01$).

Conclusion: The results from this study show that the response to this epidemic needs to be adjusted according to time and knowledge. Establishing community isolation helped to separate infected people from families and communities and reduced the spread of the disease in the community. The cooperation of all sectors in developing services will help patients to be safer. Learning the obstacles from the past and adapting to current situations will also be helpful for overcoming this hardship.

Keyword: COVID-19, community isolation

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ซึ่งเป็นที่รู้จักแพร่หลายในชื่อ “COVID-19” โดยองค์การอนามัยโลก (WHO)^{1,2} ได้ประกาศว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีลักษณะการระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic) และแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาค มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว สถานการณ์ผู้ติดเชื้อทั่วโลก ณ วันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 36,790,846 คน เสียชีวิตสะสม 1,067,424 คน โดยประเทศที่มีผู้ป่วยสะสมสูงสุดยังคงเป็นประเทศสหรัฐอเมริกา และมีการแพร่ระบาดในประเทศไทยครั้งแรกในเดือนมกราคม 2564³ และจากการรายงานของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย⁴ พบยอดผู้ติดเชื้อโควิดในประเทศไทย เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ดังนี้ ผู้ป่วยรายใหม่ 1,583 คน ผู้ป่วยยืนยันสะสม 65,153 คน หายป่วยแล้ว 36,254 ราย เสียชีวิต 15 คน⁵ จากรายงานสถิติจะเห็นได้ว่าพบการระบาดมากที่สุดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมียอดผู้ติดเชื้อ 12,005 คน⁵ ทำให้ต้องการการจัดบริการการคัดกรอง การป้องกัน และดูแลรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างครบวงจร

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดระบบบริการสำหรับผู้ติดเชื้อโควิดแบบผู้ป่วยนอกและ แบบผู้ป่วยใน โดยแบบผู้ป่วยในยังมีรูปแบบการบริการเพิ่มเติมให้บริการในโรงพยาบาล ตามที่สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย และกรมการแพทย์^{5,9} กำหนดนโยบายเพื่อความเข้าใจตรงกัน ซึ่งแบ่งเป็น ตึกผู้ป่วย (cohort building) หอผู้ป่วย (cohort ward) ห้องแยกเดี่ยว (isolation room) และห้องความดันลบ (negative pressure isolation room) หรือห้องแยกโรคผู้ป่วยแพร่เชื้อทางอากาศ (airborne infection isolation room, AIIR) ต่อมาได้มีการขยายสถานที่ดูแลนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานที่รับผิดชอบว่ามีมาตรฐานป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ สู่ภายนอกตามมาตรฐานเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มจำนวนเตียงรองรับผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (hospital) และโรงพยาบาลสนาม (field hospital) แต่เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อโควิดมีเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ทำให้การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลยังไม่ครอบคลุมและล่าช้า

กรมการแพทย์ได้มอบหมายให้โรงพยาบาลเลิดสินจัดระบบบริการผู้ป่วยโควิดนอกโรงพยาบาล ในรูปแบบแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation, HI)⁶⁻¹² และแยกกักตัวในชุมชน (community isolation, CI) ของโรงพยาบาลเลิดสินขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนและร่วมมือจากหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานเขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร และมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ในการจัดตั้ง CI โรงพยาบาลเลิดสินในครั้งนี้ เพื่อให้บริการผู้ติดเชื้อโควิดที่ได้รับการตรวจด้วยวิธี RT-PCR (Real Time - Polymerase chain reaction) มีผลการตรวจเป็นบวก และอยู่ในเกณฑ์การพิจารณาผู้ป่วยเข้ารับรักษาใน CI โดยแพทย์ผู้ดูแล

เนื่องจากการดูแลในรูปแบบ CI เป็นการให้บริการแบบวิธีใหม่ที่เริ่มนำมาใช้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาผลการให้บริการเพื่อนำมาปรับปรุงและวางแผนในการดำเนินการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการให้บริการผู้ป่วย COVID-19 ณ ศูนย์พักคอยในชุมชน โรงพยาบาลเลิดสิน

