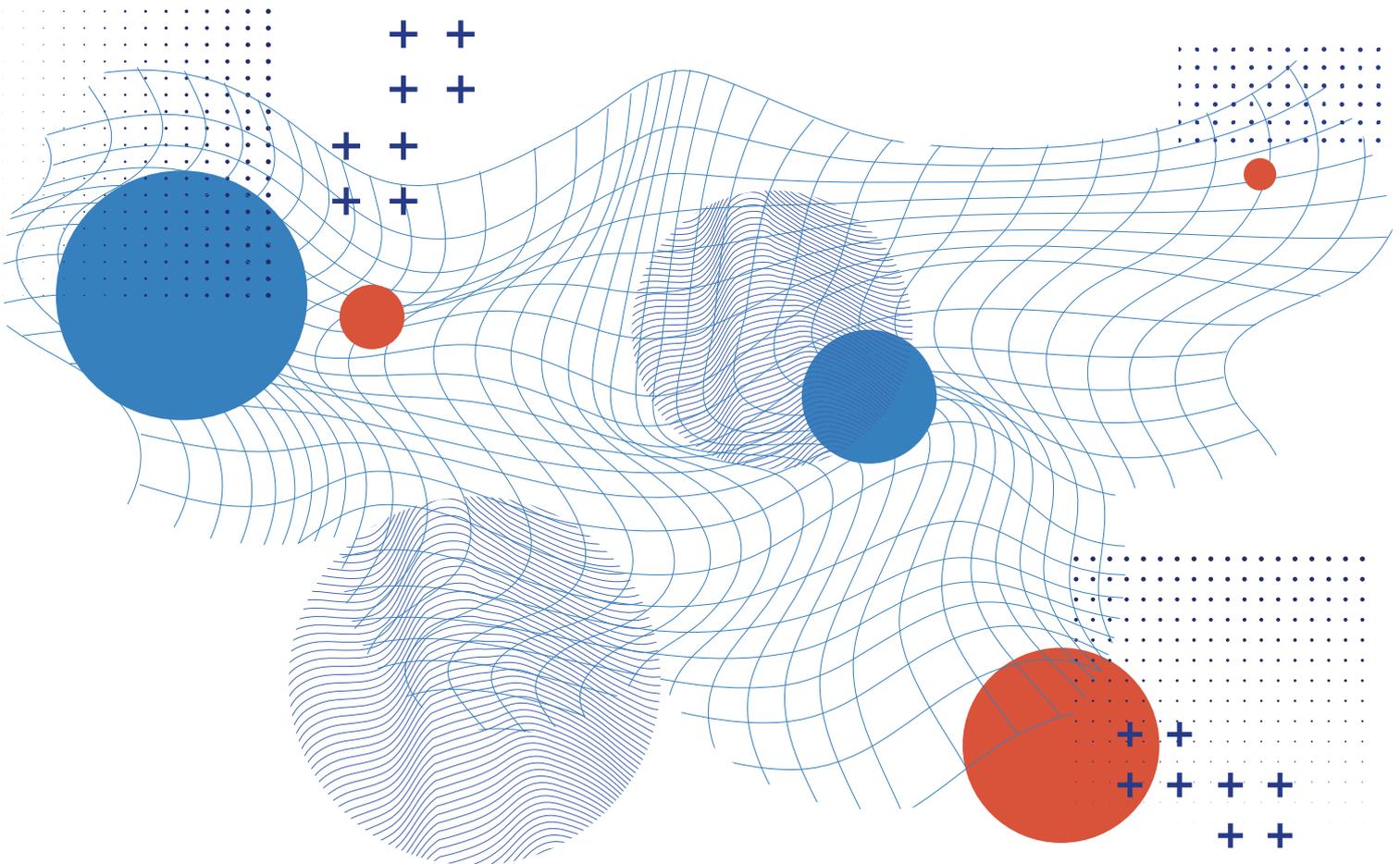




วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

Journal of Primary Care and Family Medicine



ISSN : 3057-1928 (Online)



PCFM 2569;9(1): ม.ค.-ก.พ.

บทบรรณาธิการ

- การเปลี่ยนผ่านกระบวนการค้นคว้าทำให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สงบลง: 1
แนวทางเวชศาสตร์แม่นยำและการดูแลแบบบูรณาการ
สตางค์ ศุภผล

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ความชุกและความสัมพันธ์ของภาวะเปราะบางกับระดับน้ำตาลในเลือด 4
ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเครือข่ายคลินิกปฐมภูมิ
รตาวรรณ ไสยะ, ศรวีล แสงแก้ว
- การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้ระบบสามหมอ 14
ในเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวแห่งหนึ่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี 2563-2565
นิติ อารมณชีน
- ผลลัพธ์การใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในผู้ต้องขังโรคความดันโลหิตสูง 20
เวชกร จตุณราพิทย์, สุราลัย จงรักวงศ์, ศรวีล แสงแก้ว
- ความแม่นยำของ 14 ข้อคำถาม สำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทย 29
ในระดับปฐมภูมิ
อริศรา ศิริวิริยะกุล, บาคมณ มโนมัยพิบูลย์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ 41
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านห้วยเกษียรน้อย ตำบลเนินหอม
อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี
วิริญดา พงษ์พรม, ณัฐา เมธาบุษยาธร
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาโรคติดเชื้อในผู้สูงอายุ 51
ชาวมุสลิม ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา
สุไลมาน อาแว, นวลิริ สิริประเสริฐ, นรินทร์ เตชะนิตติศัย

PCFM 2569;9(1): ม.ค.-ก.พ.

นิพนธ์ต้นฉบับ

- **คุณลักษณะของความเป็นมืออาชีพทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการ: การศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่เป็นสถาบันการเรียนการสอนในประเทศไทย** 61
พัชรวิวรรณ วิเศษสุมน, จุมพต พุ่มศรีภานนท์, ทรงชัย ลิ้มะโรจน์, พจน์ ตันนิรันดร, ณัฐพงษ์ กุศลสิทธิจินดา, ยอดขวัญ อภิกุลชาติกิจ, วัชรสาร รัตนานันท์
- **ความชุกของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่สามารถเข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านของโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน** 70
นันทิกานต์ ปลาสุวรรณ, วาลิกา รัตนจันทร์, พุจิกดิ์ วีระเดชวิทยา
- **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลนาทราย อำเภอสี จังหวัดลำพูน** 80
พรทิพา อนุวิวัฒน์, ณฐา เมธาบุษยารีย์

รายงานผู้ป่วย

- **กรณีศึกษา : การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความซับซ้อนและมีความบกพร่องทางการมองเห็น โดยชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมตามหลักทางเวชศาสตร์ครอบครัว** 91
อัมรา อนุรพันธ์

Content

PCFM

PCFM 2026;9(1): Jan - Feb

EDITORIAL

- **Paradigm Shift Towards Type 2 Diabetes Remission: Precision Medicine and Integrated Care** 1
Satang Supapon

ORIGINAL ARTICLES

- **Prevalence and Association of Frailty and Glycemic Level Among Elderly with Diabetes Mellitus Type 2 in Primary Care Unit** 4
Ratawan Saiya, Sorawat Sangkaew
- **Development of a Continuous Chronic Disease Management for Patients Using The Three-doctor Program in the Someplace Primary Care Cluster, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province (2020–2022)** 14
Niti Aromchuen
- **Outcome of Telemedicine Care for Prisoners with Hypertension** 20
Wechakorn Jatunaratpit, Suralai Jongrakwong, Sorawat Sangkaew
- **The Diagnostic Accuracy of the 14-Question for a Dementia Screening Tool for Thai Elderly in Primary Care Setting** 29
Arissara Siriwiriyakul, Basmon Manomaipiboon
- **Factors Associated with Healthcare Access Among the Elderly at Ban Huai Kasian Noi Sub-District Health Promoting Hospital Noen Hom Sub-District Mueang District, Prachin Buri Province** 41
Wirunda Pongprom, Natha Methabutsayathon
- **Factors Associated with Influenza Vaccination Among Muslim Older Persons in Sateng Subdistrict, Mueang District, Yala Province** 51
Sulaiman Awae, Nawasiri Siriprasert, Narin Techanirattisai
- **The Characteristics of Medical Professionalism Preferred by the Patients: A Study in a Tertiary Care Teaching Hospital in Thailand** 61
Pacharewan Viseshasumana, Joompot Poomsripanon, Songchai Simaroj, Poj Tannirandorn, Nathapong Khulasittijinda, Yodkwan Apikulchatikij, Watcharasarn Rattananan

Content

PCFM

PCFM 2026;9(1): Jan - Feb

ORIGINAL ARTICLES

- **Prevalence of Pneumonia Patients Eligible to Participate in the Hospital at Home ward at Nan Hospital, Nan Province** 70
Nantikan Plasuwan, Valika Rattanachun, Lujisak Voradechvittaya
- **Factors Related to People's Participation in Prevention and Control of Dengue Fever in Nasai Subdistrict, Li District, Lamphun Province** 80
Porntipa Anuniwat, Natha Methabutsayathon

CASE REPORT

- **Case Study: Care of Visually-Impaired Complex Illness Patient with Non-Communicable Disease by Community and Local Public Agency Participatory Model Based on Principles of Family Medicine** 91
Ammara Anurapant



The Journal of Primary Care and Family Medicine

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

ที่ปรึกษา (Advisor)

พญ. สุกัญญา ศรีวิจิตร
พญ. สายรัตน์ นกน้อย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

รศ.ดร.นพ. ชัยสิทธิ์ อังกูระวานนท์
นพ. สดางค์ ศุภผล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
โรงพยาบาลขอนแก่น

รองบรรณาธิการ (Editors)

รศ.ดร.พญ. ชาญรัตน์ โอนทัยสินทวี
รศ.ดร.พญ. กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์
รศ.นพ. กรภัทร มยุระสาคร

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศ.ดร.นพ. อภิชัย วรรณนะพิศิษฐ์
รศ.พญ. สรญา แก้วพิฑูลย์
รศ.ดร.พญ. ศิรินาถ ตงศิริ
ผศ.นพ. กฤษณะ สุวรรณภูมิ
ผศ.นพ. นนท์ ไสววัฒนะ
ผศ.นพ. กิตติพล นาควิโรจน์
ผศ.ดร. ภัทระ แสนไชยสุริยา
ดร. สุรศักดิ์ อธิคมานนท์
อ.นพ. อรรถกร รักษาสัตย์

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น



The Journal of Primary Care and Family Medicine

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

พญ. สุกัญญา หังสพฤกษ์

พญ. อรุณี ทิพย์วงศ์

พญ. สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล

พญ. อรวรรณ ตะเวทิพงศ์

พญ. ศิริินภา ศิริพร ณ ราชสีมา

ดร.นพ. วิน เตชะเคหะกิจ

ทพญ. ปิยะดา ประเสริฐสม

ภก. จตุพร ทองอิม

ภก. ชีรภัทร์ ฉันทพันธ์

นส. ผกัรัตน์ ฤทธิศรีบุญ

โรงพยาบาลแม่สอด

โรงพยาบาลหนองคาย

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

โรงพยาบาลราชบุรี

โรงพยาบาลเขาย้อย

โรงพยาบาลขอนแก่น

โรงพยาบาลลำปาง

ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โรงพยาบาลตราด

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

บทบรรณาธิการ

การเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์สู่การทำให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สงบลง: แนวทางเวชศาสตร์แม่นยำและการดูแลแบบบูรณาการ

Paradigm Shift Towards Type 2 Diabetes Remission: Precision Medicine and Integrated Care

สตางค์ ศุภผล

บรรณาธิการวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

บทนำ

เรากำลังอยู่ในยุคของการเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์การรักษารักษาโรคเบาหวาน จากการรักษาตามอาการสู่เป้าหมายการทำให้โรคสงบ (DM remission) ในอดีต โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM) มักถูกนิยามว่าเป็นโรคเรื้อรังที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลทางวิชาการล่าสุดชี้ให้เห็นว่าภายในปี 2045 จะมีผู้ได้รับผลกระทบจากโรคนี้สูงถึง 629 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งสร้างภาระทางเศรษฐกิจและสาธารณสุขอย่างมหาศาล

ปัจจุบันมุมมองทางการแพทย์ได้เปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิง โดยมองว่า “การทำให้โรคสงบ” (remission) เป็นเป้าหมายที่สามารถบรรลุได้จริงและเป็นเป้าหมายสูงสุดเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิต และรักษาการทำงานของเซลล์ตับอ่อน (β -cell)

นิยามและเกณฑ์การวินิจฉัยเชิงวิชาการ

รายงานฉันทามติจากองค์กรชั้นนำระดับโลก (Endocrine Society, EASD, Diabetes UK และ ADA)¹ ได้กำหนดนิยามของ “การสงบลงของโรคเบาหวาน” คือสภาวะที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ต่ำกว่า 6.5% (48 mmol/mol) เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องพึ่งพายาลดระดับน้ำตาลใด ๆ การวินิจฉัยนี้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยหยุดยamananพอยู่ที่ฤทธิ์ยาจะหมดไป เพื่อประเมินความสามารถในการคุมระดับน้ำตาลของร่างกายอย่างแท้จริง ทั้งนี้ หากมีการใช้ยาบางกลุ่ม (เช่น GLP-1

RA เพื่อคุมน้ำหนัก หรือ SGLT2-i เพื่อรักษาโรคหัวใจ) จะไม่สามารถวินิจฉัยภาวะสงบลงของเบาหวานได้ แม้ระดับน้ำตาลจะอยู่ในเกณฑ์ก็ตาม

กลไกพยาธิสรีรวิทยา

หัวใจสำคัญของการย้อนกลับของโรค หัวใจสำคัญของการทำให้เบาหวานสงบลงคือการแก้ไขภาวะเนื้อเยื่อไขมันผิดปกติ (adiposopathy) และภาวะดื้อต่ออินซูลิน การสะสมของไขมันส่วนเกินในอวัยวะ (ectopic fat) โดยเฉพาะในตับและตับอ่อน เป็นตัวขัดขวางการทำงานของอินซูลินและทำลาย beta-cell ผ่านกระบวนการ gluco-lipotoxicity การลดน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญจะช่วยขจัดไขมันเหล่านี้ พื้นฟูการหลั่งอินซูลินในระยะแรก (first-phase insulin secretion) และปรับเปลี่ยนเส้นทางการอักเสบในร่างกาย นอกจากนี้ จุลินทรีย์ในลำไส้ (gut microbiota) เช่น akkermansia และ faecalibacterium ยังมีบทบาทสำคัญในการส่งสัญญาณผ่านระบบประสาทและภูมิคุ้มกันเพื่อควบคุมความหิวและความไวต่ออินซูลิน

3 เสาหลักสู่การทำให้โรคสงบ: คำแนะนำจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1. การปรับเปลี่ยนไลฟ์สไตล์อย่างเข้มข้น (intensive lifestyle intervention) หลักฐานจากการศึกษา DiRECT 2 และ DIADEM-1³ ยืนยันว่าการจำกัดพลังงานอย่างเข้มงวด (800–850 kcal/วัน) ในช่วงแรก สามารถ

ทำให้อัตราการสงบของโรคสูงถึงร้อยละ 46-61 ในปีแรก ปริมาณน้ำหนักรที่ลดได้คือตัวพยากรณ์ความสำเร็จที่สำคัญที่สุด โดยผู้ที่ลดน้ำหนักได้มากกว่าร้อยละ 15.0 มีโอกาสเข้าสู่ระยะสงบสูงถึงร้อยละ 86.0 อย่างไรก็ตาม อัตราการสงบอาจลดลงตามระยะเวลา ดังนั้นการสนับสนุนการควบคุมน้ำหนักในระยะยาวจึงเป็นสิ่งจำเป็น

2. นวัตกรรมทางเภสัชวิทยา (pharmacological intervention) ยาในกลุ่มใหม่ เช่น tirzepatide (dual GIP/GLP-1 receptor agonist) และ semaglutide ได้เปลี่ยนโฉมหน้าการรักษา โดยสามารถลดทั้ง HbA1c และน้ำหนักตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงกว่ายารักษามาตรฐานเดิม แม้การศึกษาบางชิ้นจะเรียกสภาวะนี้ว่า “การสงบลงด้วยยา” (Pharmacological remission) เนื่องจากน้ำหนักอาจกลับมาเพิ่มขึ้นหากหยุดยา แต่ยาในกลุ่มนี้มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูการทำงานของ beta-cell และลดไขมันในช่องท้อง

3. การผ่าตัดเพื่อการเผาผลาญ (metabolic surgery) เช่น Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) และ sleeve gastrectomy (SG) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและยั่งยืนที่สุด ข้อมูลจากการรวบรวมสถิติทั่วโลกระหว่างปี 2013-2015 พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด RYGB และ SG มีค่าเฉลี่ยการเข้าสู่ระยะสงบของโรคอยู่ที่ประมาณร้อยละ 64.7 การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) ที่ติดตามผลนานถึง 10 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดสามารถลดระดับ HbA1c ได้มากกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยยาและการปรับไลฟ์สไตล์อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงส่งผลกระทบต่อระบบฮอร์โมนและเมตาบอลิซึมโดยตรง ได้แก่ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของระดับฮอร์โมน GLP-1 ซึ่งช่วยฟื้นฟูการทำงานของเซลล์ตับอ่อนและเพิ่มความไวต่ออินซูลิน การลดลงของฮอร์โมน Ghrelin ที่ช่วยลดความรู้สึกหิว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนรุนแรง ดังนั้นผลดีของการผ่าตัดไม่ได้เกิดจากการลดน้ำหนักเพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนในทางเดินอาหาร การปรับสมดุลกรดน้ำดี และการเปลี่ยนแปลงทางอีพิเจเนติกส์ (epigenetics) ที่ส่งผลดีต่อการเผาผลาญในระดับยีน

กลยุทธ์การพยากรณ์และเวชศาสตร์แม่นยำ (Predictors & Precision Medicine)⁴

เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด แพทย์ควรใช้เครื่องมือช่วยตัดสินใจ เช่น DiaRem score 5 หรือแบบจำลอง machine learning เพื่อประเมินโอกาสสำเร็จ ปัจจัยที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีโอกาสเข้าสู่ระยะสงบได้สูง (positive predictors) ได้แก่:

- ระยะเวลาที่เป็นโรคน้อยกว่า 5-6 ปี
- อายุyoung และระดับ HbA1c เริ่มต้นไม่สูงเกินไป
- ไม่เคยใช้อินซูลินมาก่อน และมีการลดน้ำหนัก (TWL)

มากกว่าร้อยละ 10-15

ในทางกลับกัน การเป็นโรคนานกว่า 7 ปี หรือมีดัชนีมวลกาย (BMI) เริ่มต้นสูงกว่า 37.7 kg/m² อาจทำให้การเข้าสู่ระยะสงบทำได้ยากขึ้นและต้องอาศัยการลดน้ำหนักที่มากกว่าปกติ

ความสำคัญของการรักษาตั้งแต่ระยะแรก: “ผลดีระยะยาวของการควบคุมน้ำตาลให้ดีตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (legacy effect)” เป็นเหตุผลสำคัญที่ต้องมุ่งเน้นการทำให้โรคสงบตั้งแต่ช่วงแรก คือ ปრაกฏการณ์ “ความทรงจำของการเผาผลาญ” (metabolic memory) การที่ระดับน้ำตาลสูงในช่วงแรกจะสร้างความเสียหายในระดับเซลล์ที่ฝังรากลึก การศึกษา UKPDS และ Look AHEAD แสดงให้เห็นว่าการคุมระดับน้ำตาลให้ได้ตามเป้าหมาย (HbA1c < 6.5%) ภายในปีแรกที่วินิจฉัย จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังได้ร้อยละ 33.0 และลดอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 40.0 ในระยะยาว แม้ว่าในภายหลังระดับน้ำตาลจะเพิ่มขึ้นบ้างก็ตาม

บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการรักษา

การทำให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สงบลงไม่ได้เป็นเพียงความฝันอีกต่อไป แต่เป็นเป้าหมายที่จับต้องได้ผ่าน “การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” แพทย์ควรเปลี่ยนกระบวนการค้นคว้าจากการ “ปรับระดับน้ำตาล” ไปสู่การ “การดูแลเชิงรุกเพื่อทำให้โรคสงบ” โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มเป็นโรค (early-stage T2DM)

สรุปคำแนะนำสำคัญสำหรับเวชปฏิบัติ⁴

1. วินิจฉัยและรักษาอย่างเข้มข้นทันที: ใช้การปรับเปลี่ยนไลฟ์สไตล์ร่วมกับยานวัตกรรมตั้งแต่ระยะแรกเพื่อรักษามวลของเซลล์ตับอ่อน

2. ติดตามผลอย่างใกล้ชิด: แม้โรคจะสงบลงแล้ว แต่เนื่องจาก T2DM มีธรรมชาติที่พร้อมจะกลับมาเป็นซ้ำ (relapsing nature) จึงต้องมีการติดตามระดับน้ำตาลและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

3. วางแผนเฉพาะบุคคล: ใช้ข้อมูล Biomarkers (เช่น FGF-21 หรือ microRNAs) และคะแนนพยากรณ์เพื่อเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมที่สุดกับลักษณะ (phenotype) ของผู้ป่วยรายนั้น ๆ

การมุ่งสู่ระยะสงบของโรคคือการคืนอิสรภาพจากการใช้ยาและลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งจะเป็นการพลิกโฉมอนาคตของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Riddle MC, Cefalu WT, Evans PH, Gerstein HC, Nauck MA, Ohad G, et al. Consensus report: definition and interpretation of remission in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2021;44:2438-44.
2. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Hammad N, Thom G, McCombie L, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet*. 2018;391(10120):541-51.
3. Taheri S, Zaghoul H, Chagoury O, Elhadad S, Ahmed SH, El Khatib N, et al. Effect of intensive lifestyle intervention on bodyweight and glycaemia in early type 2 diabetes (DIADEM-I): an open-label, parallel-group, randomised controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020;8:477-89.
4. Corrao S, Falcone F, Mirarchi L, Di Giacomo C, Licata G, Argano C. Type 2 Diabetes Mellitus Remission, Dream or Reality? A Narrative Review of Current Evidence and Integrated Care Strategies. *Diabetes Ther*. 2025;16:1557-79.
5. Wood GC, Horwitz D, Still CD, Mirshahi T, Benotti P, Parikh M, et al. Performance of the DiaRem Score for Predicting Diabetes Remission in Two Health Systems Following Bariatric Surgery Procedures in Hispanic and non-Hispanic White Patients. *Obes Surg*. 2018;28:61-8.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและความสัมพันธ์ของภาวะเปราะบางกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเครือข่ายคลินิกปฐมภูมิ

รศ.ดร.รณ ใสยะ, พ.บ., ศรวิศ แสงแก้ว, พ.บ.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่

ผู้รับผิดชอบบทความ:

รศ.ดร.รณ ใสยะ, พ.บ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลหาดใหญ่
182 ถ.รัถการ อ.หาดใหญ่
จ.สงขลา 90110, ประเทศไทย
Email: flight7007@hotmail.
com

Received: September 30, 2024;

Revised: November 3, 2024;

Accepted: December 4, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: ในปัจจุบัน ประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในอำเภอหาดใหญ่มีกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 54,165 คน โดยมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 18.5 เบาหวานมีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ลักษณะความสัมพันธ์เป็นแบบ U-shape และยังไม่ได้มีการศึกษาในประเทศไทยถึงขนาดและลักษณะความสัมพันธ์ดังกล่าว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเปราะบาง และความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ที่เข้ารับบริการในคลินิกปฐมภูมิ 5 แห่งของคลินิกปฐมภูมิ โดยสุ่มอย่างเป็นระบบ ใช้ FRAIL Scale วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Chi-square และ logistic regression

ผลการศึกษา: การศึกษานี้มีผู้เข้าร่วม 350 ราย ความชุกของภาวะเปราะบางอยู่ที่ร้อยละ 40.9 กลุ่มเปราะบางมีระดับน้ำตาลที่ 140 mg% และ กลุ่มไม่เปราะบางมีระดับน้ำตาลที่ 130 mg% ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้นกับภาวะเปราะบางเป็น 1.0062 เท่า (AOR 1.0062, 95%CI 1.0007-1.0119)

สรุป: การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะเปราะบางทางกายภาพสูง และระดับน้ำตาลที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับภาวะนี้อย่างชัดเจน การดูแลภาวะเปราะบางในผู้ป่วยเบาหวานจึงมีความสำคัญในสังคมผู้สูงอายุที่มีทรัพยากรจำกัด

คำสำคัญ: ภาวะเปราะบางทางกายภาพ ผู้สูงอายุ เบาหวานชนิดที่ 2

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Association of Frailty and Glycemic Level Among Elderly with Diabetes Mellitus Type 2 in Primary Care Unit

Ratawan Saiya, M.D., Sorawat Sangkaew, M.D.

Department of Social Medicine, Hatyai Hospital, Thailand

Corresponding author :

Ratawan Saiya, M.D.,
Department of Social Medicine,
Hatyai Hospital, 182
Ratthakan, Tambon Hat Yai,
Hat Yai District, Songkhla
90110 Thailand
Email: flight7007@hotmail.com

Received: September 30, 2024;

Revised: November 3, 2024;

Accepted: December 4, 2024

ABSTRACT

Background: The proportion of elderly people in Thailand is rapidly increasing, with diabetes linked to higher frailty rates. A prior study found a U-shaped relationship between glycosylated hemoglobin levels and frailty risk in type 2 diabetes patients, but no similar studies have been conducted in Thailand. This study aimed to examine frailty prevalence and the association between glycemic control and frailty in the elderly with type 2 diabetes

Method: A cross-sectional study among older adults with diabetes was performed from five Primary Care Units at Hatyai Hospital. Physical frailty was assessed using the FRAIL scale. Data were analyzed using frequency distribution, Chi-square, and logistic regression.

Results: In a study of 350 subjects, physical frailty prevalence was 40.9%. The median blood sugar level in the frail group was significantly higher than in the non-frail group. Increased blood sugar levels were associated with frailty (AOR 1.0062, 95% CI 1.0007-1.0119).

Conclusions This study found high physical frailty in the elderly with type 2 diabetes, with higher sugar levels linked to frailty. In an aging society with limited resources, managing frailty in diabetic patients is crucial due to its commonality and strong association.

Keywords: physical frailty, elderly, diabetes mellitus type 2

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุ เป็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นทั่วโลก เนื่องจากประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นและอัตราการเกิดลดลง ทำให้จำนวนผู้สูงอายุในแต่ละประเทศเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว สังคมที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดถือเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” ยุโรปและเอเชียตะวันออก เป็นภูมิภาคที่มีประชากรสูงอายุเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในประเทศอย่าง ญี่ปุ่น ซึ่งมีสัดส่วนประชากรที่อายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ทำให้เป็นประเทศที่มีสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ปัจจุบันประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ในไทยคิดเป็นประมาณร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30.0 ในปี พ.ศ. 2573 ยิ่งชีวิตที่ยืนยาวในผู้สูงอายุยิ่งมีความชุกของกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับอายุ ความเปราะบาง ความพิการ โรคทางหัวใจและหลอดเลือด โรคทางสมอง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ขาดการเชื่อมต่อกับสังคมและชุมชน และเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงแบบสมบูรณ์แบบ องค์การอนามัยโลกได้ขอให้นายยุทธศาสตร์ระดับโลกมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุรวมถึงการบริการระยะยาว เพื่อรักษาระดับความสามารถในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร

ภาวะเปราะบาง¹ เกิดจากการเสื่อมถอยของอวัยวะและเซลล์ ทำให้ร่างกายอ่อนแอและเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องรวมถึงอายุ เพศ การศึกษา รายได้ การประเมินสุขภาพ การอาศัยอยู่เพียงลำพัง ความสามารถในการเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ การสูญเสียน้ำหนัก โรคแทรกซ้อน ความเครียด และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งขั้นพื้นฐานและขั้นปานกลาง รวมถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

เบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่ทำลายระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานปี 2562-2563² พบผู้สูงอายุเป็นเบาหวานถึงร้อยละ 20.4 และข้อมูลปี 2565 พบร้อยละ 21.1² หากไม่ควบคุมดี อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

เบาหวานสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง โดยทั้งเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและ

ส่งผลกระทบต่อร่างกายและการรู้คิด ทำให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการล้ม ความพิการ และเสียชีวิต ในการศึกษาของ Zaslavsky³ พบว่าร้อยละ 30.0 ของผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะเปราะบาง และระดับน้ำตาลที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบางคือ < 160 มก./ดล. และ > 180 มก./ดล.

การศึกษาในปัจจุบันมีข้อมูลความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานไม่มากนัก โดยเฉพาะในประเทศไทย งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิและความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับภาวะเปราะบาง เพื่อปรับปรุงการดูแลในชุมชน

วัตถุประสงค์และวิธีการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาแบบภาพตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional analytic study)

ประชากรที่ศึกษา

ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการในคลินิกปฐมภูมิ 5 แห่งภายใต้การควบคุมของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ระหว่าง 1 พฤศจิกายน 2566 - 31 มกราคม พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวาน อายุ 60 ปีขึ้นไป เข้ารับบริการในคลินิกปฐมภูมิโรงพยาบาลหาดใหญ่ 5 แห่ง
2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นกลุ่มติดสังคม (ADL \geq 12)

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยป่วยทางจิต
2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง
3. ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยพิการทางด้านร่างกาย หรือจิตใจ หรือสติปัญญา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (E11) ในระบบซอฟต์แวร์พระมงกุฎเกล้า ของโรงพยาบาลหาดใหญ่

จาก 5 คลินิกปฐมภูมิ โดยอ้างอิงจากงานวิจัย Glucose Levels and Risk of Frailty³ กำหนด alpha significance level ที่ 0.05 และ Power of test ที่ 0.3 คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 323 คน เพิ่มร้อยละ 10.0 รวมเป็น 350 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลในรูปแบบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยสุ่มเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) จากผู้ป่วยเบาหวานอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการคลินิกปฐมภูมิทั้งหมด 5 แห่ง ใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นกระดาษ โดยก่อนตอบแบบสอบถามผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะทำการลงลายมือชื่อยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อน จากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟัง โดยใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 10 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมดมี 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย (demographic data) ได้แก่ คลินิกที่รับบริการ เพศ อายุ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจุบัน ความเพียงพอต่อรายได้ปัจจุบันต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคประจำตัว ประวัติการทานยาต้ม/หม้อ/สมุนไพร ประวัติการนอนโรงพยาบาลภายใน 1 ปี ประวัติการหกล้มภายใน 1 ปี คิดว่าตนเองมีปัญหาด้านความจำหรือไม่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการรักษาโรคเบาหวาน ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน จำนวนชนิดยาเบาหวานที่ได้รับทั้งหมด ปริมาณยาเบาหวานกลุ่ม metformin ที่ได้รับต่อวัน ปริมาณยาเบาหวานกลุ่ม sulfonylureas ที่ได้รับต่อวัน การได้รับยาฉีดอินซูลิน (insulin) ระดับน้ำตาลในเลือดแบบงดน้ำงดอาหารล่าสุด ระดับน้ำตาลแบบสะสม (hemoglobin A1C, HbA1C) ล่าสุด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการตรวจเลือดอื่นล่าสุด ได้แก่ ระดับการทำงานของไต (estimated glomerular filtration rate, creatinin) ระดับการทำงานของตับ (alanine amino-

transferase, aspartate aminotransferase) ระดับค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (hemoglobin)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลภาวะเปราะบาง FRAIL scale จำนวน 5 ข้อ จากคู่มือการตรวจคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นโดย วรุต และคณะ⁴ เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงเป็นภาษาไทยเพื่อประเมินภาวะเปราะบางโดยพบว่า มีความถูกต้องและแม่นยำ และน่าเชื่อถือสำหรับการประเมินผู้สูงอายุในประเทศไทย ประกอบด้วยคำถามดังต่อไปนี้ 1) อาการอ่อนเพลียในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา 2) ปัญหาในการเดินขึ้นบันได 10 ขั้นโดยไม่หยุดพักและไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย 3) ปัญหาในการเดิน 300-400 เมตร ด้วยตนเองโดยไม่หยุดพัก และไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย 4) โรคประจำตัวตั้งแต่ 5 โรคขึ้นไป 5) น้ำหนักที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ขึ้นไปใน 1 ปี เกณฑ์ประเมินคือหากมีคุณลักษณะเข้าได้ตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปจาก 5 ข้อถือว่ามีความเปราะบาง โดยเครื่องมือแบบประเมิน FRAIL scale ฉบับภาษาไทยพบว่ามีความแม่นยำที่สูง (AUC = 0.882) เมื่อใช้จุดตัดคะแนนที่ 3 คะแนนพบว่าแบบประเมิน FRAIL scale มีค่า sensitivity ร้อยละ 45 specificity ร้อยละ 98.3 ค่า positive predictive value (PPV) ร้อยละ 94.7 และ negative predictive value (NPV) ร้อยละ 72.8⁵

การวิเคราะห์ข้อมูลและเครื่องมือทางสถิติ

คำนวณโดยใช้โปรแกรม R version 4.6.0.6 โดยรายงานผลการทดสอบดังรายละเอียดต่อไปนี้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบสัดส่วนด้วยสถิติ Chi-square และหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ โดยใช้ logistic regression นำเสนอค่า odds ratio (OR) และ 95% confidence interval (CI) โดยวิเคราะห์แบบการถดถอยพหุ (multiple logistic regression) เลือกปัจจัยที่ให้ค่า p-value น้อยกว่า 0.05 เพื่อนำมาวิเคราะห์ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะเปราะบาง โดยนำเสนอเป็นค่า adjust odds ratio (AOR)

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน 143 คน จากทั้งหมด 350 คน มีภาวะประสาบทางกายภาพ คิดเป็นร้อยละ 40.9 ลักษณะประชากรตามปัจจัยส่วนบุคคลที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.4 ครึ่งหนึ่งมีอายุมากกว่า 71 ปี ค่ามัธยฐานดัชนีมวลกาย 26.5

กก./ม.² โดยจบการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 33.0 สถานภาพหย่า/แยก ร้อยละ 38.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.2 มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน ร้อยละ 40.3 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 71.9 เป็นโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 81.4 เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตกร้อยละ 7.2 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 4.4

ตารางที่ 1. ความชุกของภาวะประสาบทางกายภาพ ลักษณะทางคลินิกของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มไม่ประสาบทางกายภาพและกลุ่มประสาบทางกายภาพ

ข้อมูลประชากร	ทั้งหมด	มีภาวะประสาบทางกายภาพ	ไม่มีภาวะประสาบทางกายภาพ	p-value
จำนวนประชากรทั้งหมด (จำนวน)	350	143	207	
อายุ (ปี) Median (IQR)	68 (64,73)	71 (66,77)	66 (64,70)	< 0.001*
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²) Median (IQR)	25.8 (23,29)	26.5 (23.3,29.9)	24.9 (22.7,28.2)	0.017*
ข้อมูลทั่วไป, จำนวน (ร้อยละ)				
เพศ, จำนวน (ร้อยละ)				0.108
ชาย	104 (29.6)	35 (24.6)	69 (33)	
หญิง	246 (70.4)	108 (75.4)	138 (67)	
ศูนย์บริการปฐมภูมิ จำนวน				< 0.001*
คลินิกเวชปฏิบัติ	70	34	36	
ศูนย์แพทย์คลองแห	70	25	45	
ศูนย์แพทย์ควนลัง	70	33	37	
ศูนย์แพทย์สามตำบล	70	33	37	
ศูนย์แพทย์พะตง	70	18	52	
ระดับการศึกษา, จำนวน (ร้อยละ)				0.004*
ไม่ได้รับการศึกษา	42 (11.9)	19 (13.1)	23 (11.2)	
ประถมศึกษา	116 (33)	64 (44.6)	52 (25)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	48 (13.8)	13 (9.2)	35 (17)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	51 (14.5)	14 (10)	36 (17.6)	
อนุปริญญา	37 (10.7)	11 (7.7)	26 (12.8)	
ปริญญาตรี	56 (16)	22 (15.4)	34 (16.5)	
สถานภาพสมรส, จำนวน (ร้อยละ)				0.023*
โสด	85 (24.2)	33 (23.1)	52 (25)	
คู่	131 (37.4)	43 (30)	88 (42.6)	
หม้าย/หย่า/แยก	134 (38.4)	67 (46.9)	67 (32.4)	
อาชีพ จำนวน (ร้อยละ)				0.007*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	106 (30.2)	59 (40.8)	47 (22.9)	
ลูกจ้าง/พนักงาน	91 (26.1)	26 (18.5)	65 (31.4)	
เกษตรกรกรรม	84 (23.9)	34 (23.8)	50 (23.9)	
ค้าขาย	58 (16.7)	21 (14.6)	37 (18.1)	
ข้าราชการ	11 (3.1)	3 (2.3)	8 (3.7)	
ความเพียงพอต่อรายได้ปัจจุบันต่อเดือน จำนวน (ร้อยละ)				0.297
เพียงพอ/พอใช้	141 (40.3)	53 (36.9)	88 (42.6)	
ไม่เพียงพอ/ไม่พอใช้	112 (32.1)	44 (30.8)	68 (33)	
มีเหลือเก็บ	97 (27.7)	46 (32.3)	51 (24.5)	

ตารางที่ 1. ความชุกของภาวะเปราะบางทางกายภาพ ลักษณะทางคลินิกของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มไม่เปราะบางทางกายภาพและกลุ่มเปราะบางทางกายภาพ (ต่อ)

ข้อมูลประชากร	ทั้งหมด	มีภาวะเปราะบางทางกายภาพ	ไม่มีภาวะเปราะบางทางกายภาพ	p-value
โรคความดันโลหิตสูง	280 (79.9)	120 (83.8)	60 (77.1)	0.142
โรคไขมันในเลือดสูง	285 (81.4)	122 (85.4)	163 (78.7)	0.133
โรคเส้นเลือดสมองตีบ/แตก	25 (7.2)	15 (10.8)	10 (4.8)	0.043*
โรคหัวใจขาดเลือด	8 (2.2)	3 (2.3)	5 (2.1)	1.000
โรคหอบหืด/ถุงลมโป่งพอง	8 (2.2)	2 (1.5)	6 (2.7)	0.705
โรคตับแข็ง	1 (0.3)	1 (0.8)	0 (0)	0.409
โรคข้อเข่าเสื่อม	15 (4.4)	11 (7.7)	4 (2.1)	0.017*
ประวัติการสูบบุหรี่, จำนวน (ร้อยละ)				
ขณะนี้ยังสูบบุหรี่	15 (4.1)	7 (4.6)	8 (3.7)	< 0.001*
ไม่เคยสูบบุหรี่	322 (92.1)	131 (91.5)	192 (92.6)	
หยุดสูบบุหรี่แล้ว	133 (3.8)	6 (3.9)	7 (3.7)	
ประวัติหกล้มใน 1 ปี, จำนวน (ร้อยละ)	100 (28.6)	63 (43.8)	37 (18.1)	< 0.001*
คิดว่าตนเองมีปัญหาด้านความจำ, จำนวน (ร้อยละ)	139 (39.6)	83 (57.7)	56 (27.1)	
ข้อมูลการตรวจเลือดอื่น ๆ ล่าสุด				
Hb Mean (SD.)	12.5 (1.5)	12.3 (1.5)	12.7 (1.4)	0.025
GFR Median (IQR)	82 (63, 92.8)	81.2 (62.4, 91.3)	83.4 (63.2, 92.9)	0.522
Creatinine Median (IQR)	0.8 (0.7, 1)	0.8 (0.7, 1)	0.8 (0.7, 1)	0.503
AST Median (IQR)	24 (20, 32)	25 (19, 33)	24 (20, 30.5)	0.635
ALT Median (IQR)	19 (14, 29)	19 (14, 29)	19 (14, 29)	0.805
ข้อมูลการรักษาโรคเบาหวาน Median (IQR)				
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน (ปี)	8 (4, 12)	9 (5, 13)	8 (4, 12)	0.066
จำนวนชนิดยาทั้งหมด (ชนิด)	5 (4, 7)	6 (4, 8)	5 (3, 6)	< 0.001*
จำนวนชนิดยาเบาหวานทั้งหมด (ชนิด)	2 (1, 2)	2 (1, 2)	1 (1, 2)	0.107
ปริมาณยา metformin ต่อวัน	1,000 (500, 2,000)	1,000 (500, 2000)	1,000 (500, 2,000)	0.927
ปริมาณยาในกลุ่ม sulfonylureas ที่ได้รับต่อวัน				0.343
Sulfonylureas < 10 มก./วัน (คน)	48	30	18	
Sulfonylureas 10-20 มก./วัน (คน)	103	57	46	
Sulfonylureas > 20 มก./วัน	2	1	1	
การใช้อินซูลินแบบฉีด, จำนวน (ร้อยละ)				0.025*
ใช้อินซูลินแบบฉีด	29 (8.2)	18 (12.3)	11 (5.3)	
ไม่ใช้อินซูลินแบบฉีด	321 (91.8)	125 (87.7)	196 (94.7)	
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะดื่มน้ำงดอาหาร	138 (113.2, 160)	138 (113.2, 160)	130 (112.8, 154.2)	0.022*
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม	7.2 (6.5, 8.2)	7.2 (6.5, 8.2)	7 (6.5, 8)	0.05
ประเมินการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง, จำนวน (ร้อยละ)				0.006*
ดี	57 (16.4)	57 (16.4)	23 (11.2)	
ปานกลาง	214 (61)	214 (61)	130 (62.8)	
แย่	79 (22.6)	79 (22.6)	54 (26)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05

ไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 92.1 มีประวัติการหกล้มในหนึ่งปี ร้อยละ 28.6 คิดว่าตนเองมีปัญหาด้านความจำร้อยละ 39.6 ค่ามัธยฐานของระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 8 ปี จำนวนชนิดยา 5 ชนิด ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดขณะอดอาหาร 138 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดร้อยละ 7.2 ใช้อินซูลินแบบฉีดร้อยละ 8.2