วิธีการ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากการให้บริการผู้ป่วย COVID-19 ณ ศูนย์พักคอยในชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เขตธนบุรี และโรงพยาบาลเลิดสิน ระหว่างวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึง วันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2564 ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็น COVID-19 ที่มีกลุ่มอาการ สีเขียว ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการเล็กน้อย 2) อายุไม่เกิน 75 ปี 3) มีสุขภาพแข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้ 4) ไม่มีภาวะอ้วน และ 5) ไม่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรคตับแข็ง และภาวะ

ภูมิคุ้มกันต่ำ หรืออาจมีโรคร่วมที่รักษาและสามารถควบคุมได้ตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้ดูแล โดยเป็นข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยจำนวน 304 คน

แผนการถ่ายทอดเทคโนโลยีหรือผลการวิจัยสู่กลุ่มเป้าหมายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ข้อมูลผลการวิจัยนี้จะเป็นแนวทางในการจัดการให้บริการศูนย์พักคอยในชุมชนที่จะจัดตั้งขึ้นเมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคในอนาคต เพื่อให้สามารถรับผู้ป่วยไว้ใน การดูแลได้อย่างมีมาตรฐานของการบริการสุขภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัยและสถานที่ทำการวิจัย/เก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง จากรายงานเวชระเบียน การให้บริการ ณ ศูนย์พักคอยในชุมชน โรงพยาบาลเลิดสิน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วย COVID-19 ที่ได้รับการคัดกรองอาการอยู่ในกลุ่มสีเขียว และได้รับการพิจารณาโดยแพทย์ให้เข้ารับการรักษาในศูนย์พักคอย ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏ

บ้านสมเด็จพระยา ในระหว่างวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึง วันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 304 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

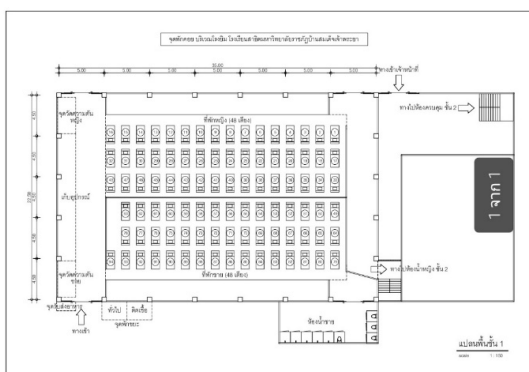
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่ากลาง (median) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และเปรียบเทียบมาตรฐานของระยะเวลาได้รับ การตรวจเชื้อหลังมีอาการ และระยะเวลา ที่ได้รับการรักษาในศูนย์พักคอยภายหลังทราบผลการตรวจเชื้อ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

สถานที่ในการเก็บข้อมูล

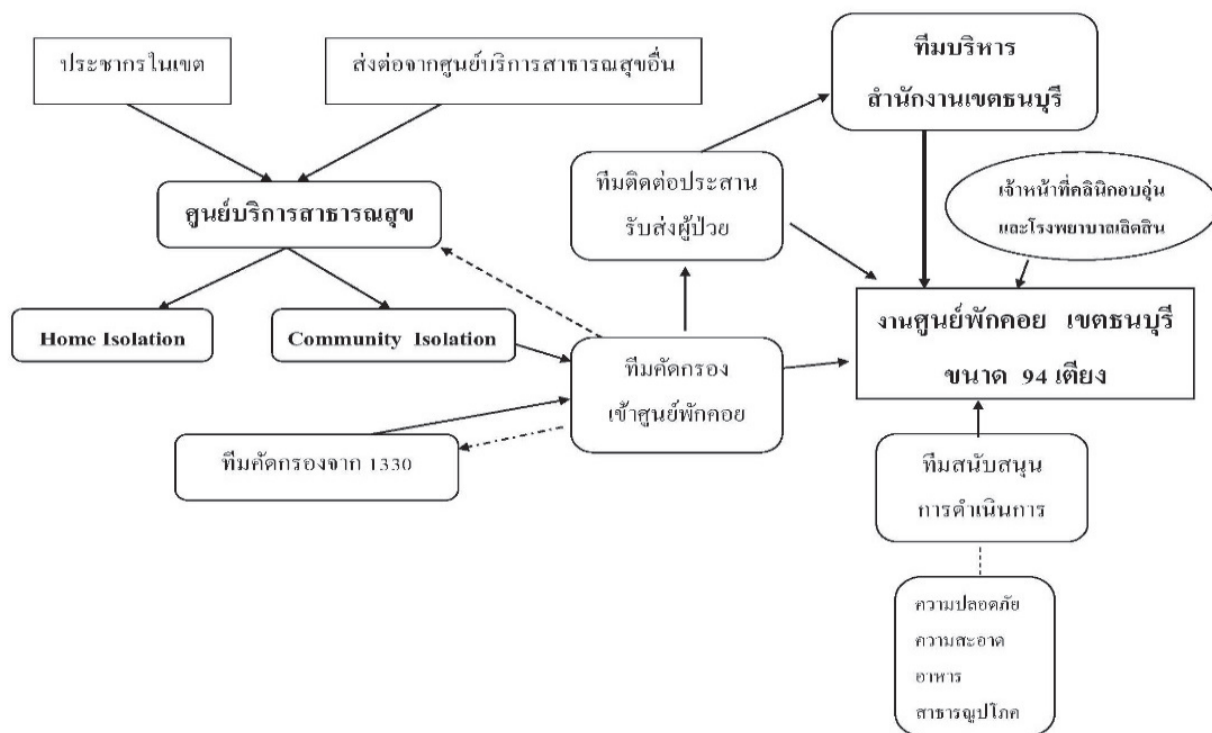
เวชระเบียนผู้ป่วย COVID-19 ศูนย์พักคอยในชุมชน โรงพยาบาลเลิดสิน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



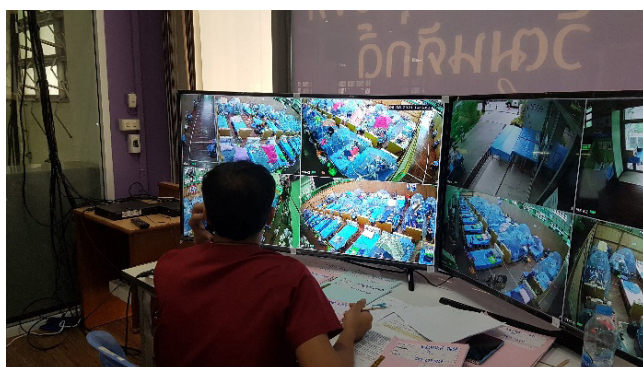
รูปที่ 1. แผนผังสถานที่



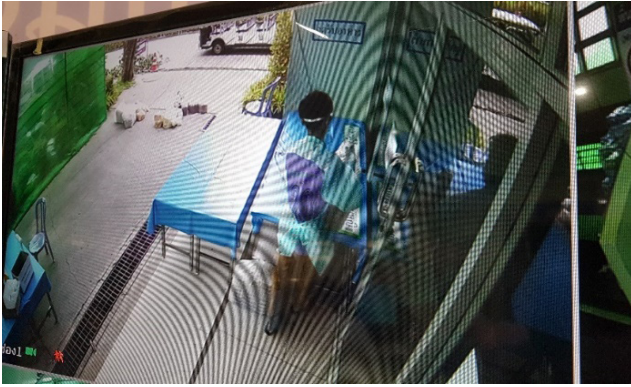
รูปที่ 2. ผังแนวทางการทำงาน



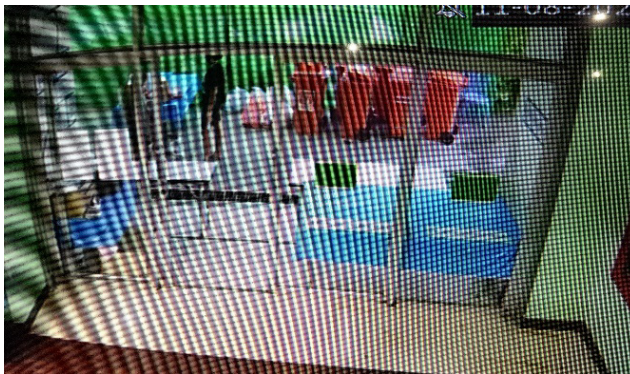
รูปที่ 3. ทดสอบระบบการรับผู้ป่วย



รูปที่ 4. การทำงานจริง ดูแลผู้ป่วยผ่านทีวีวงจรปิด สื่อสารผ่านโทรศัพท์มือถือ ผ่านระบบไลน์ เพื่อความปลอดภัย ป้องกันการสัมผัสระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ



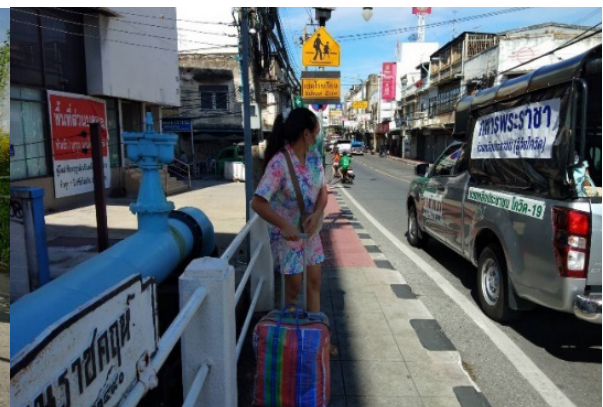
รูปที่ 5. ทีมส่งอาหารภายนอกอาคาร ผู้ป่วยจะส่งตัวแทนออกมารับตามช่วงเวลา หลังจากทีมส่งอาหารออกจากพื้นที่แล้ว



รูปที่ 6. การจัดการขยะ โดยแยกขยะทั่วไปและขยะติดเชื้อในศูนย์พักคอย โดยสำนักงานสิ่งแวดล้อมร่วมกับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และการมีส่วนร่วมในการดูแลความสะอาดห้องน้ำ โดยผู้ป่วยในศูนย์พักคอย



รูปที่ 7. ทีมเทศกิจ จะออกรับผู้ป่วยจากที่พัก มายังศูนย์พักคอยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เขตธนบุรี



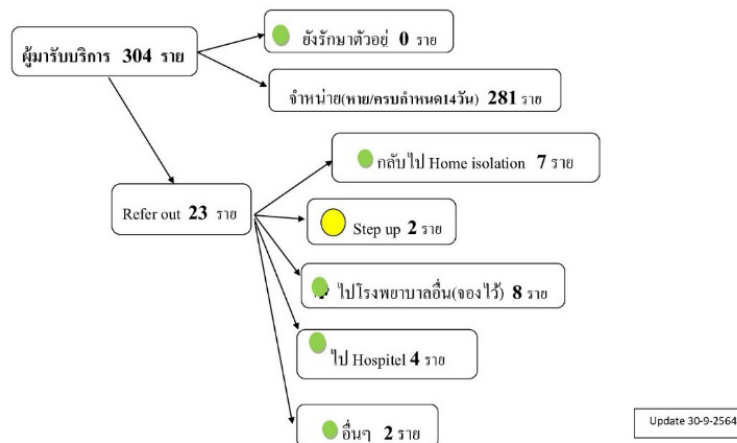
รูปที่ 8. บริการส่งผู้ป่วยที่ครบกำหนดแล้ว กลับบ้านโดยกองทัพบก



รูปที่ 9. การตรวจเยี่ยม ได้รับการตรวจเยี่ยม และให้กำลังใจจากรองอธิบดี กรมการแพทย์ และผู้อำนวยการเขตธนบุรีเป็นระยะ

ผลการดำเนินงาน ศูนย์พักคอย ม. ราชภัฏสมเด็จพระเจ้าพระยา เขตธนบุรี

2 เดือน (ช่วงเวลา 17 กรกฎาคม - 15 กันยายน 64)



รูปที่ 10. สรุปผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 11 มกราคม 2565 ตามรหัสโครงการที่ LH641076

ผลการศึกษา

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละวัน ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 รอเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นการบรรเทาและแก้ไขปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลเลิดสิน ได้รับมอบหมายจากกรมการแพทย์