ลักษณะประชากรที่ศึกษา พบว่าคุณลักษณะที่แตกต่างกับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะประสาบทางกายภาพ ได้แก่ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคร่วมเป็นโรคหลอดเลือดในสมองตีบ/แตก โรคข้อเข่าเสื่อม ประวัติหกล้มภายในหนึ่งปี การคิดว่าตนเองมีปัญหาด้านความจำ จำนวนชนิดยาทั้งหมด การใช้อินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดแบบอดอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรต่อเดียว (simple logistic regression) พบปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง กลุ่มประสาบ และกลุ่มไม่ประสาบ ได้แก่ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย การเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตก โรคข้อเข่าเสื่อม จำนวนชนิดยาที่ได้รับทั้งหมด ประวัตินอนโรงพยาบาลภายใน 1 ปี การคิดว่าตนเองมีปัญหาด้านความจำ ประวัติหกล้มใน

1 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และภาวะประสาบทางกายภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เพื่อทำการหาความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์แบบพหุสัมพันธ์

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุในตารางที่ 3 โดยใช้ตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเดียวกับตัวแปรตาม FRAIL scale มาเป็นตัวแปรอธิบาย พบว่า อายุ ค่าดัชนีมวลกาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อเข่าเสื่อม ประวัตินอนโรงพยาบาลภายใน 1 ปี ความกังวลเกี่ยวกับปัญหาด้านความจำ ประวัติการหกล้มใน 1 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ถูกพิจารณาว่ามีความสัมพันธ์ต่อภาวะประสาบทางกายภาพในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประวัติการนอนโรงพยาบาลภายใน 1 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะประสาบทางกายภาพมากที่สุด นอกจากนี้ ระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์กับภาวะประสาบ แม้จะเป็นความสัมพันธ์ในระดับเล็กน้อย แต่ก็มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้นกับภาวะประสาบเป็น 1.0062 เท่า (AOR 1.0062, 95%CI 1.0007-1.0119)

ตารางที่ 2. ลักษณะประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน และความสัมพันธ์ต่อภาวะประสาบทางกายภาพ logistic regression

ข้อมูลประชากร	Odds ratio	95%CI	p-value
เพศหญิง	1.51	(0.91, 2.49)	0.106
อายุ	1.10	(1.06, 1.14)	< 0.001*
ค่าดัชนีมวลกาย	1.06	(1.01, 1.11)	0.008*
โรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตก	2.40	(1.01, 5.73)	0.045
โรคข้อเข่าเสื่อม	3.83	(1.18, 12.5)	0.018*
ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน	1.04	(0.99, 1.10)	0.119
จำนวนชนิดยาที่ได้รับทั้งหมด	1.26	(1.13, 1.40)	< 0.001*
จำนวนชนิดยาเบาหวาน	1.24	(0.95, 1.62)	0.108
มีประวัตินอนโรงพยาบาลภายใน 1 ปี	6.46	(2.11, 19.79)	< 0.001*
คิดว่าตนเองมีปัญหาด้านความจำ	3.66	(2.28, 5.88)	< 0.001*
มีประวัติหกล้มใน 1 ปี	3.54	(2.13, 5.88)	< 0.001*
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร	1.0077	(1.0026, 1.0127)	0.002*
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม	1.2	(1.04, 1.39)	0.012*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$; 95CI, 95% confidence interval

ตารางที่ 3. ปัจจัยสัมพันธ์กับภาวะเปราะบางทางกายภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เมื่อใช้การทดสอบทางสถิติ multiple logistic regression

ข้อมูลประชากร	Adjust OR 95%CI	p-value
อายุ	1.10 (1.05,1.15)	< 0.001*
ค่าดัชนีมวลกาย	1.08 (1.03,1.15)	0.002*
โรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตก	2.23 (0.83,6.03)	0.011*
โรคข้อเข่าเสื่อม	3.64 (0.99,13.38)	0.043*
มีประวัตินอนโรงพยาบาลภายใน 1 ปี	5.79 (1.64,20.42)	0.006*
คิดว่าตนเองมีปัญหาด้านความจำ	2.21 (1.29,3.81)	0.004*
ประวัติหกล้มใน 1 ปี	2.33 (1.29,4.20)	0.005*
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะดื่มน้ำอาหาร	1.0062 (1.0007,1.0119)	0.025*
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม	1.1000 (0.8800,1.3600)	0.019*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05, Adjust: age, BMI, underlying disease, Hx. hospital admission, cognitive decline

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะเปราะบางทางกายภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ที่ร้อยละ 40.9 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของ Zaslavsky³ มีการศึกษาของ Perkisas และ Vandewoude⁶ ที่พบว่าความชุกของภาวะเปราะบางในประชากรทั่วไปมีความแปรผันสูง ขึ้นอยู่กับแง่มุมที่ถูกวัดหรือเครื่องมือคัดกรองที่ใช้ เมื่อคัดกรองในกลุ่มประชากรเฉพาะที่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ความชุกของภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยร้อยละ 5.0-10.0 เป็นร้อยละ 32.0-48.0 การศึกษานี้ยังพบว่า อายุ ค่าดัชนีมวลกาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อเข่าเสื่อม ประวัตินอนโรงพยาบาลภายใน 1 ปี ความกังวลเกี่ยวกับปัญหาด้านความจำ ประวัติการหกล้มใน 1 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยความกังวลเกี่ยวกับปัญหาด้านความจำอาจต้องศึกษาต่อยอดในประเด็นภาวะเปราะบางทางสติปัญญา นอกจากนี้ การศึกษานี้ถือเป็นรายงานแรกที่ทำการศึกษาสถานการณ์จริงของภาวะเปราะบางในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย นอกจากนี้ได้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบางกับระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้มาตรวัดภาวะเปราะบางที่มีการกำหนดไว้อย่างกว้างขวาง คือ FRAIL scale

การศึกษา United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS)⁷ ซึ่งไม่รวมผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวดช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดขนาดเล็กได้ การศึกษา ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes)⁸ และ ADVANCE (Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicron Modified Release Controlled Evaluation)⁹ ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุ ไม่สามารถยืนยันได้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวดช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ สิ่งนี้ชี้ให้เห็นถึงความซับซ้อนในการจัดการเบาหวาน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ที่ประโยชน์จากการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเข้มงวดอาจไม่ได้ส่งผลต่อการรอดชีวิตที่ดีขึ้นเสมอไป¹⁰

ผลการวิจัยอาจแสดงถึงความชุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ประสบกับภาวะเปราะบาง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงระดับของปัญหานี้ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย การที่พบว่ามีความชุกของภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานอาจบ่งบอกถึงความจำเป็นในการปรับปรุงการดูแลรักษาและการเฝ้าระวังภาวะนี้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผลวิจัยแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับภาวะเปราะบางจะช่วยตอบคำถามเกี่ยวกับผลกระทบของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่มีต่อภาวะเปราะบาง เช่น หากผลการวิจัยพบว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาล

ในเลือดสูงมักจะมีภาวะประสาบบางมากกว่า อาจเป็นข้อบ่งชี้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ดีทำให้เกิดภาวะประสาบบางหรือทำให้อาการของภาวะนี้แย่ลง^{11,12} ช่วยให้แพทย์และผู้ดูแลในเครือข่ายคลินิกปฐมภูมิตระหนักถึงความสำคัญของการติดตามภาวะประสาบบางในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ การที่พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เหมาะสมสัมพันธ์กับภาวะประสาบบางอาจนำไปสู่การปรับแผนการรักษาเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงของภาวะนี้

ข้อจำกัดของการศึกษา คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเครือข่ายคลินิกปฐมภูมิของโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้น ทำให้ผลการวิจัยอาจไม่สามารถทั่วไปได้กับประชากรในพื้นที่อื่น ๆ หรือในบริบทการรักษาที่แตกต่างกัน การวัดภาวะประสาบบางอาจขึ้นอยู่กับเครื่องมือและวิธีการที่ใช้ ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนถึงทุกแง่มุมของภาวะประสาบบางได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะในส่วนของปัจจัยทางจิตสังคมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจมีผลต่อภาวะประสาบบางในผู้สูงอายุ มีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อภาวะประสาบบางและระดับน้ำตาลในเลือด^{13,14} เช่น การใช้ยา การออกกำลังกาย หรือการรับประทานอาหาร ที่ไม่ได้ถูกควบคุมหรือพิจารณาอย่างละเอียดในการศึกษา ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างภาวะประสาบบางและระดับน้ำตาลในเลือด รวมถึงการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาเดียว ดังนั้นจึงไม่สามารถตรวจสอบถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causality) ระหว่างภาวะประสาบบางและระดับน้ำตาลในเลือดได้ การศึกษาระยะยาว (longitudinal study) อาจจำเป็นเพื่อทำความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงภาวะเหล่านี้ในช่วงเวลาต่าง ๆ

สรุป

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อวิเคราะห์ความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะประสาบบางกับระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในเครือข่ายคลินิกปฐมภูมิ เนื่องจากภาวะประสาบบางเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความชุกของภาวะประสาบบางในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนี้ยังพบ

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะประสาบบางทางกายภาพ โดยผู้ที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีมีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะประสาบบางมากขึ้น การศึกษานี้ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในเรื่องของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความสัมพันธ์กับภาวะประสาบบาง ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกปฐมภูมิ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ควรกำหนดแนวทางการคัดกรองภาวะประสาบบางในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างสม่ำเสมอเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้

Highlight

1. งานวิจัยนี้เป็นหลักฐานแรก ๆ ที่รายงาน ภาวะประสาบบางในผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย
2. จากงานวิจัย พบว่า ภาวะประสาบบางและก่อนประสาบบางมีความชุกสูง ในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
3. ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารที่สูงสัมพันธ์กับภาวะประสาบบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR 1.006, p = 0.025)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์นิศจรา กุณาชลต์ อาจารย์ศรวีส แสงแก้ว และนางสาวคอดีเยาะ กาเสาะ ที่ให้คำปรึกษา งานวิจัย และเครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลขนาดใหญ่ทุกสาขาที่ให้ความร่วมมือจนทำให้ผลงานสำเร็จได้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing. Report of consortium meeting 1-2 December 2016 in Geneva, Switzerland. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/FWC/ALC/17.2). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563.
3. Zaslavsky O, Walker RL, Crane PK, Gray SL, Larson EB. Glucose Levels and Risk of Frailty. GERONA. 2016;71:1223-9.

4. Committee for the Development of Screening and Assessment Tools for Older Adults' Health, Ministry of Thai Public Health. Handbook on Screening and Assessment of Older Adults' Health 2021 [Internet]. 2021 [cited 2024 Feb 24]. Available from: http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file_download/file_20210129131952.pdf [In Thai]
5. T Sriwong W, Mahavisessin W, Srinonprasert V, Sirissawakul A, Aekplakorn W, Limpawattana P, et al. Validity and reliability of the Thai version of the simple frailty questionnaire (T-FRIL) with modifications to improve its diagnostic properties in the preoperative setting. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):161. PubMed PMID: 35227210
6. Perkisas S, Vandewoude M. Where frailty meets diabetes. *Diabetes Metabolism Res*. 2016;32:261-7.
7. King P, Peacock I, Donnelly R. The UK Prospective Diabetes Study (UKPDS): clinical and therapeutic implications for type 2 diabetes. *Brit J Clinical Pharma*. 1999;48:643-8.
8. Ginsberg HN. The ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) Lipid Trial. *Diabetes Care*. 2011;34:S107-8.
9. Committee AM. Study Rationale and Design of ADVANCE: Action in Diabetes and Vascular disease - preterax and diamicon MR controlled evaluation. *Diabetologia*. 2001;44:1118-20.
10. Chen CY, Wu SC, Chen LJ, Lue BH. The prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;50(Suppl 1):S43-7.
11. Ratanasiri T, Lerttrakarnnon P. Frailty and associated factors of elderly Buddhist monks in Chiang Mai Province, Thailand. *Chiang Mai Medical Journal*. 2019;58:211-21.
12. Blaum CS, Xue QL, Tian J, Semba RD, Fried LP, Walston J. Is hyperglycemia associated with frailty status in older women? *J Am Geriatr Soc*. 2009;57:840-7.
13. Haneda M, Ito H. Japan Diabetes Society (JDS)/Japan Geriatrics Society (JGS) Joint Committee on Improving Care for Elderly Patients with Diabetes: glycemic targets for elderly patients with diabetes. *Diabetol Int* 2016;7:331-3.
14. Hamada S, Gulliford MC. Mortality in Individuals Aged 80 and Older with Type 2 Diabetes Mellitus in Relation to Glycosylated Hemoglobin, Blood Pressure, and Total Cholesterol. *J Am Geriatr Soc* 2016; 64:1425-31.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้ระบบสามหมอ ในเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวแห่งหนึ่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ปี 2563-2565

นิตติ อารมณชีน, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดอยุธยา

ผู้รับผิดชอบบทความ:

นิตติ อารมณชีน, พ.บ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
46/1 หมู่ 4 ถ.อุทอง ต.ประตู่ชัย
อ.พระนครศรีอยุธยา
จ.พระนครศรีอยุธยา 13000,
ประเทศไทย
Email: niti_ar@hotmail.com

Received: February 1, 2025;

Revised: March 26, 2025;

Accepted: May 19, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้กลไกสามหมอในการดูแลและติดตามผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อเปรียบเทียบผลการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงในการรักษารูปแบบเดิมกับการใช้ระบบสามหมอ

แบบวิจัย: การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา

วัตถุประสงค์และวิธีการ: ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนสมัครใจที่จะรับการดูแลที่บ้านจะได้รับบริการโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกล

ผลการศึกษา: เปรียบเทียบผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาแบบเดิมกับการรักษาโดยทีมสามหมอที่บ้านสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ดีร้อยละ 38.7, 34.4 และ 35.5, 38.7 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลทั้งสองแบบไม่มีความแตกต่างกันเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย

คำสำคัญ: สามหมอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ORIGINAL ARTICLE

Development of a Continuous Chronic Disease Management for Patients Using The Three-doctor Program in the Someplace Primary Care Cluster, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province (2020–2022)

Niti Aromchuen, M.D., MRCFPT

Department of Social Medicine, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital, Thailand

Corresponding author :

Niti Aromchuen, M.D.,
461 U Thong Rd, Pratu Chai
Sub-district, Phra Nakhon
Si Ayutthaya District, Phra
Nakhon Si Ayutthaya 13000,
Thailand
Email: niti_ar@hotmail.com

Received: February 1, 2025;

Revised: March 26, 2025;

Accepted: May 19, 2025

ABSTRACT

Background: Development of a care system for chronic patients using The Three-Doctor Program to care for and monitor patients at home. To compare the results of controlling diabetes and hypertension in normal treatment with the Three-Doctor Program.

Design: Retrospective Descriptive Study

Methods: Registered diabetic and hypertensive patients received voluntary home care provided by trained Village health volunteers and tele-medicine.

Results: Diabetic and hypertensive patients were compared with those who received normal treatment, and the Three-doctor program treatment. Well-controlled blood sugar and blood pressure level 38.7%, 34.4% and 35.5%, 38.7%, respectively, were reported with no statistically significant differences.

Conclusions: Patients who received both types of care did not differ from each other, which reduced travel costs for patients.

Keywords: The Three-doctor Program, village health volunteers, diabetic, hypertension

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ประชาชนทุกคนมีหมอ 3 คน เป็นที่ปรึกษาดูแลสุขภาพประจำครอบครัว สร้างความรอบรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัว ประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชน เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งต่อรักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก โดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น โดยหมอประจำบ้าน 1 คนดูแลประชาชน 10-20 หลังคาเรือน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ ตำบลหรือ รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุข ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เกษษกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่น ๆ ทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่าง หมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 คัดกรองเพื่อระบุสาเหตุ ยืนยันความผิดปกติและส่งต่อผู้ป่วย โดยหมอสาธารณสุข 1 คนดูแลประชาชน 1,250-2,500 คน หมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล เป็นผู้มอบการรักษา ดูแล ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ โดยหมอครอบครัว 1 คนดูแลประชาชน 8,000-12,000 คน¹ โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง การดูแลดังกล่าวต้องอาศัยเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในชุมชนใกล้ชิดกับประชาชน รวมทั้งต้องให้การดูแลหลากหลายมิติเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ จนมีสุขภาพดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน² อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นเครือข่ายหมอคนที่หนึ่งที่มีบทบาทสำคัญเพราะใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน มีบทบาทเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาศักยภาพของหมอคนที่หนึ่งในด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งจะ

ดำเนินการได้ดีต้องมีการพัฒนาศักยภาพของทีมในการดูแลและต้องมีระบบสนับสนุนและให้คำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขด้วย³ ผู้วิจัยซึ่งเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้กลไกสามหมอในการดูแลและติดตามผู้ป่วยที่บ้านในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยผู้ป่วยที่สมัครใจรับยาที่บ้านจะมีการติดตามอาการ ตรวจสอบสัญญาณชีพและระดับน้ำตาลจากอสม. ที่ผ่านการอบรม จากนั้นแพทย์ประจำพื้นที่จะเป็นผู้ส่งการรักษา ยาจะได้รับการจัดส่งโดย อสม. พร้อมคำแนะนำรายบุคคลและติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนับเป็นการรักษาทางไกลรูปแบบหนึ่งที่ลดข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างต่อเนื่องในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัด^{4,5} โดยคาดหวังว่าผู้ป่วยจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้และเป็นการลดค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าเดินทาง ค่าเสียโอกาส⁶ เป็นต้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

คำถามวิจัย

1. การพัฒนาเครือข่ายสามหมอในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านมีผลการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงแตกต่างจากการมารักษาที่สถานบริการหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดีของผู้ป่วยในการรักษารูปแบบเดิมกับการใช้ระบบสามหมอในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้ระบบสามหมอดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยรูปแบบ retrospective descriptive study

ระยะเวลาที่ทำการศึกษา พ.ศ. 2563-2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่เครือข่ายคลินิกหมอครอบครัวในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 156 ราย โดยมีคุณสมบัติเป็นผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่เครือข่ายคลินิกหมอครอบครัว มีข้อมูลบันทึกในเวชระเบียนครบถ้วนและไม่เป็นโรคร่วมรุนแรง มีความสมัครใจที่จะรับบริการโดยใช้ระบบสามหมอและการแพทย์ทางไกลในครั้งที่ไม่สามารถมารับบริการที่สถานพยาบาลได้ แพทย์ประจำคลินิกหมอครอบครัวจะเป็นผู้ประสานงานหลักในการทำแผนการ จัดบริการสุขภาพและแนวทางการรักษาติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ลงทะเบียนไว้ มีการกำกับติดตามการทำงานร่วมกับพยาบาลประจำพื้นที่ทุกเดือน อาสาสมัครสาธารณสุขจะมีการติดตามจดบันทึกการติดตามรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าระบบสามหมอและการแพทย์ทางไกลพร้อมส่งรายงานการติดตามทุกเดือน หลังการจัดบริการในแต่ละเดือนจะมีการจัดประชุมทีมสามหมอเพื่อสรุปปัญหาและข้อสังเกต มีการวางแผนทางแก้ไขและปรับปรุงระบบเพื่อให้การจัดบริการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น คำนวณจำนวนตัวอย่างของผู้เข้าร่วมการศึกษา ใช้การคำนวณสัดส่วนที่คาดหวัง (expected proportion) จากข้อมูลผู้ป่วยในคลินิกหมอครอบครัวอำเภอพระนครศรีอยุธยา คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (significance level) ที่ 5% และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างได้ 93 คน คัดเลือกใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย

การรวบรวมข้อมูล

ติดต่อประสานงานเครือข่ายสุขภาพในคลินิกหมอครอบครัวโดยให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลเป็นผู้รวบรวมข้อมูลการมารับการรักษาพยาบาลย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลที่มีบันทึกไว้ในเวชระเบียนและพยาบาลประจำเป็นผู้ตรวจทานข้อมูลที่ต้องการและส่งข้อมูลออกโดยแปลงชื่อเป็นรหัสไม่ระบุตัวตน ผู้วิจัยสามารถสอบถามข้อมูลกลับไปที่คลินิกหมอครอบครัวซึ่งสามารถแปลงเลขรหัสกลับเป็นชื่อผู้ป่วยได้กรณีจำเป็น

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีประวัติมารับการรักษาที่สถานบริการและขอรับการรักษาด้วยระบบสามหมอบ้านอย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่นำมาเปรียบเทียบคือผลการตรวจในครั้งถัดไปของการรับบริการแต่ละรูปแบบ และใช้ผลการตรวจ 2 ครั้งที่ติดกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ที่คุมเบาหวานได้ดีคือ FBS น้อยกว่า 130 มก./ดล. ผู้ที่คุมความดันโลหิตได้ดีในกลุ่มมีโรคเบาหวานร่วมคือความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท ในการตรวจครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบผลการควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เมื่อ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เลขที่โครงการวิจัย 055/2567 ผู้วิจัยได้ทำการปกปิดรายชื่อและข้อมูลอื่นของผู้เข้าร่วมวิจัย ผลการวิจัยเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลที่เก็บไว้ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลที่รวบรวมทั้งหมด ภายหลังจากเก็บข้อมูลไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี หลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 93 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 69.1 อายุเฉลี่ย 61.2 ปี เปรียบเทียบผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างการรักษาแบบเดิมและการรักษาที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเบาหวานพบว่าการรักษาแบบเดิมสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.7 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.3 ส่วนการรักษาที่บ้านสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.4 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลใน

เลือดได้ดี จำนวน 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.6 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.54$) เปรียบเทียบผลการควบคุมความดันโลหิตระหว่างการรักษาแบบเดิมและการรักษาที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การรักษาแบบเดิมสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.5 ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.5 ส่วนการรักษาที่บ้านสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.7 ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี จำนวน 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.3 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.65$)

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลทั้งสองแบบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับรายงานผลการทบทวนผลกระทบของ Covid-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค ที่รายงานผลการดำเนินการรักษาผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับบริการได้ในช่วงการระบาดโดยมี อสม. เป็นผู้ มีบทบาทสำคัญในกระบวนการรักษา โดยเฉพาะการตรวจติดตามและส่งยาที่บ้านผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์ในการควบคุมโรคของการจัดบริการในรูปแบบใหม่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากรูปแบบเดิม^๑

สรุป

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มการเข้าถึงบริการได้ยาก โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่มีปัจจัยอื่นที่ส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง ๆ เช่น การแพร่ระบาดของโรค น้ำท่วม เป็นต้น การรักษาติดตามที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้^๑ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในกระบวนการรักษา โดยเฉพาะการตรวจติดตามและส่งยาที่บ้านผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์ในการควบคุมโรคของการจัดบริการในรูปแบบ

ตารางที่ 1. จำนวน ร้อยละ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ ด้วยสถิติไคสแควร์และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น 95% ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำแนกเป็นรายโรคในคลินิกหมอครอบครัวแห่งหนึ่ง จ.พระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ. 2563-2565 (N = 93)

โรค	จำนวนที่ควบคุมโรคได้ดี จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
เบาหวาน			
รักษาที่สถานพยาบาล	36 (38.7)	0.37	0.54
รักษาที่บ้าน	32 (34.4)		
ความดันโลหิตสูง			
รักษาที่สถานพยาบาล	33 (35.5)	0.21	0.65
รักษาที่บ้าน	36 (38.7)		

ใหม่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากรูปแบบเดิมโดยการจัดบริการสามหมอบและการแพทย์ทางไกลเป็นการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผลที่ได้จากการจัดบริการรูปแบบใหม่จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในการเดินทางมาสถานบริการลงโดยผลการรักษาไม่แตกต่างจากเดิม¹⁰

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ยังไม่สามารถใช้ระบบสามหมอบการแพทย์ทางไกลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะโรคร่วมรุนแรงได้ เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพที่การจัดบริการมีการควบคุมโรคได้แตกต่างกัน แต่จากผลการวิจัยพบว่า การควบคุมโรคทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญจึงอาจพัฒนาการดูแลไปในพื้นที่กลุ่มนี้ในอนาคต

Highlight

1. การรักษาโรคเรื้อรังที่สถานพยาบาลกับที่บ้านมีผลการรักษาไม่แตกต่างกัน
2. การรักษาทางไกลและเครือข่ายสุขภาพในชุมชนมีส่วนช่วยในกรณีที่มีปัจจัยด้านบริบทที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

3. ควรเพิ่มบริการการรักษาทางไกลในทุกระดับของหน่วยบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. คนไทยทุกคนครอบครัวกำลังจะมีหมอครอบครัว ครอบครัวละ 3 คน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hrdo.org/หมอประจำตัว-ครอบครัวละ-3/>
2. คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านระบบบริการ. แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการ. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. “สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน” ปีงบประมาณ 2565. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
4. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. พัฒนารูปแบบการให้บริการวิถีใหม่สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง). นนทบุรี: สันทวีการพิมพ์; 2565.
5. บุญยมาส บุศยารัตน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในยุควิถีใหม่ เขตอำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2566;42:63-77.
6. Yousefi M, Assari Arani A, Sahabi B, Kazemnejad A, Fazaeli S. Household Health Costs: Direct, Indirect and Intangible. Iran J Public Health. 2014;43:202-9.
7. กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
8. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ผลกระทบของ Covid-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2564.
9. สุตา หันกลาง. การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในชุมชน เพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2562;1:1-17.
10. วรารักษ์ หวังจิตต์เชียร. การพัฒนารูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า 2565;5:117-32.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลลัพธ์การใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในผู้ต้องขังโรคความดันโลหิตสูง

เวชกร จตุรราพิทย์, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹, สุรพล จงรักวงศ์, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹,
ศรวิศ แสงแก้ว, พ.บ.

¹โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี, ²โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ผู้รับผิดชอบบทความ:

เวชกร จตุรราพิทย์, พ.บ.,
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรม
ราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี
20 ม.1 ถนนนาทวี-ประกอบ
ต.นาทวี อ.นาทวี จ.สงขลา
90160, ประเทศไทย

Email: wechakorn.ja@gmail.
com

Received: December 25, 2024;

Revised: January 6, 2025;

Accepted: January 10, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: นักโทษในประเทศไทยมีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ระบบการแพทย์ทางไกลเป็นทางเลือกในแก้ปัญหานี้ แต่ไม่มีการศึกษาประสิทธิภาพในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ต้องขังอย่างชัดเจน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความดันโลหิตระหว่างนักโทษในกลุ่มรักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกลและกลุ่มรักษาแบบปกติ รวมถึงประเมินจำนวนครั้งการปรึกษาแพทย์ในภาวะแทรกซ้อนและโรคอื่นนอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) เก็บข้อมูลเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ในเรือนจำแห่งหนึ่งในภาคใต้ของไทย แบ่งผู้ต้องขังที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่รักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) และกลุ่มที่รักษาแบบปกติ (usual care) วัดความดันโลหิตก่อนรักษาและในเดือนที่ 2, 4 และ 6 การวิเคราะห์ใช้ t-test เปรียบเทียบความดันโลหิตแต่ละเดือน และใช้แบบจำลองการถดถอยเชิงเส้นประมาณค่าพารามิเตอร์ทั่วไป (generalized estimating equations) ประเมินการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตตามช่วงเวลา

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วม 108 คน (กลุ่ม telemedicine 54 คน, กลุ่ม usual care 54 คน) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) และไดแอสโตลิก (DBP) ในเดือนที่ 2, 4, 6 มีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง: SBP -0.2, 4.3, และ 0.8 มิลลิเมตรปรอท, DBP 2.5, 3.3, และ 3.1 มิลลิเมตรปรอท ค่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มของ SBP และ DBP ตลอดช่วงเวลาไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.193, 0.151$) จำนวนการปรึกษาแพทย์สำหรับปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ก็ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ ($p = 0.102, 0.279$)

สรุป: การแพทย์ทางไกลและการรักษาแบบปกติสามารถลดความดันโลหิตในนักโทษได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่มีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ การแพทย์ทางไกลเป็นทางเลือกในการเข้าถึงการรักษาสำหรับผู้ต้องขัง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษา

คำสำคัญ: ระบบการแพทย์ทางไกล, ความดันโลหิตสูง, ผู้ต้องขัง, นักโทษ, การเข้าถึงบริการทางการแพทย์

ORIGINAL ARTICLE

Outcome of Telemedicine Care for Prisoners with Hypertension

Wechakorn Jatunarpit, M.D., FRCFPT.¹, Suralai Jongrakwong, M.D., FRCFPT.¹, Sorawat Sangkaew, M.D.²

¹Somdejpraboromrachineenart Natawee Hospital, ²Hatyai Hospital, Songkhla Province, Thailand

Corresponding author :

Wechakorn Jatunarpit, M.D.,
Somdejpraboromrachinee-
nart Natawee Hospital, 20
Na Thawi Road, Na thawi
Subdistric, Na Thawi Distric,
Songkhla 90160, Thailand
Email: wechakorn.ja@gmail.
com

Received: December 25, 2024;

Revised: January 6, 2025;

Accepted: January 10, 2025

ABSTRACT

Background: Prisoners in Thailand face significant challenges accessing healthcare, particularly for chronic conditions like hypertension. Telemedicine offers a potential solution, but its comparative efficacy to usual care is not well established. This study aims to compare blood pressure outcomes between prisoners with hypertension receiving telemedicine care (TC) and those receiving in-person usual care (UC). We also assessed the incidence of consultations for other health conditions and complications.

Methods: A randomized controlled trial was conducted from August 2023 to August 2024 in a Southern Thailand prison. Prisoners with uncomplicated hypertension were randomized into the TC and UC groups. The TC group received remote consultations via telehealth, while the UC group received in-person consultations. Blood pressure was measured at baseline and at months two, four, and six. T-tests compared blood pressure levels, and a linear regression with Generalized Estimating Equations assessed changes over time.

Results: We recruited 108 individuals (54 TC, 54 UC). Differences in systolic (SBP) and diastolic (DBP) blood pressure were found between TC and UC at months two, four, and six (mean differences: SBP -0.2, 4.3, and 0.8 mmHg; DBP 2.5, 3.3, and 3.1 mmHg). Changes in SBP and DBP over time were not statistically significant ($p = 0.193, 0.151$). The number of consultations on other conditions and complications did not show significant differences ($p = 0.102, 0.279$).

Conclusions: Telemedicine and in-person care effectively reduce blood pressure in prisoners, with no significant differences between the two. Telemedicine offers prisoners accessible healthcare, overcoming barriers to traditional in-person care.

Keywords: telemedicine, hypertension, prisoner, inmate, access to care

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโลก¹ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน² สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562-256³ พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน³ และจากสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในเรือนจำประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่ามีสถิติของโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุด มาพบแพทย์เฉลี่ยเดือนละ 10,065 คน⁴ ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงที่มากขึ้นชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนากลยุทธ์การจัดการความดันโลหิตสูงในระบบสาธารณสุขของเรือนจำ

ในวิกฤตสถานการณ์โควิด-19 เป็นโอกาสสำคัญสำหรับระบบสุขภาพไทยในการพัฒนาและเสริมสร้างบริการการแพทย์ทางไกลหรือ telemedicine เพื่อลดอุปสรรคด้านการเดินทาง ลดภาระทางการเงินและลดระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโควิด-19⁵ และสืบเนื่องจากนโยบายผลักดันการพัฒนาบริการการแพทย์ทางไกล⁶ ทำให้เรือนจำอำเภอนาหวี ร่วมมือกับโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาหวี จัดตั้งระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ต้องขังที่เรือนจำ ซึ่งเปลี่ยนแปลงการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ต้องขัง โดยทำให้กระบวนการทำงานของเจ้าหน้าที่เรือนจำมีความคล่องตัวขึ้น พร้อมทั้งเพิ่มความปลอดภัยเนื่องจากการลดความจำเป็นในการเดินทางออกนอกเรือนจำเพื่อรับการรักษา โครงการนี้ไม่เพียงแต่ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการขนส่ง แต่ยังช่วยลดความเสี่ยงด้านความปลอดภัยที่เกิดจากการย้ายผู้ต้องขังไปยังสถานพยาบาล นอกจากนี้ยังเปลี่ยนแปลงการเข้าถึงการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังโดยการให้บริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยและเท่าเทียม ซึ่งในอดีตถือเป็นเรื่องที่ยากจะเข้าถึง⁷

การศึกษาของ Kassar et al. แสดงให้เห็นว่า การปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และการจัดการไขมันในผู้ต้องขังที่เป็นเบาหวานสามารถทำได้ผ่านการปรึกษาแพทย์ทางไกล ในขณะที่เดียวกันก็ช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางไปพบแพทย์⁸ การศึกษาก่อนหน้านี้ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการแพทย์ทางไกลในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยมีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ให้คำแนะนำและการดูแลที่เหมาะสม^{9,10} นอกจากนี้ การแพทย์ทางไกลยังถูกใช้ในการปรับเปลี่ยนยาตามความเหมาะสมอย่างใกล้ชิด¹¹ ซึ่งนำไปสู่การจัดการความดันโลหิตที่ดีกว่าการดูแลแบบปกติ ในการส่งเสริมการแพทย์ทางไกลในเรือนจำตามนโยบายระดับชาติ หลายเรือนจำในประเทศไทยได้เริ่มใช้งานระบบการแพทย์ทางไกลโดยใช้โทรศัพท์มือถือและคอมพิวเตอร์สำหรับการปรึกษาทางการแพทย์จากระยะไกล ระบบเหล่านี้ช่วยให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ รวมถึงการจัดการกับโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โดยไม่ต้องออกจากสถานที่คุมขัง การศึกษาในประเทศไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของธนัท และคณะ พบว่าการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตไม่แตกต่างจากการดูแลแบบปกติ¹² แม้ว่าการแพทย์ทางไกลจะได้รับการยอมรับและใช้งานมากขึ้นในเรือนจำไทย แต่ยังมีข้อมูลที่ยังไม่เพียงพอและขาดหลักฐานที่น่าเชื่อถืออย่างชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในการจัดการความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ต้องขังในประเทศไทย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในการจัดการความดันโลหิตสูงในผู้ต้องขัง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการแพทย์ทางไกลเมื่อเทียบกับการดูแลแบบปกติ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ต้องขังที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ได้รับการผ่านระบบการแพทย์ทางไกล กับผู้ที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (usual care) รวมถึงจำนวนครั้งการปรึกษาแพทย์ในภาวะแทรกซ้อนและโรคอื่นนอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง หากพบว่าไม่มีความแตกต่างกันของประสิทธิภาพในการดูแลระหว่างกลุ่มการแพทย์ทางไกล และกลุ่มที่ดูแลแบบปกติ จะเป็นการสนับสนุนนโยบายที่นำระบบการ

แพทย์ทางไกลมาเป็นทางเลือกในการดูแลผู้ต้องขัง ซึ่งมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ช่วยลดภาระทางการเงินจากการเดินทาง ลดอัตราการหลบหนีของผู้ต้องขัง และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ต้องขัง

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบแบบเปิดเผย (non-blinded randomized controlled trial) ในกลุ่มผู้ป่วยต้องขังที่เรือนจำอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งมีระยะเวลาศึกษาเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566-สิงหาคม พ.ศ. 2567

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา (หมายเลขจริยธรรม 36/2566) ผู้เข้าร่วมที่มีสิทธิ์เข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ ผู้ต้องขังที่เรือนจำอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. อายุ 30 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงปฐมภูมิจากแพทย์

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้เข้าร่วมที่ไม่สามารถสื่อสารได้
- ผู้เข้าร่วมทุกคนได้รับข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษาโดยแพทย์ (ผู้วิจัย) หรือพยาบาลในเรือนจำ และได้ให้ความยินยอมโดยการลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการศึกษา ก่อนการเข้าร่วมการศึกษา ผู้เข้าร่วมได้รับการสุ่มแบ่งกลุ่มไปยังกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบการแพทย์ทางไกล หรือกลุ่มการดูแลตามปกติ โดยใช้การสุ่มแบบบล็อกที่สร้างโดยคอมพิวเตอร์ permuted block size 4^{13,14} การสุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ใช้วิธีการสุ่มแบบบล็อก (permuted block randomization) โดยกำหนดขนาดบล็อกคงที่จำนวน 4 ราย แต่ละบล็อกประกอบด้วยสัดส่วนการจัดสรรที่เท่ากัน (2:2) ระหว่างกลุ่มการรักษาแพทย์ทางไกล และกลุ่มรักษาแบบปกติ ผู้วิจัยดำเนินการโดยจัดลำดับรหัสประจำตัวให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความ

ยินยอมตามลำดับ และจับคู่กับลำดับการสุ่มที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า กระบวนการนี้ดำเนินการซ้ำจำนวน 27 บล็อก รวมทั้งสิ้น 108 การจัดสรร (กลุ่มละ 54 ราย) ทั้งนี้ ลำดับการสุ่มได้ถูกสร้างขึ้นอย่างเป็นอิสระและไม่มีการจัดเรียงลำดับใหม่เพื่อรักษาการปกปิดการจัดสรรกลุ่ม การสุ่มลำดับถูกสร้างโดยผู้วิจัยหลัก เนื่องจากลักษณะของการให้รูปแบบการรักษา ไม่สามารถปิดบังตัวผู้เข้าร่วมและผู้ให้บริการได้ แต่ผู้ประเมินผลลัพธ์ถูกปกปิดข้อมูลในการจัดสรรกลุ่มการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดำเนินการโดยใช้สูตรของ Shein-Chung Chow เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มอิสระ^{15,16} โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ 0.05 และกำลังทางสถิติ ($1-\beta$) ที่ ร้อยละ 80 ค่าการถ่วงอัตราผลการออกจากการศึกษา (dropout rate) ที่ร้อยละ 10 และการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ที่อาจไม่สมบูรณ์ขนาดตัวอย่างที่ต้องการจึงถูกกำหนดให้เป็น 54 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 108 คน ผู้เข้าร่วมจะถูกเก็บข้อมูลเบื้องต้นและข้อมูลการรักษาทั่วไปก่อนเริ่มการรักษา รวมถึงข้อมูลเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI)¹⁷ โรคเรื้อรังอื่น ๆ ความดันโลหิตก่อนเริ่มการแทรกแซง ความดันโลหิตที่เป็นเป้าหมายก่อนการรักษา และปริมาณยาต้านความดันโลหิต (ตามขนาดยาที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (defined daily dose, DDD)¹⁸ ขณะให้การรักษาในแต่ละกลุ่ม ซึ่งนัดติดตามทุก 2 เดือน จนครบ 6 เดือนโดยไม่มีการสลับวิธีเข้ารับการรักษาข้ามกลุ่ม และให้การรักษาตามมาตรฐานการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอิงตามแนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562¹⁹ และทำการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งที่เข้ารับบริการ คือ ความดันโลหิตขณะรักษา เป้าหมายการควบคุมความดันโลหิตขณะรักษา ยารักษาความดันโลหิตขณะรักษาและจำนวนขนาดของยา (DDD) ขณะรักษา, จำนวนการปรึกษาปัญหาอื่นนอกเหนือจากโรคเรื้อรัง โดยการข้อมูลต่าง ๆ จะถูกบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในโปรแกรม JHCIS, ส่วนการตรวจในกลุ่มการรักษาผ่านแพทย์ทางไกล ใช้เครื่องคอมพิวเตอร์และโปรแกรมหมอรู้จักคุณเพื่อการโทรผ่านการสื่อสารแบบภาพและเสียงติดต่อกับแพทย์ผู้ตรวจ

การวิเคราะห์ทางสถิติได้ดำเนินการโดยใช้โปรแกรม R รุ่น 4.4.1 ตัวแปรเชิงพรรณนา (categorical variables)

จะแสดงผลในรูปแบบตารางและเปอร์เซ็นต์ ขณะที่ข้อมูลเชิงปริมาณ (continuous data) จะแสดงผลด้วยค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และช่วงระหว่างควอไทล์ (inter-quartile range) การเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มดำเนินการโดยใช้การทดสอบ t-test อิสระ (independent T-test) ผลลัพธ์การควบคุมความดันโลหิตถูกวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการรักษาผ่านการแพทย์ทางไกล กับกลุ่มการดูแลตามปกติ โดยใช้สมการการถดถอยเชิงเส้นหลายตัวแปร (multiple linear regression) ร่วมกับสมการการประเมินทั่วไป (generalized estimating equations, GEE)

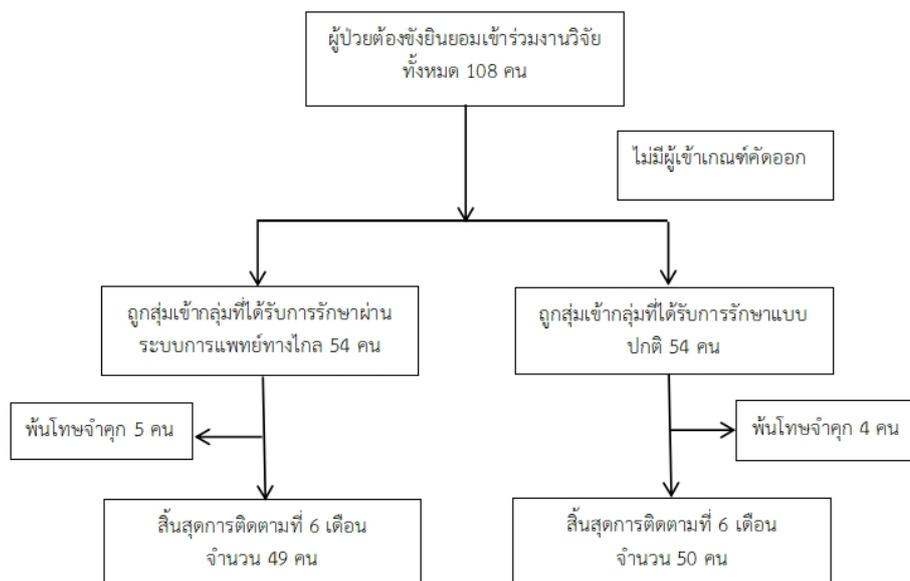
ผลการศึกษา

กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ต้องขังที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด 108 คน ถูกสุ่มเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 54 คน มีผู้หลุดออกจากการศึกษาเนื่องจากพันโทษจำคุกทั้งหมด 9 คน จากกลุ่มที่ได้รับการรักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล จำนวน 5 คน และจากกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติ จำนวน 4 คน ดังแสดงในรูปที่ 1 กลุ่มประชากรทั้งหมด เป็นเพศชาย 90 คน เพศหญิง 18 คน อายุเฉลี่ย 48 (IQR = 41,52.2) ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.2 (SD = 4) กก./ม.² มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวาน 13 คน โรคไขมันในโลหิตสูง 49 คน ไตวายเรื้อรังระยะสาม 1 คน มี

ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) ก่อนเริ่มรักษาเฉลี่ย 133.5 (IQR = 127,140) มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) ก่อนเริ่มรักษาเฉลี่ย 84 (IQR = 77,93) มิลลิเมตรปรอท จำนวนคนที่มีความดันโลหิตก่อนเริ่มการศึกษายู่ในระดับเป้าหมายมี 24 คน จำนวนยาเฉลี่ยก่อนเริ่มทำการรักษา (DDD) คือ 1.95 (SD = 1.54)

ระดับความดันโลหิตก่อนเริ่มทำการรักษาในกลุ่มรักษาผ่านแพทย์ทางไกล และกลุ่มดูแลแบบปกติ มีความดันซิสโตลิกคือ 136 (SD = 12.7) และ 130 (SD = 10.5) ตามลำดับ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกคือ 88 (SD = 12.0) และ 81.8 (SD = 9.36) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1 ความแตกต่างของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกก่อนการรักษาระหว่างกลุ่มคือ 5.6 (95%CI: 1.09, 9.97) $p = 0.015$ และ 6.2 (95%CI: 2.12, 10.32) $p = 0.003$ ตามลำดับ

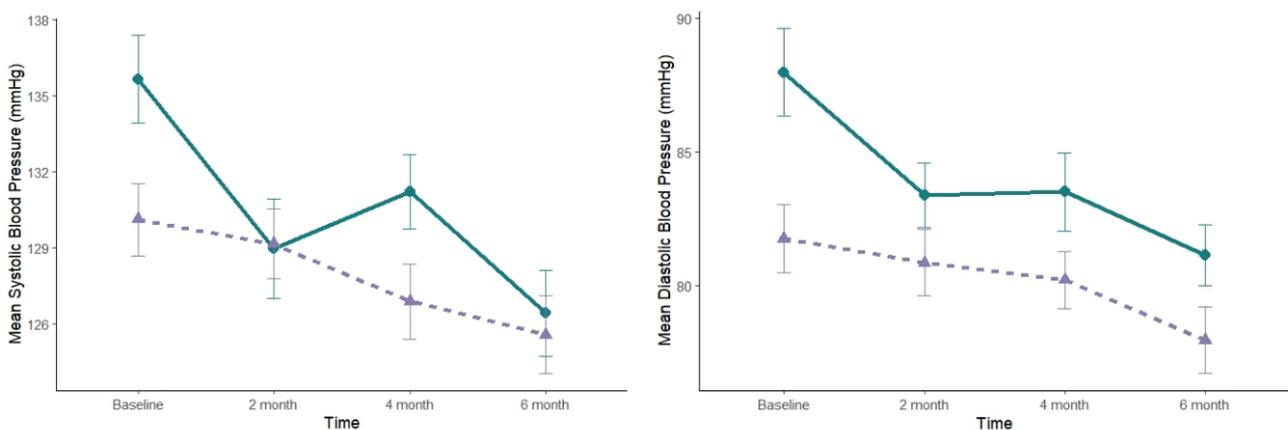
ความแตกต่างของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกขณะรักษาระหว่างกลุ่มในแต่ละช่วงเวลา 2, 4 และ 6 เดือนคือ -0.2 (95%CI: -4.93, 4.56) $p = 0.938$, 4.3 (95%CI: 0.21, 8.47) $p = 0.039$, 0.8 (95%CI: -3.68, 5.38) $p = 0.711$ ตามลำดับ ความแตกต่างของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกขณะรักษาระหว่างกลุ่มในแต่ละช่วงเวลา 2, 4 และ 6 เดือนคือ 2.5 (95%CI: -0.91, 5.95) $p = 0.149$, 3.3 (95%CI: -0.33, 6.90) $p = 0.075$, 3.1 (95%CI: -0.17, 6.50) $p = 0.063$ ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 1. แผนผังการคัดเลือก การแบ่งกลุ่ม และจำนวนที่หลุดออกจากการศึกษา

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานผู้เข้าร่วมวิจัย

	ทั้งหมด (N = 108)	กลุ่มที่ได้รับการรักษา ผ่าน ระบบการแพทย์ ทางไกล (n =54)	กลุ่มที่ได้รับการ รักษาแบบปกติ (n =54)	p-value
เพศชาย	90 (83.3)	43 (79.6)	47 (87.0)	0.302
เพศหญิง	18 (16.7)	11 (20.4)	7 (13.0)	
อายุ (Median IQR)	48 (41, 52.2)	46 (40, 4.8)	48 (41, 54)	0.353
ดัชนีมวลกาย (Mean)	25.2 (4)	25.4 (4)	24.9 (4.1)	0.517
ภาวะโภชนาการ (Nutrition status)				4.360
Underweight (BMI < 18.5)	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (1.9)	
Normal (BMI 18.5-22.9)	36 (33.3)	17 (31.5)	19 (35.2)	
Overweight (BMI 23-24.9)	21 (19.4)	13 (24.1)	8 (14.8)	
Pre - Obese (BMI 25-29.9)	34 (31.5)	14 (25.9)	20 (37)	
Obese (BMI > 30)	16 (14.8)	10 (18.5)	6 (11.1)	
จำนวนโรคเบาหวาน	13 (12.0)	8 (14.8)	5 (9.3)	0.375
จำนวนโรคไขมันโลหิตสูง	49 (45.4)	28 (51.9)	21 (38.9)	0.176
ความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนเริ่มการศึกษา				0.015
Median IQR	133.5 (127, 140)	136 (131, 142)	130.5 (126,137)	
Mean	133 (11.9)	136 (12.7)	130 (10.5)	
ความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนเริ่มการศึกษา				0.003
Median IQR	84 (77,93)	87.5 (77,95)	82.5 (73.25,84)	
Mean	84.9 (11.1)	88 (12.0)	81.8 (9.36)	
จำนวนคนที่มีความดันโลหิตก่อนเริ่มการ ศึกษาอยู่ในระดับเป้าหมาย	24 (22.2)	11 (20.4)	13 (24.1)	0.643
จำนวนยาก่อนเริ่มการศึกษา (defined daily dose) (Mean)	1.95 (1.54)	1.98 (1.46)	1.92 (1.62)	0.713



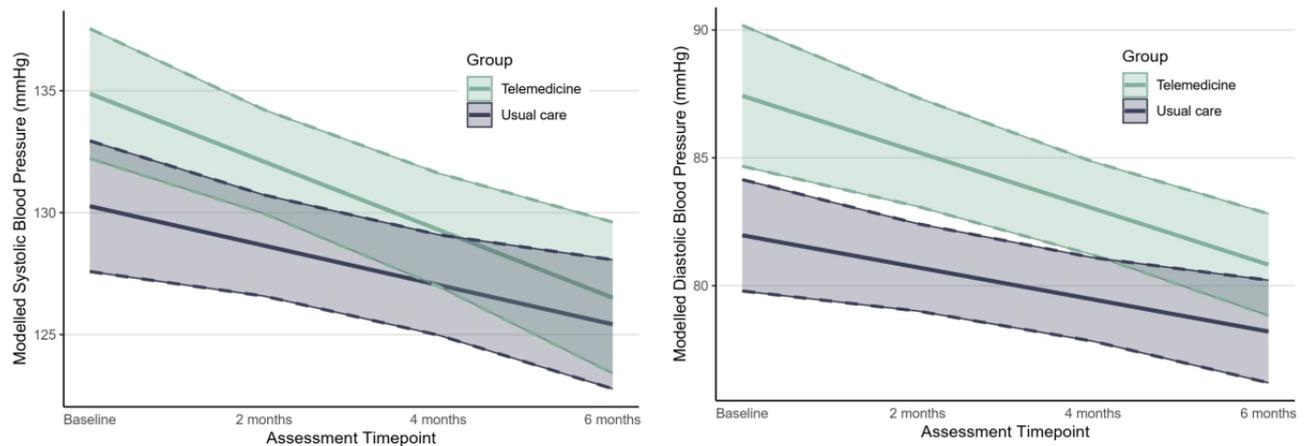
รูปที่ 2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิต SBP และ DBP ในแต่ละช่วงเวลา ระหว่างกลุ่ม telemedicine และ usual care

กลุ่มรักษาผ่านแพทย์ทางไกล ลดระดับความดันซิสโตลิกได้มากกว่ากลุ่มดูแลแบบปกติ ในแต่ละช่วงเวลาคือ -2.10 (95%CI: -4.39, 0.19), $p = 0.072$, กลุ่มรักษาผ่าน

แพทย์ทางไกล ลดระดับความดันไดแอสโตลิกได้มากกว่ากลุ่มดูแลแบบปกติ ในแต่ละช่วงเวลาคือ -4.01 (95%CI: -7.08 , -0.95), $p = 0.010$ ค่าปฏิสัมพันธ์ (interaction)

ระหว่างกลุ่มรักษาผ่านแพทย์ทางไกล และกลุ่มดูแลแบบปกติต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกตลอดช่วงเวลาไม่แตกต่างกันโดยมีค่าเท่ากับ 1.16 (95%CI: -0.58, 2.90), $p = 0.193$ และ 0.96 (95%CI: -0.35, 2.27), $p = 0.151$ ตามลำดับ ดังแสดงในรูปที่ 3

จำนวนผู้ที่มีระดับความดันโลหิตหลัง 6 เดือน ระหว่างกลุ่มรักษาผ่านแพทย์ทางไกล และดูแลแบบปกติ มีผู้ที่มีความดันเป้าหมายคือ 22 คน และ 25 คน ($p = 0.611$) จำนวนครั้งที่พบภาวะแทรกซ้อน คือ 10 ครั้งและ 6 ครั้ง ($p = 0.279$) มีจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยปรึกษาอาการอื่นนอกเหนือโรคเรื้อรัง คือ 14 ครั้งและ 22 ครั้ง ($p = 0.102$) ดังตารางที่ 2



รูปที่ 3. การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงของ SBP และ DBP ในตลอดช่วงเวลา ระหว่างกลุ่ม telemedicine และ usual care โดยการใช้รูปแบบสมการการถดถอยเชิงเส้นหลายตัวแปรร่วมกับสมการการประเมินทั่วไป (multiple linear regression with GEE)

ตารางที่ 2. จำนวนผู้ที่มีระดับความดันโลหิตเป้าหมาย, จำนวนครั้งที่ตรวจพบภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยปรึกษาอาการอื่นนอกเหนือโรคเรื้อรัง

จำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตเป้าหมาย	ทั้งหมด (ร้อยละ)	กลุ่มที่ได้รับการรักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (ร้อยละ)	กลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติ (ร้อยละ)	p-value
ก่อนเริ่มการศึกษา	24 (22.2)	11 (20.4)	13 (24.1)	0.643
ช่วงเวลาที่ 1	33 (30.6)	17 (31.5)	16 (29.6)	0.835
ช่วงเวลาที่ 2	12 (22.6)	22 (41.5)	34 (32.1)	0.037
ช่วงเวลาที่ 3	22 (44.9)	25 (50.0)	47 (47.5)	0.611
ภาวะแทรกซ้อน	16 (14.8)	10 (18.5)	6 (11.1)	0.279
จำนวนการปรึกษาโรคอื่น	36 (33.3)	14 (25.9)	22 (40.7)	0.102

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าลักษณะของผู้เข้าร่วมในการศึกษาโดยรวมค่อนข้างคล้ายกัน ยกเว้นความแตกต่างที่มีนัยสำคัญในระดับความดันโลหิตเบื้องต้น โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์ทางไกล มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มการดูแลตามปกติ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็กในประชากรที่ศึกษา เพื่อจัดการกับข้อจำกัดเหล่านี้ โดยเฉพาะความไม่เท่ากันของข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยจึงได้ทำการแก้ไขข้อจำกัดด้วยการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี multiple linear regression with GEE ซึ่งคำนึงถึงโครงสร้างความสัมพันธ์ของการวัดซ้ำ โดยแบบจำลองทางสถิติได้รวมการปรับตัวแปรร่วมที่เป็นข้อมูลพื้นฐานในกรอบการวิเคราะห์ ซึ่ง

ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการประมาณค่าผลของการรักษาและลดผลกระทบจากความแตกต่างระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง ข้อมูลความแตกต่างของความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ระหว่างระดับความดันโลหิตเบื้องต้นและหลังการติดตามผลที่ 2 เดือน มีการลดลงที่มากกว่ากลุ่มรักษาผ่านแพทย์ทางไกลเมื่อเทียบกับกลุ่มดูแลตามปกติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความดันโลหิตที่สูงกว่าในกลุ่มรักษาผ่านแพทย์ทางไกล ในระดับเบื้องต้น และในช่วงท้ายของระยะเวลาการติดตามผล ผู้ป่วยในทั้งสองกลุ่มสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ในระดับที่เทียบเคียงกัน ไม่มีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญในระดับความดันโลหิตที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับระดับความดันโลหิตก่อนเริ่มการศึกษาหรือระดับความดันโลหิตที่ตรวจพบในแต่ละช่วงการติดตามผล นอกจากนี้ ยังไม่พบปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเบี่ยงเบนในผลลัพธ์ เช่น จำนวนยาลดความดันโลหิตที่ใช้หรือความถี่ในการเยี่ยมพบแพทย์ ผลลัพธ์นี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Margolis et al. ซึ่งพบว่าการใช้วิธีรักษาผ่านแพทย์ทางไกลมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติในการลดความดันโลหิต ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากการที่การศึกษานี้มีบทบาทของเภสัชกรในการตรวจสอบความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ที่แตกต่าง

สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตเป้าหมาย จำนวนภาวะแทรกซ้อนที่ตรวจพบ และการปรึกษาปัญหาที่นอกเหนือจากโรคเรื้อรังนั้นคล้ายคลึงกันทั้งสองกลุ่ม ดังนั้น การแพทย์ทางไกลจึงพิจารณาได้ว่าเทียบเท่ากับการดูแลตามปกติในแง่ของการลดความดันโลหิต การตรวจพบภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และความสามารถในการดูแลอาการและภาวะอื่น ๆ จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า การแพทย์ทางไกลเป็นทางเลือกการรักษาที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Wang et al.²⁰

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดหลายประการ การดำเนินการวิจัยในเรือนจำเพียงแห่งเดียวส่งผลให้การนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงมีข้อจำกัด และกลุ่มประชากรขาดความหลากหลาย การคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้าซึ่งพบขนาดของผลลัพธ์ (effect size) ที่มากกว่าที่พบในการศึกษานี้ ส่งผลให้อัตราการเข้าร่วม

การวิจัยต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้ และจำเป็นต้องขยายระยะเวลาการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย นอกจากนี้ การศึกษายังประสบปัญหาการสูญหายของผู้เข้าร่วมวิจัยอันเนื่องมาจากการพันโทษตามกำหนด ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในการวิจัยในเรือนจำ เนื่องจากการคงอยู่ของผู้เข้าร่วมวิจัยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของการวิจัยทั่วไป เพื่อจัดการกับข้อจำกัดเหล่านี้ โดยเฉพาะความไม่เท่ากันของข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยจึงได้ทำการแก้ไขข้อจำกัดด้วยการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี multiple linear regression with GEE ซึ่งคำนึงถึงโครงสร้างความสัมพันธ์ของการวัดซ้ำ โดยแบบจำลองทางสถิติได้รวมการปรับตัวแปรร่วมที่เป็นข้อมูลพื้นฐานในกรอบการวิเคราะห์ ซึ่งช่วยเพิ่มความแม่นยำในการประมาณค่าผลของการรักษาและลดผลกระทบจากความแตกต่างระหว่างกลุ่มก่อนการทดลอง

สรุป

การศึกษานี้ได้ผลลัพธ์ตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตของผู้ต้องขังที่ได้รับการรักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกลเทียบกับกลุ่มที่รับการรักษาปกติ พบว่ามีประสิทธิภาพที่ไม่ต่างจากการดูแลแบบปกติ รวมทั้งการค้นหภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาและครอบคลุมการให้คำปรึกษาอาการหรือโรคอื่น ๆ ได้เทียบเคียงกัน ดังนั้นการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลจึงเป็นตัวเลือกในการช่วยจัดตั้งระบบการให้บริการทางการแพทย์ในโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ต้องขังของประเทศไทย เพื่อลดภาระเจ้าหน้าที่ ช่วยลดภาระทางการเงินจากการเดินทาง และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

Highlight

1. ระบบการแพทย์ทางไกลควบคุมความดันโลหิตในผู้ต้องขังได้ไม่ด้อยกว่าการดูแลแบบปกติ
2. การดูแลผ่านระบบการแพทย์ทางไกลให้การปรึกษาและดูแลภาวะแทรกซ้อนได้ไม่แตกต่างจากการดูแลแบบปกติ

3. ระบบการแพทย์ทางไกลช่วยเพิ่มการเข้าถึงการดูแลโรคเรื้อรังและลดความเหลื่อมล้ำทางการแพทย์ในผู้ต้องขัง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พญ.สุรลักษ์ จงรักวงศ์, นพ.ศรวิศ แสงแก้ว, คุณคอดีเยาะ กาเสาะ และเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลเรือนจำอำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 2024]. Available from: https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab_1
- World Health Organization. Priorities for research on hypertension care delivery. Management-Screening, Diagnosis and Treatment (MND), Non-communicable Diseases, Rehabilitation and Disability (NCD); 2024. 49 p. ISBN: 978-92-4-008818-4.
- กรมควบคุมโรค. แนะนำประชาชนใส่ใจสุขภาพ วัตถุประสงค์ป้องกันโรคความดันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต]. 2022 [cited 2024 Sep 2024]. Available from : https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=25290&deptcode=brc&news_views=388
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สภาพปัญหาด้านสาธารณสุขในเรือนจำ. ใน: นายพรเพชร ปัญญาพิบูล, บรรณาธิการ. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ (ฉบับปรับปรุง 3). นนทบุรี: บอริ่ง ทูปีพับลิชชิง; 2564. หน้า 8-11.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth). “Telemedicine” พลิกวิกฤตโควิด – 19 สู่บริการทางการแพทย์รูปแบบใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article>
- นโยบายผลักดันการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล จากนายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/10/policy-031022_v.8.pdf
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Sustainable Development. SDG3: Good Health and Well-Being [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 24]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
- Margolis KL, Asche SE, Dehmer SP, Bergdall AR, Green BB, Sperl-Hilen JM, et al. Effect of home blood pressure telemonitoring and pharmacist management on blood pressure control: a cluster randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;310:46-56.
- Kim YN, Shin DG, Park S, Lee CH. Randomized clinical trial to assess the effectiveness of remote patient monitoring and physician care in reducing office blood pressure. *Hypertens Res*. 2015;38:491-7.
- McManus RJ, Mant J, Bryan S, et al. Efficacy of self-monitored blood pressure, with or without telemonitoring, for titration of antihypertensive medication (TASMINH 4): an unmasked randomised controlled trial. *Lancet*. 2018;391(10124):949-59.
- Kassar K, Roe C, Desimone M. Use of telemedicine for management of diabetes in correctional facilities. *Telemed J E Health*. 2017;23:26-31.
- ชนันท์ ตั้งวนาไพโร, ศรวิศ แสงแก้ว, จันจิรา สีลาไพบูลย์. ประสิทธิภาพของการใช้การแพทย์ทางไกลเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างช่วงการระบาดของโควิด-19: การศึกษาย้อนหลัง. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*. 2023;6: 316-27.
- กัมมันต์ พันธุมจินดา, จิตร สีหิธอมร. Research design and research methodology: clinical trials. คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์; [อินเทอร์เน็ต]. 2539 [เข้าถึงเมื่อ 29 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : <http://cai.md.chula.ac.th/lesson/research/re9.htm>
- Broglio K. Randomization in clinical trials: permuted blocks and stratification. *JAMA*. 2018 Jun 5;319(21):2223-2224. doi:10.1001/jama.2018.6360.
- Chow SC, Shao J, Wang H. A note on sample size calculation for mean comparisons based on non-central t-statistics. *Biometrics*. 2007;63:441-56.
- Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 8th ed. Boston: Cengage Learning; 2016.
- ปริญญานุช แยม่วงษ์. โรคอ้วน (ตอนที่ 1). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค.] 2553 [เข้าถึงเมื่อ 29 ก.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=572>
- World Health Organization. Defined daily dose definition and general considerations [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 22]. Available from: http://www.whooc.no/ddd/definition_and_general_considera.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ ประเทศไทย: สำนักพิมพ์ทริค จึงค์; 2562.
- Wang JG. Telemedicine in the management of hypertension: Evolving technological platforms for blood pressure telemonitoring. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2021;23:435-9.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความแม่นยำของ 14 ข้อคำถาม สำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทยในระดับปฐมภูมิ

อริศรา ศิริวิริยะกุล, พ.บ., บาศมน มโนมัยพิบูลย์, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

บาศมน มโนมัยพิบูลย์, พ.บ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง
คณะแพทยศาสตร์
วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย
นวมินทราธิราช 681 ถ.สามเสน
แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต
กรุงเทพมหานคร 10300,
ประเทศไทย

Email: Basmon@nmu.ac.th

Received: August 18, 2024;

Revised: September 3, 2024;

Accepted: October 7, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: ปัจจุบันมีการแนะนำให้ใช้เครื่องมือ 14 ข้อคำถาม ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แต่ไม่พบข้อมูลของคุณสมบัติของเครื่องมือดังกล่าว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณสมบัติเรื่องความแม่นยำ ระยะเวลาเฉลี่ยในการประเมิน และอิทธิพลของปัจจัยพื้นฐานผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาที่มีผลต่อความถูกต้องของการทำนายของเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม

รูปแบบวิจัย: Cross sectional study, diagnostic test

วัตถุประสงค์และวิธีการ: ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 320 คน ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เครื่องมือ 14 ข้อคำถาม แบบทดสอบประสาทจิตวิทยา เพื่อหาคุณสมบัติของ 14 ข้อคำถาม โดยเปรียบเทียบกับวิธีการวินิจฉัยมาตรฐานทางคลินิก The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

ผลการศึกษา: เครื่องมือ 14 ข้อคำถาม มีค่าความไวร้อยละ 31.5 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.6 พื้นที่ใต้กราฟ AuROC เท่ากับ 0.58 ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการประเมิน 4 นาที 6 วินาที ระดับการศึกษาน้อยมีอิทธิพลต่อความถูกต้องของการทำนาย เกณฑ์ที่เหมาะสมคือ คะแนนรวมมากกว่า 20 คะแนน หรือคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 แต่มีข้อ 1 และ 11 ข้อใดข้อหนึ่งมีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ขึ้นไป

สรุป: 14 ข้อคำถาม มีความไวและความจำเพาะค่อนข้างน้อย สำหรับการใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองอาจจะต้องทบทวนวิธีการนำมาใช้งานและศึกษาคุณสมบัติของเครื่องมือเพิ่มเติม เพื่อให้มีความแม่นยำและเกิดประโยชน์สูงสุด

คำสำคัญ: แบบคัดกรอง ปฐมภูมิ สมองเสื่อม ผู้สูงอายุ

ORIGINAL ARTICLE

The Diagnostic Accuracy of the 14-Question for a Dementia Screening Tool for Thai Elderly in Primary Care Setting

Arissara Siriwiriyakul, M.D., Basmon Manomaipiboon, M.D.