ในการจัดบริการผู้ป่วยโควิดนอกโรงพยาบาลในรูปแบบการแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation, HI) และการแยกกักตัวในชุมชน (community isolation, CI) ขึ้น ด้วยการจัดการบริการของศูนย์พักคอย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เขตธนบุรี ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ คือ 1) ประชุมประสานงานและเตรียมการ

2) จัดเตรียมสถานที่ 3) ทดสอบระบบ สร้างเหตุการณ์เสมือนจริงในการรับผู้ป่วย การเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วย ทดสอบระบบสื่อสาร ทดสอบการส่งยาและเวชภัณฑ์ การส่งอาหาร การจัดการขยะทั่วไปและขยะติดเชื้อ และการส่งผู้ป่วยกลับเมื่อครบกำหนด 4) รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในศูนย์พักคอย 5) ปรับปรุงระบบ ขั้นตอน และวิธีการจัดการเป็นระยะ โดยร่วมมือกันทุกภาคส่วนในการให้บริการผู้ป่วยอย่างถูกต้องและปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ 6) เมื่อจำนวนผู้ป่วยลดลงมากนำผู้ป่วยที่เหลือส่งรักษาต่อที่ hospital โรงแรมนารายณ์ ซึ่งดูแลโดยทีมแพทย์จากโรงพยาบาลเลิดสิน และพิจารณาปิดศูนย์พักคอย และ 7) ส่งมอบสถานที่คืนมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้าน สมเด็จเจ้าพระยา หลังจากที่ฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล สำนักงานเขตธนบุรี ทำความสะอาดตามหลักมาตรฐานสุขาภิบาล

ผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานในระหว่างวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2564 พบว่ามีจำนวนผู้มารับบริการ ณ ศูนย์พักคอย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 304 คน โดยส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง 157 คน คิดเป็นร้อยละ 51.6 มีอายุเฉลี่ย 37.6 ปี และไม่ได้รับวัคซีน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 สำหรับผู้ที่ได้รับวัคซีนจำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 โดยมีรายละเอียด ดังนี้วัคซีนที่ได้รับส่วนใหญ่นั้นคือ แอสตราเซนเนกา (astra zeneca) จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 57.89 ของจำนวนผู้มารับบริการที่ได้รับวัคซีน รองลงมา คือ วัคซีนซิโนแวค (sinovac) จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 9.65 วัคซีนซิโนฟาร์ม (sinopharm) จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.51 และวัคซีนไฟเซอร์ (pfizer) จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.88 ตามลำดับ และมีผู้รับบริการที่จำซื้อวัคซีนไม่ได้ (ญาติลงทะเบียนให้และพาไปฉีด) จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.07 ของจำนวนผู้มารับบริการที่ได้รับวัคซีน

นอกจากนี้ พบว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 76.0 สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว มีจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0 โดยโรคประจำตัวที่พบบ่อย 5 ลำดับแรก คือ 1) ความดันโลหิตสูง 33 คน คิดเป็นร้อยละ 45.2 2) ภูมิแพ้ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 17.8 3) ไขมันในเลือดสูง 11 คน คิดเป็นร้อยละ 15.1 4) เบาหวาน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 13.7 และ 5) จิตเวช 4 คน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ตามลำดับ

ผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อ COVID-19 ที่มารับบริการ ณ ศูนย์พักคอย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ส่วนใหญ่มียาอาการ จำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 ซึ่งอาการที่พบมากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ 1) ไม่ได้กลิ่น 205 คน คิดเป็นร้อยละ 77.1 2) ไอ 173 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 3) มีน้ำมูก 48 คน คิดเป็นร้อยละ 18.0 4) เจ็บคอ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 8.6 และ 5) มีไข้ 19 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้มารับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 ที่ไม่มีอาการ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 นั้น พบว่ามาตรวจหาเชื้อเนื่องจาก 1) มีประวัติสัมผัสกลุ่มเสี่ยง 16 คน 2) ไม่มีประวัติสัมผัส

กลุ่มเสี่ยง 20 คน แต่มาตรวจเพราะเพื่อนชวน 10 คน มาตรวจเพราะนายจ้างให้มา 6 คน และมาเพราะเห็นคนในชุมชนมาตรวจจึงมาตรวจบ้าง 4 คน และ 3) ไม่มีการบันทึกข้อมูลประวัติสัมผัสกลุ่มเสี่ยง 2 คน

ในส่วนของระยะเวลา พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจหาเชื้อหลังมีอาการ มีค่ามัธยฐาน 4 วัน และระยะเวลาได้รับการรับตัวรักษา ภายหลังทราบผลการตรวจยืนยันการติดเชื้อแล้ว มีค่ามัธยฐาน 3 วัน และวันนอนพักรักษา มีค่าเฉลี่ย 10 วัน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์พักคอย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ได้รับการรักษาด้วยฟ้าทะลายโจร จำนวน 226 คน คิดเป็นร้อยละ 74.3 และมีสถานะการจำหน่ายผู้ป่วยจากศูนย์พักคอยฯ คือ ครบกำหนดกลับบ้าน จำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 92.4 โดยมีผู้ป่วยที่มีสถานะการจำหน่ายเพื่อการส่งต่อ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 5.3 ซึ่งสาเหตุของผู้ป่วยที่จำหน่ายเพื่อการส่งต่อ เนื่องจากจองเตียง โรงพยาบาลเอกชนไว้ 8 คน ย้ายไป hospitel โรงแรมนารายณ์ (ปิดศูนย์พักคอย) 4 คน อาการหนักเกินศักยภาพการดูแล (ข้อมูลแรกรับผู้ป่วยไม่ update) จำนวน 1 คน จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเกณฑ์เสี่ยงสูงมาก จำนวน 1 คน ขอลี้ภัย 1 คน และเป็นญาติเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลขอไป admit (ญาติติดต่อเตียงเอง) 1 คน และจำหน่ายเพื่อแยกกักตัวที่บ้าน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.3 ซึ่งสาเหตุของผู้ป่วยที่จำหน่ายเพื่อแยกกักตัวที่บ้าน เหตุผลเตรียมตัวสอบ (online) 5 คน ไม่ต้องการอยู่กับคนหมู่มาก 1 คน และนอนไม่หลับ 1 คน

โดยในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนระบบตามช่วงเวลา ทั้งการให้บริการตรวจเชิงรุก การเพิ่มศูนย์พักคอย เพิ่มจำนวนเตียงรับผู้ป่วย การปรับแผนการรักษา ปรับแนวทางการให้การรักษาก่อนให้ยา ผู้วิจัยจึงได้ทำการเปรียบเทียบเป็น 2 ช่วงเวลา คือ 17 กรกฎาคม - 16 สิงหาคม พ.ศ. 2564 และ 17 สิงหาคม - 15 กันยายน พ.ศ. 2564 ดังแสดงรายละเอียดผลการศึกษาในตารางที่ 1

จากผลการศึกษาในตารางที่ 1 และ 2 แสดงความแตกต่างของ 2 ช่วงเวลา คือ จำนวนหน่วยบริการ พบว่าช่วง 17 สิงหาคม - 15 กันยายน พ.ศ. 2564 มีการเปิด