Department of Urban Medicine, Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Basmon Manomaipiboon, M.D.,
Department of Urban Medicine,
Faculty of Medicine, Vajira
Hospital, Navamindradhiraj
University, 681 Samsen Road
Wachira Phayaban, Khet Dusit,
Bangkok 10300, Thailand
Email: Basmon@nmu.ac.th

Received: August 18, 2024;

Revised: September 3, 2024;

Accepted: October 7, 2024

ABSTRACT

Background: The 14-question tool is recommended as a Thai dementia screening tool for the elderly populations in the community by public health volunteers. However, no information was identified about the tool's diagnostic properties. To study the accuracy, time required to complete the tool, and factors associated with the accuracy of the 14 questions

Design: Cross-sectional Study of a Diagnostic Test

Methods: Three hundred and twenty elderly patients aged 60 years and over were evaluated for general characteristic information, 14 questions, functional assessment, neuropsychological evaluation, and standard clinical diagnosis. The DSM-5 diagnostic test was used as the gold standard to classify the elderly patients into normal, minor neurocognitive disorder, and major neurocognitive disorder.

Results: The sensitivity of the 14-question screening tool was 31.5%, the specificity was 83.6 and the AuROC was 0.58. The average assessment duration was four minutes and six seconds. Low-level education interfered with the accuracy of the tool. The new cut-point criteria for the tool, with more accuracy, is a total score of more than 20 or less than 20. Patients were given more than two points in questions 1 and 11.

Conclusions: 14-question tool has low accuracy for use as a dementia screening tool. The tool should be further reviewed for its method of use in further studies.

Keywords: screening tool, primary care setting, dementia, elderly

บทนำ

ปัจจุบันโรคสมองเสื่อม ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด แต่สามารถชะลอความรุนแรง และเพิ่มคุณภาพของชีวิตได้ หากได้รับการดูแลที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้น^{1, 2} ปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรค และวินิจฉัยโรคให้ได้ตั้งแต่ระยะแรกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันที่ การวินิจฉัยโรคที่เป็นมาตรฐาน (gold standard) ในปัจจุบัน คือการวินิจฉัยจากการประเมินทางคลินิกตาม The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)³ ร่วมกับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมในบางรายเพื่อแยกโรคและหรือหาสาเหตุของโรคสมองเสื่อมที่รักษาได้เพื่อช่วยในการวางแผนการรักษาต่อไป ตามสถิติพบว่าในผู้ป่วยสมองเสื่อมมีเพียงร้อยละ 20-50 ที่ได้รับการวินิจฉัย⁴ ผู้ป่วยหลายคนได้รับการวินิจฉัยเมื่ออยู่ในภาวะสมองเสื่อมระยะท้ายซึ่งเป็นระยะที่ได้รับประโยชน์น้อยจากการรักษา¹ เหตุผลอาจเกิดขึ้นเนื่องจากกระบวนการค้นหาและวินิจฉัยผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมักเริ่มต้นจากผู้ป่วยมีอาการทางปริชาณปัญหาหรือพฤติกรรมผิดปกติจนผู้ป่วยหรือญาติสังเกตได้ชัดแล้วจึงเข้ามารับบริการตรวจวินิจฉัยในโรงพยาบาลด้วยตนเอง ร่วมกับการตรวจทางประสาทจิตวิทยาเป็นการทดสอบที่ต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมซึ่งมีปริมาณจำกัด การใช้แบบประเมินเบื้องต้นเพื่อสามารถให้การคัดกรองประชากรในชุมชนจึงเป็นอีกหนึ่งทางที่จะช่วยให้ค้นหาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกได้มากขึ้น⁵

หลักเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกแบบประเมินคัดกรองเบื้องต้นที่ใช้ในชุมชน British Psychological Society (BPS)⁶ ได้กำหนดเกณฑ์การเลือกเครื่องมือคัดกรองที่เหมาะสม โดยมีข้อพิจารณาในการเลือกดังนี้ 1) การนำไปปฏิบัติได้ (practicality) คือ เวลาที่ใช้ในการศึกษาเครื่องมือคัดกรองเพื่อให้คุ้นเคยก่อนนำไปใช้จริง ราคาเครื่องมือและเครื่องมือมีอยู่พร้อมใช้งาน 2) ความเป็นไปได้ (feasibility) พิจารณาจากผู้ป่วยยอมรับ แพทย์ยอมรับ ใช้งานง่าย ระบบการคิดคะแนนง่าย แปลผลง่ายโดยบุคคลทั่วไป⁷ ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินเหมาะสมในผู้สูงอายุคือ ระหว่าง 5-10 นาที 3) การนำไปประยุกต์ใช้ (range of

applicability) พิจารณาจากสามารถใช้ได้กับทุกกลุ่มอายุ⁸ ทุกระดับการศึกษา ไม่มีข้อจำกัดด้านภาษา วัฒนธรรม และใช้ได้กับโรคสมองเสื่อมทุกกลุ่ม⁹ 4) คุณสมบัติทางจิตวิทยา (psychometric properties) พิจารณาจากความตรง ความเที่ยง ความจำเพาะและความไว

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทยและคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พัฒนารูปแบบระบบบริการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมเชิงรุกในชุมชน¹⁰ คือแนะนำให้ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปรับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยคนในครอบครัวหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วย 14 ข้อคำถาม หากไม่ผลเป็นลบถือว่าจัดเป็นกลุ่มปกติให้เข้ารับการคัดกรองประจำปี ส่งเสริมสุขภาพและรักษาโรคร่วม หากให้ผลบวกจะจัดในกลุ่มอาจจะมีผิดปกติให้ส่งบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรับการประเมินต่อไป ซึ่งแนวทางนี้สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขที่มีการวางระบบการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนโดย อสม.^{11, 12}

เครื่องมือ 14 ข้อคำถามนี้แปลจากบทความใน The British Medical Association Family Doctor Guide¹³ โดยชาญัญญา ตันติลีปกร นักจิตวิทยาคลินิก สถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหิดลและแพทย์หญิงโสภณา เกริกไกรกุล หน่วยประสาทวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพฯ และวชิรพยาบาล ประกอบด้วย 14 คำถาม ที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของสมรรถภาพสมองในชีวิตประจำวัน (everyday cognition performance) ตัวอย่างคำถามเช่น ความถี่ที่คุณหาของใช้ในบ้านไม่พบ ความถี่ที่จำสถานที่ที่เคยไปบ่อย ๆ ไม่ได้ การตอบคำถามเป็นการให้คะแนนตามความถี่ที่เกิดขึ้นของเหตุการณ์ในแต่ละคำถามตั้งแต่ 1-4 คะแนน ผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้ป่วยเอง หรือญาติผู้ดูแล ถ้าได้คะแนนรวมมากกว่า 30 หรือคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 แต่มีข้อ 6, 9, 11, 13 หรือ 14 ข้อใดข้อหนึ่ง มีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ขึ้นไป จัดเป็นกลุ่มอาจจะมีผิดปกติจะถูกส่งต่อเพื่อคัดแยกโรคต่อไป แบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม เป็นแบบประเมินที่แนะนำให้ใช้คัดกรองผู้สูงอายุเบื้องต้นในชุมชนตามแนวทางเวชปฏิบัติ

ของส่วนกลางซึ่งนิยมใช้อย่างแพร่หลายในหลายพื้นที่ของประเทศไทยแต่ยังไม่พบการศึกษาความแม่นยำ ข้อจำกัดด้านอายุ เพศและการศึกษาของผู้รับการประเมินที่อาจมีอิทธิพลต่อผลความถูกต้องของการทำนายของแบบคัดกรองและระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้แบบคัดกรอง 14 ข้อคำถามในการประเมิน งานวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติเพิ่มเติมของแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถามตามหลักเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกแบบประเมินคัดกรองเบื้องต้นที่ใช้ในชุมชน⁶ อันจะเป็นประโยชน์ต่อระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะสมรรถภาพสมองพร่องในระดับปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อตรวจสอบความแม่นยำของแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยมาตรฐาน (DSM-5)
 2. หาจุดตัดคะแนนของแบบคัดกรองที่เหมาะสม
- วัตถุประสงค์รอง*
1. ทหาระยะเวลาเฉลี่ยในการทำแบบประเมินของผู้ป่วย
 2. หาปัจจัยพื้นฐานของอาสาสมัครที่มีอิทธิพลต่อผลความถูกต้องของการทำนายของแบบคัดกรอง

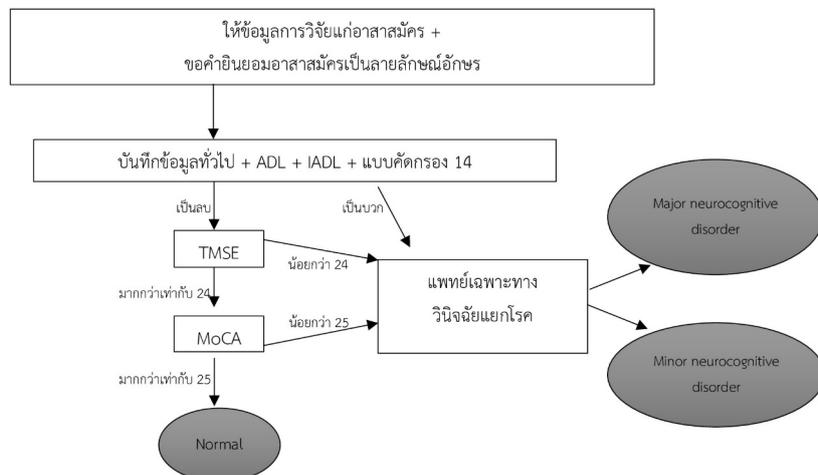
วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย cross sectional study, diagnostic test ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการ-

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์เวช-พยาบาลและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ประชากรเป้าหมายคือผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ามารับบริการที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก คลินิกเวชศาสตร์ชุมชนฯ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว เวช-พยาบาล ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 เป็นต้นไป ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าความไว (estimate a sensitivity)¹⁴ โดยกำหนดค่าความชุกของโรคสมองเสื่อมในประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นร้อยละ 12.3¹⁵ ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 320 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัย เริ่มจากเตรียมทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา อาสาสมัคร ได้รับการชี้แจงลำดับการคิดกรอง วินิจฉัย และวิธีการบันทึกข้อมูล เริ่มการเก็บข้อมูลและดำเนินการทางคลินิกด้วยการประกาศเชิญชวนอาสาสมัครผู้สูงอายุ ด้วยเครื่องขยายเสียงในระหว่างผู้สูงอายุ นั่งรอหน้าห้องตรวจโรค โดยผู้ประกาศเชิญชวนเป็นเจ้าของพื้นที่ที่ได้รับการอบรมจากคณะผู้วิจัยในการให้ข้อมูลการวิจัยแก่อาสาสมัคร เกณฑ์การคัดเข้า คือประชากรผู้มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้ที่สนใจเข้าร่วมวิจัยจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลเข้าไปทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) หากมีอาการทางจิตที่ได้รับการรักษาอยู่



รูปที่ 1. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง_14Q

หรือมีคะแนนภาวะซึมเศร้าจาก TGDS 15 ข้อ ได้คะแนนมากกว่า 5 คะแนนขึ้นไปจะไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ สำหรับผู้ที่ผ่านเกณฑ์เจ้าหน้าที่ขอคำยินยอมจากอาสาสมัครเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าสู่งานวิจัย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม คัดกรองโดยอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมโดยคณะผู้วิจัย แบบประเมิน ADL และ IADL แบบประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE) และแบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เก็บข้อมูลโดยพยาบาล โดย MoCA ทำเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่ได้ผลลบจากแบบประเมิน TMSE โดยผู้ที่ไม่มีการวินิจฉัยเสื่อมถอยลดลงของปรีชาปัญญา ไม่มีประวัติการทำกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการทำงานลดลง และผลแบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยา (TMSE และ MoCA) ทั้งสองเป็นผลลบจะถือว่าเป็นกลุ่มปกติ ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีประวัติปรีชาปัญญาและประวัติการทำกิจวัตรประจำวันหรือความสามารถในการทำงานลดลง หรือผลแบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยาเป็นผลบวกอย่างใดอย่างหนึ่งจะถูกส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมต่อตามเกณฑ์ DSM-5 โดยอายุรแพทย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุหรือจิตแพทย์ ซึ่งอาสาสมัครจะได้รับการตรวจทั้งหมดภายในนัดหมายเดียวกัน หรือหากต้องแยกนัดหมายการพบแพทย์จะนัด 2 สัปดาห์ หรือห่างไม่เกิน 4 สัปดาห์ (รูปที่ 1)

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลความแม่นยำของแบบคัดกรอง 14 ข้อ คำถาม เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยมาตรฐานและ จุดตัดคะแนนของแบบคัดกรองที่เหมาะสม ใช้การวิเคราะห์ receiver operating characteristic (ROC) และการคำนวณพื้นที่ใต้โค้ง (area under curve, AUC) โดยพิจารณาเลือกจุดตัดคะแนนจาก Youden's index ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ ข้อมูล

เชิงปริมาณได้แก่ อายุ ระยะเวลาเฉลี่ยในการคัดกรอง รายงานด้วยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรม Stata version 13.0 โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 320 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.10) มีอายุเฉลี่ย 71.05 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 52.20) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 57.50) เดิมประกอบอาชีพงานด้านธุรกิจและงานทั่วไป (ร้อยละ 53.80) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 85.60) โดยโรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อความถูกต้องของการทำนายของแบบคัดกรอง 14 ข้อ คำถาม

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อผลคะแนนแบบคัดกรอง 14 ข้อ คำถาม วิเคราะห์ที่ปัจจัยอายุและเพศด้วย Wilcoxon Mann-Whitney test และ Pearson chi square ตามลำดับ พบว่า อายุและเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความถูกต้องของการทำนายของแบบคัดกรอง 14 ข้อ คำถาม และวิเคราะห์ปัจจัยระดับการศึกษาด้วย Fisher's exact พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความถูกต้องของการทำนายของแบบคัดกรอง 14 ข้อ คำถาม

เนื่องจากระดับการศึกษา เป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อความถูกต้องของการทำนายของแบบคัดกรอง จึงได้วิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่าระดับการศึกษาที่มีผลต่อการทำนายของแบบคัดกรองถูกต้อง เมื่อพิจารณาผลต่างของค่าสัดส่วนร้อยละของความถูกต้องของการทำนายของแบบคัดกรอง พบว่า กลุ่มประชากรไม่ได้เรียนหนังสือและประถมศึกษา มีผลต่างของค่าสัดส่วนในการทำนายของแบบคัดกรองผิดมากกว่าค่าสัดส่วนในการทำนายของแบบคัดกรองถูกต้อง ร้อยละ 2.62 และ 12.07 ตามลำดับ และพิจารณาผลต่างค่าสัดส่วนร้อยละของความถูกต้องของการทำนายของแบบคัดกรองพบว่าการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

ตารางที่ 1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	221 (69.10)
ชาย	99 (30.90)
อายุ (ปี)	
(Mean 71.05, S.D. 7.78, Min 60, Max 93)	
60-69	164 (51.20)
70-79	98 (30.60)
80-89	54 (16.90)
มากกว่า 89	4 (1.30)
สถานภาพ	
โสด	38 (11.90)
สมรส	167 (52.20)
หม้าย	59 (18.40)
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	56 (17.50)
อาชีพ	
วิชาชีพเฉพาะทาง	18 (5.60)
งานที่ใช้ทักษะเฉพาะ	41 (12.80)
งานเกษตรกรรม/กสิกรรม	13 (4.10)
งานด้านธุรกิจ/งานทั่วไป	172 (53.80)
งานราชการ/รัฐวิสาหกิจ	30 (9.40)
แม่บ้าน (ดูแลบ้าน/คนในครอบครัว)	36 (11.20)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเฉย ๆ	10 (3.10)
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9 (2.80)
ประถมศึกษา	184 (57.50)
มัธยมศึกษา	73 (22.80)
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	16 (5.00)
ปริญญาตรี	34 (10.60)
สูงกว่าปริญญาตรี	4 (1.30)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	46 (14.40)
มี	274 (85.60)
เบาหวาน	114 (35.60)
ความดันโลหิตสูง	217 (67.80)
ไขมันในเลือดสูง	143 (44.70)
สมอง	15 (4.70)
หัวใจ	24 (7.50)
มะเร็ง	10 (3.10)
จิตเวช	4 (1.30)

มีผลต่างของค่าสัดส่วนในการทำนายของแบบคัดกรองถูกต้องมากกว่าค่าสัดส่วนในการทำนายของแบบคัดกรองผิด ร้อยละ 3.73, 10.00 และ 2.22 ตามลำดับ จึงวิเคราะห์ได้ว่าระดับการศึกษามีผลต่อความถูกต้องของการทำนายของแบบคัดกรอง โดยระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไปมีแนวโน้มของการทำนายผลของแบบคัดกรองถูกต้อง ข้อมูลดังตารางที่ 2

ระยะเวลาเฉลี่ยของการทำแบบคัดกรอง

ระยะเวลาเฉลี่ยที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการทำแบบประเมินคัดกรอง 14 ข้อคำถาม โดยเริ่มจับเวลาตั้งแต่ช่วงอธิบายกลุ่มตัวอย่างถึงวิธีการให้คะแนนเหตุการณ์ตามความถี่ที่เกิดขึ้น จนตอบคำถามเสร็จสิ้น โทนเฉลี่ยเป็นเวลา 4 นาที 6 วินาที ตัวอย่างที่ใช้เวลาน้อยที่สุดคือ 1 นาที 26 วินาที และใช้เวลามากที่สุดคือ 17 นาที (standard deviation 2.04)

ความแม่นยำของแบบคัดกรอง

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น major neurocognitive disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิก DSM-5 จำนวน 55 คน (ร้อยละ 17.20) เป็น minor neurocognitive disorder จำนวน 113 คน (ร้อยละ 35.30) และไม่มี neurocognitive disorder จำนวน 152 คน (ร้อยละ 47.50) (ตารางที่ 3)

การศึกษาความแม่นยำตามเกณฑ์ของ 14 ข้อคำถามคือได้คะแนนรวมมากกว่า 30 หรือคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 แต่มีข้อ 6, 9, 11, 13 หรือ 14 ข้อใดข้อหนึ่ง มีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ขึ้นไป พบว่ามีพื้นที่ใต้กราฟ TFI (AuROC) เท่ากับ 0.58 ค่าความไว ร้อยละ 31.5 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 83.6 ค่าความแม่นยำ (accuracy) ร้อยละ 57.55 ค่าพยากรณ์ของผลบวก (positive predictive value) ร้อยละ 67.9 ค่าพยากรณ์ผลลบ (negative predictive value) ร้อยละ 52.50 และสามารถทำนายโอกาสน่าจะเป็นโรค (positive likelihood ratio) 1.92 เท่าของคนที่ไม่เป็นโรค เมื่อผลทดสอบเป็นบวก

ตารางที่ 2. ปัจจัยอายุ เพศ และระดับการศึกษาที่มีผลต่อความถูกต้องของการทำนายของแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม วิเคราะห์โดย Wilcoxon Mann-Whitney test หรือ Pearson chi square หรือ Fisher’s exact

ปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	Truepredict		p-value
	True	False	
อายุ	69 (64-75)	69.5 (65-79)	0.202
เพศ, จำนวน (ร้อยละ)			
ชาย	63 (35.00)	36 (25.71)	0.075
หญิง	117 (65.00)	104 (74.29)	
ระดับการศึกษา, จำนวน (ร้อยละ)			
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3 (1.67)	6 (4.29)	0.007
ประถมศึกษา	94 (52.22)	90 (64.29)	
มัธยมศึกษา	44 (24.44)	29 (20.71)	
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	8 (4.44)	8 (5.71)	
ปริญญาตรี	27 (15.00)	7 (5.00)	
สูงกว่าปริญญาตรี	4 (2.22)	0 (0.00)	

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบจำนวนการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (major neurocognitive disorder) หรือภาวะสมรรถภาพสมองพร่องเล็กน้อย (minor neurocognitive disorder) กับจำนวนกลุ่มปกติ ระหว่างการวินิจฉัยทางคลินิกโดยอายุรแพทย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุหรือจิตแพทย์ และแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม

14 ข้อคำถาม	DSM-5		Total
	Abnormal (major neurocognitive disorder or minor neurocognitive disorder)	Normal	
Positive	53	25	78
Negative	115	127	242
Total	168	152	320

จุดตัดที่เหมาะสม

หากใช้เกณฑ์ผลคะแนนรวมของแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม พบว่าจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมคือมากกว่าเท่ากับ 21 คะแนน มีความแม่นยำในการแยกกลุ่มผู้สูงอายุที่ผิดปกติ (major Neurocognitive disorder and minor neurocognitive disorder) จากกลุ่มผู้สูงอายุปกติ มี area under the ROC curve (AUC) เท่ากับ 0.61 [95%CI 0.56-0.67] มีค่าความไว เท่ากับร้อยละ 57.7 และความจำเพาะ เท่ากับร้อยละ 65.1 (ตารางที่ 4)

หากใช้เกณฑ์พิจารณารายข้อย่อยที่เป็นบวก (ข้อย่อยที่เป็นบวก คือ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความถี่ของ

การเกิดเหตุการณ์ในแบบคัดกรองแต่ละข้อย่อยเป็น 3 หรือ 4) วิเคราะห์โดยใช้ Pearson chi square and Fisher’s exact พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยผิดปกติ (เป็นภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่อง) ให้เป็นบวกมากกว่ากลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือข้อที่ 1 (p = 0.004), 2 (p = 0.045), 3 (p = 0.007), 10 (p = 0.03), 11 (p = 0.001) และ 13 (p = 0.048) (ตารางที่ 5)

เมื่อพิจารณาที่ผลต่างของค่าสัดส่วนร้อยละของกลุ่มผิดปกติและกลุ่มปกติที่ให้ผลบวกในข้อย่อย พบว่าข้อที่มีผลต่างมากที่สุด 3 ลำดับแรกคือข้อ 11 (ผลต่างร้อยละ

ตารางที่ 4. ค่าความแม่นยำของแต่ละจุดตัดคะแนนของแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม

Cutpoint	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Correctly Classified (%)	LR+	LR-
≥ 14	100.00	0.00	52.50	1.0000	
≥ 15	82.14	26.32	55.63	1.1148	0.6786
≥ 16	77.98	35.53	57.81	1.2094	0.6199
≥ 17	75.00	44.08	60.31	1.3412	0.5672
≥ 18	67.86	49.34	59.06	1.3395	0.6514
≥ 19	64.88	52.63	59.06	1.3697	0.6673
≥ 20	61.90	59.21	60.62	1.5177	0.6434
≥ 21	57.74	65.13	61.25	1.6559	0.6489
≥ 22	52.98	69.08	60.63	1.7133	0.6807
≥ 23	42.86	76.97	59.06	1.8612	0.7424
≥ 24	38.10	79.61	57.81	1.8679	0.7776
≥ 25	32.74	84.21	57.19	2.0734	0.7987
≥ 26	29.17	86.18	56.25	2.1111	0.8219
≥ 27	25.60	88.16	55.31	2.1614	0.8440
≥ 28	22.02	89.47	54.06	2.0923	0.8715
≥ 29	19.05	92.76	54.06	2.6320	0.8727
≥ 30	14.29	94.08	52.19	2.4127	0.9111
≥ 31	11.31	95.39	51.25	2.4558	0.9297
≥ 32	9.52	96.71	50.94	2.8952	0.9355
≥ 33	8.33	97.37	50.62	3.1667	0.9414
≥ 34	5.36	98.68	49.69	4.0714	0.9590
≥ 36	3.57	99.34	49.06	5.4286	0.9707
≥ 37	2.38	99.34	48.44	3.6191	0.9827
≥ 38	1.19	100.00	48.12		0.9881
≥ 44	0.60	100.00	47.81		0.9940

13.54) ลำดับสองคือข้อ 1 (ผลต่างร้อยละ 13.38) และ ลำดับสามคือข้อ 3 (ผลต่างร้อยละ 10.02)

หากเลือกข้อ 1 และ 11 ซึ่งเป็นข้อที่มีค่าขนาดของผล (effect size) ใกล้เคียงกันและค่าแตกต่างจากลำดับที่สาม มาเป็นข้อย่อยที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในการคัดกรอง ตามเกณฑ์ข้อย่อยที่เป็นบวก เมื่อนำมาพิจารณาร่วมกับ จุดตัดคะแนนรวมที่เหมาะสมคือมากกว่าเท่ากับ 21 คะแนน เมื่อวิเคราะห์ความแม่นยำของแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม ตามเกณฑ์คะแนนรวมมากกว่า 20 คะแนน หรือคะแนน รวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 แต่มีข้อ 1 และ 11 ข้อใดข้อ หนึ่ง มีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ขึ้นไป จะได้ ค่าความไว ร้อยละ 60.7 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 61.2 พื้นที่ใต้กราฟ AuROC เท่ากับ 0.61 ค่าพยากรณ์ของผล

บวก (positive predictive value) ร้อยละ 63.4 ค่า พยากรณ์ผลลบ (negative predictive value) ร้อยละ 58.5 และสามารถทำนายโอกาสน่าจะเป็นโรค (positive likelihood ratio) 1.56 เท่าของคนที่ไม่เป็นโรค เมื่อผล ทดสอบเป็นบวก

วิจารณ์

เมื่อพิจารณาเครื่องมือ 14 ข้อคำถามตามเกณฑ์ คุณสมบัติที่เหมาะสมของเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นที่ใช้ ในชุมชน¹³ พบว่าเครื่องมือ 14 ข้อคำถาม เป็นเครื่องมือที่ พร้อมใช้งาน ไม่มีค่าลิขสิทธิ์ ผู้ให้การประเมินใช้เวลา ทำความเข้าใจเครื่องมือก่อนนำไปใช้ไม่มาก ระบบคิด

ตารางที่ 5. ความสามารถในการแยกกลุ่มปกติและกลุ่มผิดปกติ (Major Neurocognitive Disorder or Minor Neurocognitive Disorder) ของแต่ละข้อย่อยในแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม วิเคราะห์โดย Pearson chi square หรือ Fisher's exact

14 ข้อคำถาม	DSM 5		p-value
	Abnormal n (%)	Normal n (%)	
ข้อ 1			
Negative	119 (70.83)	128 (84.21)	0.004
Positive	49 (29.17)	24 (15.79)	
ข้อ 2			
Negative	137 (81.55)	136 (89.47)	0.045
Positive	31 (18.45)	16 (10.53)	
ข้อ 3			
Negative	139 (82.74)	141 (92.76)	0.007
Positive	29 (17.26)	11 (7.24)	
ข้อ 4			
Negative	126 (75.00)	126 (82.89)	0.085
Positive	42 (25.00)	26 (17.11)	
ข้อ 5			
Negative	156 (92.86)	138 (90.79)	0.499
Positive	12 (7.14)	14 (9.21)	
ข้อ 6			
Negative	156 (92.86)	145 (95.39)	0.337
Positive	12 (7.14)	7 (4.61)	
ข้อ 7			
Negative	157 (93.45)	146 (96.05)	0.300
Positive	11 (6.55)	6 (3.95)	
ข้อ 8			
Negative	155 (92.26)	140 (92.11)	0.958
Positive	13 (7.74)	12 (7.89)	
ข้อ 9			
Negative	159 (94.64)	150 (98.68)	0.065
Positive	9 (5.36)	2 (1.32)	
ข้อ 10			
Negative	154 (91.67)	148 (97.37)	0.030
Positive	14 (8.33)	4 (2.63)	
ข้อ 11			
Negative	132 (78.57)	140 (92.11)	0.001
Positive	36 (21.43)	12 (7.89)	
ข้อ 12			
Negative	163 (97.02)	146 (96.05)	0.634
Positive	5 (2.98)	6 (3.95)	
ข้อ 13			
Negative	155 (92.26)	148 (97.37)	0.048
Positive	13 (7.74)	4 (2.63)	
ข้อ 14			
Negative	154 (91.67)	141 (92.76)	0.715
Positive	14 (8.33)	11 (7.24)	

คะแนนง่าย ใช้งานและแปลผลได้โดยบุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ งานวิจัยนี้จึงได้ศึกษาคุณสมบัติตามเกณฑ์เครื่องมือคัดกรองที่เหมาะสมข้ออื่น ๆ เพิ่มเติมในเรื่องผลการศึกษาความแม่นยำของแบบคัดกรองตามเกณฑ์เดิมคือคะแนนรวมมากกว่า 30 หรือคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 แต่มีข้อ 6, 9, 11, 13 หรือ 14 ข้อใดข้อหนึ่ง มีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ขึ้นไป พบว่ามีพื้นที่ใต้กราฟ (AuROC) เท่ากับ 0.58 ค่าความไวร้อยละ 31.5 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.6 ถือว่ามีความไวค่อนข้างต่ำสำหรับการนำมาใช้เป็นเครื่องมือคัดกรอง จึงได้วิเคราะห์หาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมเพิ่มเติม พบว่าความแม่นยำของแบบคัดกรอง 14 ข้อคำถามตามเกณฑ์ใหม่คือคะแนนรวมมากกว่า 20 คะแนน หรือคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 แต่มีข้อ 1 และ 11 ข้อใดข้อหนึ่ง มีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ขึ้นไป มีค่าความไว ร้อยละ 60.70 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 61.20 พื้นที่ใต้กราฟ เท่ากับ 0.61 เมื่อเทียบกับเกณฑ์จุดตัดเดิม จะพบว่ามีค่าความไวเพิ่มขึ้นในขณะที่มีความจำเพาะลดลง

ความแม่นยำของ 14 ข้อคำถามที่ค่อนข้างต่ำนี้ อาจเกิดจาก 14 ข้อคำถามเป็นเครื่องมือที่สอบถามเกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถของสมองของตนเองในชีวิตประจำวัน (everyday cognition performance) ผลคะแนนที่ผู้สูงอายุตอบจึงขึ้นกับการรับรู้ประสิทธิภาพสมองของตนเองในแต่ละบุคคล (self-reported perception of performance) จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ประสิทธิภาพสมองของตนเอง โดยการเปรียบเทียบในกลุ่มปกติกับกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมมีการรับรู้ประสิทธิภาพของตนเองคล้ายกับกลุ่มปกติ¹⁶ กล่าวคือกลุ่มสมองเสื่อมไม่รู้ว่าตนมีประสิทธิภาพสมองที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ให้ผลการศึกษาว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพสมองพร่องเล็กน้อยจะมีการรับรู้ที่น้อยลงถึงสมรรถภาพสมองที่ลดลงของตนเอง (subjective cognitive decline, SCD)^{17,18} ซึ่งการรับรู้ที่น้อยลงนี้อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสมรรถภาพสมองพร่องเล็กน้อยได้ตั้งแต่ในระยะต้น ๆ ของของโรค¹⁹ ด้วยเหตุนี้จึงอาจทำให้ผลของการประเมิน 14 ข้อคำถามเกิดผลลบลงได้ (false negative) เป็นผลทำให้ความไวของเครื่องมือลดลง ในขณะที่

เดียวกันมีการศึกษาที่นำผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว่าคุณสมบัติประสิทธิภาพสมองลดลงมาวินิจฉัยโรคความผิดปกติของสมรรถภาพสมองจริงด้วยเกณฑ์ทางคลินิกร่วมกับ neuropsychological test พบว่ามีถึงร้อยละ 47.00 ที่วินิจฉัยแล้วพบว่ามีการวินิจฉัยปัญหาปกติ²⁰ จึงเป็นไปได้ว่าหากใช้การรับรู้ความสามารถสมองของตนเองมาเป็นเกณฑ์อาจทำให้เกิดผลบวกหลงได้เช่นกัน ซึ่งส่งผลให้ความจำเพาะของเครื่องมือลดลง

อย่างไรก็ตาม self-perception of cognitive performance มีประโยชน์ในแง่ของการคาดการณ์การเกิดโรคได้โดยมีงานวิจัยพบว่าคนที่มีการรับรู้ว่าคุณสมบัติประสิทธิภาพสมองของตนเองลดลงมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มากขึ้นในอนาคต²¹ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลีที่ศึกษา subjective memory complaint (SMCs) กับ objective cognitive deficit ในผู้สูงอายุปกติ 181 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มี SMCs มี objective cognitive deficit ในด้านภาษา ความจำและมิติสัมพันธ์มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มี SMCs อย่างมีนัยสำคัญ²² ซึ่งอาจอธิบายได้จากในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment, MCI) จะสามารถตรวจพบความผิดปกติของสมองได้จาก neuropsychological test แต่เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป จึงอาจมีระยะที่เรียกว่า Pre-MCI ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของสมองตนเองที่ลดลง แต่ยังไม่พบความผิดปกติจากการทำแบบทดสอบด้านจิตประสาท ซึ่งเชื่อว่าในระยะ Pre-MCI นี้ SCD มีความไวมากกว่า neuropsychological test²³ ดังนั้นการติดตามผู้ป่วยที่ทำ 14 ข้อคำถาม ไปในอนาคตควรมีแนวโน้มการเกิดโรคสมองเสื่อมและภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องอย่างไร จะทำให้ทราบความสามารถของแบบคัดกรองและใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น นอกจากนี้มีงานวิจัยเปรียบเทียบความแม่นยำของข้อมูลที่ได้จากผู้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้วยตัวผู้ป่วยเองพบว่าข้อมูลที่ได้จากผู้อยู่ใกล้มีความสัมพันธ์กับการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมและภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่องมากกว่า^{24,25} ดังนั้นหากศึกษาความแม่นยำของ

แบบคัดกรอง 14 ข้อคำถาม โดยให้ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินอาจทำให้ความแม่นยำของเครื่องมือมากขึ้น

การศึกษาระยะเวลาในการทำแบบคัดกรองของผู้ป่วยหนึ่งราย ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยคือ 4 นาที 6 วินาที ถือว่าเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมตามเกณฑ์สำหรับการคัดกรองเบื้องต้นในชุมชน ที่ไม่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุอันจะนำไปสู่ข้อมูลที่ไม่มีคุณภาพ⁷

สำหรับเรื่องปัจจัยพื้นฐานของอาสาสมัครที่มีอิทธิพลต่อความถูกต้องของการทำนายของแบบคัดกรอง พบว่าเพศและอายุไม่มีอิทธิพลต่อผลความถูกต้องของการทำนายของแบบคัดกรอง สอดคล้องกับเกณฑ์การเลือกเครื่องมือคัดกรองที่เหมาะสม คือต้องประยุกต์ใช้ได้กับทุกเพศทุกอายุ^{6,8,9} ในขณะที่ปัจจัยระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อความถูกต้องของการทำนายของแบบคัดกรองอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป มีแนวโน้มของการทำนายผลของแบบคัดกรองถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือและระดับประถมศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าคนที่มีการศึกษาสูงจะมีความสัมพันธ์ของการรับรู้ประสิทธิภาพสมองของตนเองกับประสิทธิภาพสมองจริงจากการทำแบบทดสอบปริชานปัญหาอย่างมีนัยสำคัญ²⁶

จุดเด่นของการศึกษาเป็นการเปรียบเทียบเครื่องมือคัดกรองกับเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิกตามเกณฑ์ DSM 5 ทำให้ได้ผลความแม่นยำของเครื่องมือเทียบกับการวินิจฉัย Gold standard ระยะห่างของการตอบเครื่องมือ 14 ข้อคำถามกับการรับการวินิจฉัยโรคทำในวันเดียวกันหรือห่างกันไม่เกิน 2-4 สัปดาห์ ผลการประเมินจากแบบคัดกรองและการวินิจฉัยจึงน่าจะไม่คลาดเคลื่อนจากปัจจัยของการเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ข้อจำกัดของการศึกษา เครื่องมือ 14 ข้อคำถามนี้ถูกแนะนำให้ใช้โดยบุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์สำหรับการประเมินระดับปฐมภูมิและในชุมชน ในงานวิจัยนี้เครื่องมือ 14 ข้อคำถามถูกเก็บข้อมูลโดยบุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์แต่เป็นบริบทในโรงพยาบาลเนื่องจากข้อจำกัดในด้านความต่อเนื่องในการส่งผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยโรคต่อ หากได้ศึกษาในบริบทชุมชนจริงอาจให้ผลการศึกษาที่ตรงตามบริบทการนำไปใช้มากขึ้น

สรุป

หลังจากพิจารณาเครื่องมือ 14 ข้อคำถามตามเกณฑ์ที่เหมาะสมของเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นที่ใช้ในชุมชนพบว่า 14 ข้อคำถามเป็นเครื่องมือที่มีคุณสมบัติดีตามเกณฑ์ในระดับหนึ่ง เมื่อศึกษาคุณสมบัติตามเกณฑ์ข้ออื่นๆเพิ่มเติม พบว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้เวลาในการประเมินผู้ป่วยหนึ่งรายเฉลี่ย 4 นาที 6 วินาที ซึ่งถือว่าเป็นเวลาที่เหมาะสม สามารถใช้ได้กับทุกเพศและทุกอายุ เนื่องจากเพศและอายุไม่มีอิทธิพลต่อความถูกต้องของการทำนายของเครื่องมือ แต่เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไปมีแนวโน้มของการทำนายผลของแบบคัดกรองถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือและระดับประถมศึกษา สำหรับคุณสมบัติด้านความแม่นยำพบว่ามีความไวและความจำเพาะค่อนข้างน้อย เมื่อวิเคราะห์หาจุดตัดที่เหมาะสม ได้เกณฑ์ในการแยกกลุ่มปกติกับกลุ่มที่อาจจะผิดปกติใหม่คือคะแนนรวมมากกว่า 20 คะแนน หรือคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 แต่มีข้อ 1 และ 11 ข้อใดข้อหนึ่งมีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ขึ้นไป พบว่ามีความไวและความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 60.70 และ 61.20 ตามลำดับ ดังนั้นหากจะนำ 14 ข้อคำถามมาใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการคัดกรอง อาจจะต้องทบทวนวิธีการนำมาใช้งานและศึกษาคุณสมบัติของเครื่องมือเพิ่มเติม เพื่อปรับให้ผลที่ได้จากการคัดกรองมีความแม่นยำและเกิดประโยชน์สูงสุด