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามช่วงเวลาในการให้บริการ

ข้อมูลทั่วไป จำนวนทั้งหมด = 304 คน	n (ร้อยละ)	17 ก.ค. -16 ส.ค. 2564 n = 240 ร้อยละ (ร้อยละ)	17 ส.ค. - 15 ก.ย. 2564 n = 64 จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	147 (48.4)	114 (47.5)	33 (51.5)
หญิง	157 (51.6)	126 (52.5)	31 (48.5)
อายุ			
อายุเฉลี่ย (ต่ำสุด : สูงสุด)	37.6 (12:64)	37.4 (14:64)	38.4 (12:62)
การได้รับวัคซีน			
ได้รับวัคซีน	114 (37.5)	78 (32.5)	36 (56.3)
ไม่ได้รับวัคซีน	190 (62.5)	162 (67.5)	28 (43.7)
ประวัติการมีโรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	231 (76.0)	177 (73.8)	54 (84.4)
มีโรคประจำตัว	73 (24.0)	63 (26.2)	10 (15.6)
การแสดงอาการผู้ป่วย Covid-19			
ไม่มีอาการ	38 (12.5)	28 (11.7)	10 (15.6)
มีอาการ	266 (87.5)	212 (88.3)	54 (84.4)
ระยะเวลาได้รับการตรวจเชื้อหลังมีอาการ (วัน)	4	4	4
(median)			
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาในศูนย์พักคอยภายหลัง	3	3	1
ทราบผลการตรวจเชื้อ (วัน) (median)			
ค่าเฉลี่ยวันนอน (mean)	10	9	9
ชนิดของการรักษา			
ยาพื้นฐานตามอาการ	45 (14.8)	37 (15.4)	8 (12.5)
ฟ้าทลายโจร	226 (74.3)	186 (77.5)	40 (62.5)
ยา Favipiravir	33 (10.9)	17 (7.1)	16 (25.0)
การจำหน่ายผู้ป่วย			
ครบกำหนดจำหน่ายผู้ป่วย	281 (92.4)	227 (94.6)	54 (88.4)
กลับทำ home isolation	7 (2.3)	5 (2.1)	2 (3.1)
ส่งต่อ (refer out)	16 (5.3)	8 (3.3)	8 (12.5)

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบมัธยฐานของระยะเวลาได้รับการตรวจเชื้อหลังมีอาการ และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาในศูนย์พักคอย ภายหลังทราบผลการตรวจเชื้อ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ด้วยสถิติ Mann Whitney-U Test

ตัวแปร	17 ก.ค. -16 ส.ค. 2564 median	17 ส.ค. - 15 ก.ย. 2564 median	p-value
ระยะเวลาได้รับการตรวจเชื้อหลังมีอาการ (วัน)	4	4	0.712
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาในศูนย์พักคอยภายหลังทราบผลการตรวจเชื้อ (วัน)	3	1	0.000

ศูนย์พักคอยเพิ่ม มีจำนวนเตียงรองรับเพิ่มขึ้นมาก สามารถรับผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ช่วยให้ไม่ต้องคอยเตียงว่างนานเช่นเดิม ทำให้สามารถอธิบายถึงระยะเวลาที่ได้รับการรักษาในศูนย์พักคอยภายหลังทราบผลการตรวจเชื้อลดลงอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และแผนการรักษา มีการปรับให้พิจารณาให้ยา favipiravir ได้เร็วขึ้น ทำให้อัตราการใช้ยา favipiravir เพิ่มขึ้นมาก (7.1% : 25%) และเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการสีเขียวจึงมีการ

จำหน่ายผู้ป่วยเมื่อครบกำหนดกลับมากกว่า ร้อยละ 90 ในช่วงใกล้ปิดศูนย์พักคอยได้มีการส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการต่อที่ hospitel โรงแรมรายณ์ ซึ่งได้รับการดูแลต่อจากโรงพยาบาลเลิดสินจึงทำให้ตัวเลขการส่งต่อผู้ป่วยจึงสูงขึ้น

บทวิจารณ์

การให้บริการผู้ป่วยที่ศูนย์พักคอย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เขตธนบุรี เป็นการแยกผู้ติดเชื้อออกจากชุมชนในกรณีแยกกักที่บ้านไม่ได้หรือไม่สะดวก การดำเนินงานปรับเปลี่ยนตามเวลา ทั้งแผนการรักษา มีการปรับแนวทางการรักษาตามสถานการณ์ที่เป็นจริง ณ ช่วงเวลานั้น ๆ ด้วยความร่วมมือร่วมใจของทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ทำให้ผลการให้บริการที่ศูนย์พักคอย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ค่อนข้างราบรื่น มีการรับผู้ป่วยเข้าศูนย์พักคอยด้วยรถเทศกิจ และในช่วงหลังมีการให้บริการจากกองทัพกมาสนับสนุนเพิ่มเติม โดยส่งรถมาช่วยบริการรับและส่งผู้ป่วยกลับหลังครบกำหนด แนวทางการรักษาที่ปรับเปลี่ยนตามความรู้ที่เพิ่มเติมทำให้มีการพิจารณาให้ยา Favipiravir เร็วขึ้น โดยคาดหวังว่าอาการผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงจะไม่แย่ง ซึ่งการบริการในศูนย์พักคอย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา เขตธนบุรีนี้ ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต และมีการเปิดศูนย์พักคอยเพิ่มขึ้นในช่วงเดือนหลัง โดยมูลนิธิ และภาคเอกชน ทำให้มีเตียงรับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ช่วยแบ่งเบาภาระการรับผู้ป่วยไปบางส่วน ผลคือในช่วงเดือนหลังผู้ป่วยได้รับการรับตัวรักษาในศูนย์พักคอยเร็วขึ้น และมีสัดส่วนผู้ได้รับวัคซีนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงเดือนแรก ในทางตรงกันข้าม ระยะเวลาได้รับการตรวจเชื้อหลังมีอาการในช่วงเดือนแรกและในช่วงเดือนหลังไม่แตกต่างกัน เนื่องจากจุดบริการยังมีจำนวนจำกัด จากเงื่อนไขที่ให้ผู้ทำการตรวจหาเชื้อต้องจัดหาสถานที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยด้วย ทำให้ภาคเอกชนไม่เพิ่มการให้บริการ เป็นผลให้ระยะเวลาได้รับการตรวจเชื้อหลังมีอาการไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งในระยะเวลาต่อมา มีการปรับให้การให้บริการ home isolation สามารถ

ดำเนินการต่อได้จากผลบวกจาก ATK จึงอาจจะช่วยลดอัตราการเข้าทำการตรวจเชื้อแบบ RT-PCR ได้บ้าง

สรุป

Covid-19 เป็นโรคอุบัติการณ์ใหม่ที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน แนวทางการให้การรักษาก็มีการเปลี่ยนแปลงตามความรู้ที่เพิ่มขึ้น การตอบสนองต่อโรคระบาดใหม่นี้ จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับเวลาและความรู้ที่ได้รับเพิ่มขึ้นตลอดเวลา การจัดทำศูนย์พักคอยเป็นวิธีการหนึ่งในการคัดแยกผู้ติดเชื้อออกจากชุมชนซึ่งช่วยลดการระบาดในวงกว้างในชุมชนนั้น ๆ การร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนร่วมกันพัฒนาการให้บริการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย การเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมช่วยให้ผ่านพ้นความยากลำบากนี้ไปด้วยกัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 120 20 January 21.
2. World Health Organization (WHO). Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. 2019. [cited 2022 Feb 1]. Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
3. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 28 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no13-160163.pdf>
4. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). ข้อเสนอเพื่อการควบคุมวิกฤตโควิดระลอก 3 ในไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 22 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://tdri.or.th/2021/05/the-third-wave-of-covid-19-policy-suggestions/>
5. กรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย, และเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet). แนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยรวม (Cohort ward) ห้องแยกโรค (Isolation room) โรงพยาบาลสนาม (Field hospi-

- tal) เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.2564. [เข้าถึงเมื่อ 27 ม.ค.2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/kOFMY>
6. World Health Organization. Interim guidance for home base and isolation care of patient with Covid-19 for member states. [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 1]. Available from: <https://shorturl.asia/L3d52>
 7. คู่มือการจัดตั้งศูนย์แยกกักตัวในชุมชน (Community Isolation) ฉบับปฏิบัติการ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 25 ม.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก:<https://shorturl.asia/Dkfc5>
 8. ปิยะธิดา หาญสมบูรณ์, นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ และ อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, บรรณาธิการ. การจัดการ Home Isolation กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 22 ม.ค.2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/a2YfW>
 9. Pascarella G, Strumia A, Piliego C, Bruno F, Del Buono R, Costa F, et al. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. J Intern Med. 2020;288:192-206.
 10. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. J Travel Med. 2020;27:taaa020. doi: 10.1093/jtm/taaa020. PMID: 32052841; PMCID: PMC7107565.
 11. Ali I, Alharbi OML. COVID-19: Disease, management, treatment, and social impact. Sci Total Environ. 2020;728:138861. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.138861. Epub 2020 Apr 22. PMID: 32344226; PMCID: PMC7175909.
 12. Liu J, Liu S. The management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). J Med Virol. 2020;92:1484-90.