Highlight

1. แบบคัดกรอง 14 ข้อมีความไวต่ำ ร้อยละ 31.5 และความจำเพาะ ร้อยละ 83.6 (AuROC 0.58)
2. ใช้เวลาประเมินเฉลี่ยเพียง 4 นาที 6 วินาที เหมาะกับการใช้ในชุมชน
3. ระดับการศึกษาน้อยมีผลให้ความถูกต้องของการทำนายลดลง
4. เกณฑ์ใหม่ที่เหมาะสมคือคะแนนรวมมากกว่า 20 คะแนน หรือมีข้อ 1 และ 11 ข้อใดข้อหนึ่งมีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ขึ้นไป เพิ่มความไวเป็นร้อยละ 60.7
5. เครื่องมือจำเป็นต้องปรับปรุงและศึกษาคุณสมบัติเพิ่มก่อนใช้คัดกรองเชิงนโยบาย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์ให้การสนับสนุนและคำปรึกษาที่มีคุณค่าจากผู้ทรงคุณวุฒิได้แก่ อ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อ.พญ.โสภณ เกริกไกรกุล อดีตแพทย์หน่วยประสาทวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพฯและ วชิรพยาบาล รศ.พญ.นิจวรรณ เกิดเจริญ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช รศ.พญ.โสฬสพัทธ์ เหมรัฐขจรจณ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พญ.วริษา เอี่ยมจินณสุวัฒน์ อายุรแพทย์โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ คุณพิชยพันธ์ วัฒนวิฑูกร ผู้ประสานงานสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและความช่วยเหลือสนับสนุนจากอาสาสมัคร ผู้เก็บข้อมูลและทีมสหวิชาชีพทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Robinson L, Tang E, Taylor JP. Dementia: timely diagnosis and early intervention. *BMJ*. 2015;350:h3029.
2. Patnode CD, Perdue LA, Rossom RC, et al. Screening for cognitive impairment in older adults: an evidence update for the U.S. preventive services task force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); February 2020.
3. Terry Quinn. Dementia diagnosis: a decade of evidence [Internet]. 2019 [cited 30 June 2020]. Available on <https://www.evidentlycochrane.net/dementia-diagnosis-a-decade-of-evidence/>
4. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet (London, England)*. 2017;390(10113):2673-734.
5. Eichler T, Thyrian JR, Hertel J, Michalowsky B, Wucherer D, Dreier A, et al. Rates of formal diagnosis of dementia in primary care: the effect of screening. *Alzheimer's & dementia (Amsterdam, Netherlands)*. 2015;1:87-93.
6. Milne A, Culverwell A, Guss R, Tuppen J, Whelton R. Screening for dementia in primary care: a review of the use, efficacy and quality of measures. *Int Psychogeriatr*. 2008;20:911-26.
7. สมิต ประสันนาการ, อัจฉรา คำมะทิพย์, ฐิติวรรณ โยธาทัย, ปานเพชร สกุศลคู. กระบวนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกของผู้สูงอายุในชุมชน: การทบทวนวรรณกรรม

- อย่างเป็นระบบ. อุดรธานี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนอุดรธานี. 2560.
8. Noroozian M, Shakiba A, Iran-nejad S. The impact of illiteracy on the assessment of cognition and dementia: a critical issue in the developing countries. *Int Psychogeriatr*. 2014;26:2051-60.
 9. Rosli R, Tan MP, Gray WK, Subramanian P, Chin AV. Cognitive assessment tools in Asia: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2016;28:189-210.
 10. สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. Practice Guidelines of Comprehensive Care Management for Older Persons with Dementia [Internet]. 2020 [cited 30 June 2020]. Available on <http://agingthai.dms.moph.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/04/แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร.pdf> (15 July 2020)
 11. อรวรรณ ศิลปกิจ. บทความพื้นฐานวิชาการ การคัดกรองโรคสมองเสื่อม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2014;21:34-47.
 12. กองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (Inspection Guideline) ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก http://data.ptho.moph.go.th/inspec/2563/inspec63_2/triam_doc/เล่มแผนการตรวจราชการ%20ปี%202563/038.03%20Inspection%20Guideline%20ปี%2063_ผู้สูงอายุ%20edited%2013%20.20.pdf
 13. Martyn C, Gale C, Smith T. How well is your memory working. In: Smith T, editor. *The British Medical Association Family Doctor Guide to Forgetfulness & Dementia*. Great Britain: Dorling Kindersley; 1999. p. 16-18.
 14. Hajian-Tilaki K. Sample size estimation in diagnostic test studies of biomedical informatics. *J Biomed Inform*. 2014;48:193-204.
 15. อาทิตยา สุวรรณสุทธิศรี, สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2559;2:21-3
 16. Graham DP, Kunik ME, Doody R, Snow AL. Self-reported awareness of performance in dementia. *Brain Res Cogn Brain Res*. 2005;25:144-52.
 17. Lacerda I, Santos R, Belfort T, Neto JP, Dourado MCN. Patterns of discrepancies in different objects of awareness in mild and moderate Alzheimer's disease. *Aging Mental Health*. 2018;26:1-8.
 18. Senturk G, Bilgic B, Arslan AB, Bayram A, Hanagasi H, Gurvit H, Emre M. Cognitive and anatomical correlates of anosognosia in amnesic mild cognitive impairment and early-stage Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2017;29:293-302.
 19. Cacciamani F, Sambati L, Houot M, et al. Awareness of cognitive decline trajectories in asymptomatic individuals at risk for AD. *Alzheimers Res Ther*. 2020;12(1):129. PubMed PMID: 33054821
 20. Gallassi R, Bisulli A, Oppi F, Poda R, Di Felice C. Subjective cognitive complaints, neuropsychological performance, affective and behavioural symptoms in non-demented patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23:95-101.
 21. Studart A Neto, Nitrini R. Subjective cognitive decline: The first clinical manifestation of Alzheimer's disease?. *Dement Neuropsychol*. 2016;10:170-7.
 22. Park S, Lee JH, Lee J, Cho Y, Park HG, Yoo Y, et al. Interactions between subjective memory complaint and objective cognitive deficit on memory performances. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):294. PubMed PMID: 31666029
 23. Si T, Xing G, Han Y. Subjective cognitive decline and related cognitive deficits. *Front Neurol*. 2020;11:247. PubMed PMID: 32508729
 24. Ryu SY, Kim A, Kim S, Park KW, Park KH, Youn YC, et al. Self- and informant-reported cognitive functioning and awareness in subjective cognitive decline, mild cognitive impairment, and very mild Alzheimer disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020;35:91-8.
 25. Bellaali Y, Woodard JL, Hanseeuw B, Ivanoiu A. Spouse-appraised memory functioning predicts memory decline better than subjective memory complaints in community dwelling older adults at genetic risk for Alzheimer's disease. *Front Psychiatry*. 2021;12:633102. PubMed PMID: 33692711
 26. Corlier FW, Shaw C, Hayes-Larson E, Mungas D, Tomaszewski Farias S, Glymour MM, et al. Association between cognitive test performance and subjective cognitive decline in a diverse cohort of older adults: findings from the KHANDLE study. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2020;34:198-205.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเกษียรน้อย ตำบลเนินหอม อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี

วิริญดา พงษ์พรม, ส.ม., (การบริหารงานสาธารณสุข) อนุชา เมธาบุษยาธร, ป.ด.(สาธารณสุขศาสตร์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดปทุมธานี

ผู้รับผิดชอบบทความ:

วิริญดา พงษ์พรม, ส.ม.,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เวสเทิร์น 4 หมู่ 11 ถ.หทัย
ราษฎร์ ต.ลาดสวาย อ.ลำลูกกา
จ.ปทุมธานี 12150, ประเทศไทย
Email: wirunda1970@gmail.
com

Received: December 10, 2025;

Revised: December 22, 2025;

Accepted: January 8, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: การจัดการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมเป็นนโยบายสำคัญเชิงรุกของกระทรวงสาธารณสุข การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเกษียรน้อย จังหวัดปราจีนบุรี

แบบวิจัย: การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง

วัตถุประสงค์และวิธีการ: กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 193 คนจาก 8 หมู่บ้าน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย และจัดสรรสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเทียบบัญญัติไตรยางศ์ ดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืน เครื่องมือคือแบบสอบถาม (IOC=0.67-1.00, $\alpha = 0.896$) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ไคสแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา: การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.42) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ โรคประจำตัว ทักษะติดต่อการบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยทักษะติดต่อการบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อย ($r = 0.163$ และ $r = 0.156$ ตามลำดับ)

สรุป: ควรจัดกิจกรรมเชิงรุกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและสร้างเครือข่ายสนับสนุนช่วยเหลือด้านการเดินทางและข้อมูลเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ ทักษะติดต่อการบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุ

ORIGINAL ARTICLE

Factors Associated with Healthcare Access Among the Elderly at Ban Huai Kasian Noi Sub-District Health Promoting Hospital Noen Hom Sub-District Mueang District, Prachin Buri Province

Wirunda Pongprom, M.P.H. (Public Health Administration),

Natha Methabutsayathon, Ph.D. (Public Health)

Graduate School, Western University, Pathum Thani Province, Thailand

Corresponding author :

Wirunda Pongprom, M.P.H.
Graduate School, Western
University, 49 Moo 4,
Lam Luk Ka District,
Pathum Thani 12150, Thailand
Email: wirunda1970@gmail.
com

Received: December 10, 2025;

Revised: December 22, 2025;

Accepted: January 8, 2026

ABSTRACT

Background: Comprehensive elderly care is a key proactive policy of the Ministry of Public Health. This study aimed to examine factors associated with healthcare accessibility among the elderly in the service area of Ban Huai Kasian Noi Health Promoting Hospital, Prachin Buri Province.

Design: A cross-sectional Survey

Methods: The sample consisted of 193 elderly individuals from eight villages, selected through simple random sampling with proportional allocation. Simple random sampling was then conducted using a lottery method without replacement. The research instrument was a questionnaire (IOC = 0.67–1.00, $\alpha = 0.896$). Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including the chi-square test, Fisher's exact test, and Pearson's correlation coefficient.

Results: Healthcare accessibility among the elderly was at a moderate level (40.42%). Factors significantly associated with healthcare accessibility ($p < 0.05$) were chronic diseases, attitudes toward health services, and social support. Both attitudes toward health services and social support showed low-level positive correlations ($r = 0.163$ and $r = 0.156$, respectively).

Conclusions: Proactive interventions should be implemented for elderly groups with chronic diseases to foster positive attitudes. Additionally, establishing support networks to assist with transportation and health information is essential to enhance healthcare accessibility

Keywords: healthcare access, attitudes toward healthcare services, social support, elderly

บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกและประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (aged society)¹ ส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพมีความซับซ้อนและต่อเนื่องมากขึ้นตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2566–2570) กระทรวงสาธารณสุขจึงมุ่งเน้นการยกระดับ “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นกลไกหลักในการดูแลเชิงรุก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในถิ่นที่อยู่เดิมอย่างยั่งยืน²

จังหวัดปราจีนบุรีมีส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 19.7³ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ และมีผู้สูงอายุตกเกณฑ์ดัชนีความยากจนหลายมิติกว่า 4,000 คน และมีกลุ่มที่ต้องอยู่ลำพังหรือดูแลตนเองสูงถึง 15,000 คน² ส่วนพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านห้วยเกษียรน้อย ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท จากข้อมูลสถิติปี 2567 ผู้สูงอายุเข้ามาใช้บริการที่ รพ.สต. เพียงร้อยละ 19.6⁴ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวน 754 คน⁴ สะท้อนให้เห็นถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิด Andersen’s Behavioral Model⁵ พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยนำ เช่น ทักษะคติ ปัจจัยเอื้อ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยความต้องการ เช่น โรคประจำตัว จากงานวิจัยของอาจารย์ เชิดชู⁶ ศึกษาวิจัยเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ คือ อายุ เพศ ศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน โรคประจำตัว การได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย และการรับรู้สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มักศึกษาในภาพรวมระดับเขตสุขภาพหรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่ยังคงขาดข้อมูลเชิงลึกในระดับปฐมภูมิที่มีบริบทเฉพาะถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่โครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปจนผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ รพ.สต. บ้านห้วยเกษียรน้อย ซึ่งการวิจัยนี้จะช่วยให้เข้าใจถึงอุปสรรคและปัจจัยที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะในการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพในชุมชนของตนเองได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคติต่อการบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10 ตุลาคม – 31 ตุลาคม พ.ศ. 2568

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2568 (รหัสโครงการ HE-WTU 2568 – 0116 และเอกสารรับรองเลขที่ WTU 2568 – 0116) ได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัย ดังนี้

1. การขอความยินยอม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิ์ให้อาสาสมัครทราบอย่างครบถ้วน โดยอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิ์ถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ
2. การรักษาความลับ ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น เพื่อป้องกันมิให้เกิดผลกระทบหรือความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่เกี่ยวข้อง

3. การจัดการข้อมูล ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายข้อมูลด้วยวิธีการที่เหมาะสมเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต. บ้านห้วยเกษียรน้อย จากทะเบียนราษฎรของปี 2568 จำนวน 754 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตามสูตรของ Daniel (2010)⁷ กำหนดค่า $p = 0.82$ (อ้างอิงจากการศึกษาของ สมชาย นันทวัฒน์การณ⁸ พบการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมาก ร้อยละ 82.7) ได้ขนาดตัวอย่าง 175 คน และสำรองข้อมูลร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 193 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยจัดสรรสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามรายหมู่บ้าน (8 หมู่บ้าน) และสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืนจนครบจำนวน

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้สูงอายุสัญชาติไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี อ่าน หรือฟัง เข้าใจภาษาไทย สื่อสารได้ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ข้อมูลไม่สมบูรณ์ หรือขาดตอนตัวระหว่างการศึกษ

การจัดการข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลหน้างานทันทีที่ได้รับแบบสอบถามคืน ทำให้ข้อมูลสมบูรณ์ ดำเนินการบันทึกข้อมูลและทำการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดทฤษฎี แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล และระยะ

เวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ทักษะติดต่อการบริการสุขภาพ พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Triandis⁹ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ House¹⁰ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 การเข้าถึงบริการสุขภาพ พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Panchansky and Thomas¹¹ จำนวน 20 ข้อ

เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2-4 เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับของ Likert Scale¹² (5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom¹³ ในการจัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00-79.99) และระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (validity and reliability)

ความตรงเชิงเนื้อหา ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC ระหว่าง 0.67-1.00

ความเชื่อมั่น ทดลองใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ รพ.สต. บ้านห้วยเกษียรน้อยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคในภาพรวมเท่ากับ 0.896 โดยด้านทักษะติดต่อการบริการสุขภาพ = 0.753 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม = 0.848 และด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ = 0.844

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยการคำนวณหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยเลือกใช้สถิติที่สอดคล้องกับมาตรวัดและข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ข้อมูลเชิงกลุ่ม ใช้สถิติไคสแควร์ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และเลือกใช้การ

ทดสอบที่แม่นยำของฟิชเชอร์ (Fisher’s Exact Test) ในกรณีที่ค่าความถี่ที่คาดหวัง (expected frequency) น้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด เพื่อให้ผลการทดสอบมีความแม่นยำทางสถิติ

2.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ทศนคติต่อการบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากตัวแปรอยู่ในระดับมาตราวัดช่วง และมีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 193 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 116 คน (ร้อยละ 60.10) มีอายุเฉลี่ย 69.80 ปี (SD = 7.10) โดยกลุ่มที่พบมากที่สุดมีอายุระหว่าง 60–64 ปี จำนวน 56 คน (ร้อยละ 29.02) ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 150 คน (ร้อยละ 77.72) ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 64 คน (ร้อยละ 33.16) ไม่ได้ทำงาน จำนวน 81 คน (ร้อยละ 41.97) รายได้เฉลี่ย 3,625.39 บาทต่อเดือน (SD = 4,157.11) และส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 184 คน (ร้อยละ 95.34) สภาวะสุขภาพพบว่ามีโรคประจำตัว จำนวน 125 คน (ร้อยละ 64.80) โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบมากที่สุด จำนวน 113 คน (ร้อยละ 90.40) และมีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เฉลี่ย 50.04 ปี (SD = 19.52) (ตารางที่ 1)

2. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 78 คน (ร้อยละ 40.42) รองลงมาอยู่ในระดับน้อย จำนวน 73 คน (ร้อยละ 37.82) และอยู่ในระดับมากจำนวน 42 คน (ร้อยละ 21.76) ตามลำดับ (ตารางที่ 2) การเข้าถึงบริการสุขภาพรายด้าน เรียงตามลำดับจากระดับมากไปน้อย ได้แก่ 1) ด้านการยอมรับคุณภาพบริการ 2) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 3) ด้านความพอเพียงของการให้บริการ 4) ด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการ 5) ด้านความสามารถในการเสียค่าใช้จ่าย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	77 (39.90)
หญิง	116 (60.10)
อายุ	
60-64 ปี	56 (29.02)
65-69 ปี	51 (26.42)
70-74 ปี	34 (17.62)
75-79 ปี	32 (16.58)
80 ปีขึ้นไป	20 (10.36)
\bar{X} = 69.80, SD. = 7.10, Min = 60, Max = 90	
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	150 (77.72)
มัธยมศึกษาตอนต้น	34 (17.61)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. หรือสูงกว่า	7 (3.63)
อนุปริญญา/ปวส.	2 (1.04)
อาชีพ	
เกษตรกร	64 (33.16)
รับจ้าง	30 (15.54)
ค้าขาย/ธุรกิจ	16 (8.29)
ข้าราชการบำนาญ	2 (1.04)
ไม่ได้ทำงาน	81 (41.97)
รายได้ต่อเดือน	
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,500 บาท	65 (33.68)
1,501-3,000 บาท	62 (32.12)
3,001-4,500 บาท	21 (10.88)
4,501-6,000 บาท	17 (8.81)
6,000 บาทขึ้นไป	28 (14.51)
\bar{X} = 3,625.39, SD.=4,157.11, Min =600, Max =30,000	
โรคประจำตัว	
ไม่มี	68 (35.20)
มี	125 (64.80)
ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จำแนกได้ดังนี้	
เบาหวาน	49 (39.20)
ความดันโลหิตสูง	113 (90.40)
หัวใจ	12 (9.60)
ไต	7 (5.60)
สิทธิการรักษาพยาบาล	
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)	184 (95.34)
ข้าราชการ	9 (4.66)

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี	28 (14.51)
26-50 ปี	79 (40.93)
51-75 ปี	68 (35.23)
76 ปีขึ้นไป	18 (9.33)
\bar{X} = 50.04, SD. =19.52, Min =3, Max = 90	

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)
มาก	42 (21.76)
ปานกลาง	78 (40.42)
น้อย	73 (37.82)
รวม	193 (100.00)

3. ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4)

4. ทศนคติต่อการบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = 0.163$ และ $r = 0.156$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

จากผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเกษียรน้อย ตำบลเนินหอม อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี วิจัยครั้งนี้

1. ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นกัสนธร คำภีระ และคณะ¹⁴ ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิภาพรวมอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ซึ่งเมื่อพิจารณาปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,500 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 33.68) ซึ่งถือเป็นรายได้ที่ค่อนข้างน้อย แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.34) จะใช้สิทธิบัตรทองซึ่งไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยตรง แต่ในความเป็นจริงมีค่าใช้จ่ายแฝง เช่น ค่าพาหนะเดินทาง หรือค่าเสียโอกาสของญาติที่ต้องหยุดงานมาส่งผู้สูงอายุ ซึ่งยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับแนวคิดมิติด้านความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายของ Penchansky¹¹ ที่ระบุว่าความสามารถในการจ่ายไม่ได้หมายถึงเพียงแค่ค่ารักษาพยาบาล แต่รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องด้วย ดังนั้น ข้อจำกัดด้านรายได้ของผู้สูงอายุในพื้นที่จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดโอกาสและประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ รพ.สต. แม้จะมีสิทธิการรักษาพยาบาลรองรับอยู่ก็ตาม

2. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่กลุ่มที่มีโรคประจำตัวมีการเข้าถึงบริการในระดับน้อย

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายด้าน

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการยอมรับคุณภาพบริการ	66 (34.20)	90 (46.63)	37 (19.17)
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	40 (20.73)	95 (49.22)	58 (30.05)
ด้านความพอเพียงของการให้บริการ	39 (20.21)	93 (48.19)	61 (31.60)
ด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการ	38 (19.69)	89 (46.11)	66 (34.20)
ด้านความสามารถในการเสียค่าใช้จ่าย	38 (19.69)	89 (46.11)	66 (34.20)

ตารางที่ 4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ			p-value
	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				0.495
ชาย	15 (19.48)	29 (37.66)	33 (42.86)	
หญิง	27 (23.28)	49 (42.24)	40 (34.48)	
ระดับการศึกษา				0.964
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	32 (21.33)	61 (40.67)	57 (38.00)	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	10 (23.26)	17 (39.53)	16 (37.21)	
อาชีพ				0.555
เกษตรกรรวม	13 (20.31)	26 (40.63)	25 (39.06)	
รับจ้าง ค่าขาย/ธุรกิจ ข้าราชการบำนาญ	7 (14.59)	22 (45.83)	19 (39.58)	
ไม่ได้ทำงาน	22 (27.16)	30 (37.04)	29 (35.80)	
โรคประจำตัว				0.002*
ไม่มี	23 (33.82)	29 (42.65)	16 (23.53)	
มี	19 (15.20)	49 (39.20)	57 (45.60)	
สิทธิการรักษาพยาบาล				0.100 ^F
บัตรทอง	40 (21.74)	77 (41.85)	67 (36.41)	
ข้าราชการ	2 (22.22)	1 (11.11)	6 (66.67)	

*p-value < 0.05, F: Fisher's Exact Test

ตารางที่ 5. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ	0.163	0.023*
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.156	0.030*

*p-value < 0.05

ร้อยละ 45.60 กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวมีการเข้าถึงบริการในระดับน้อยร้อยละ 23.53 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการระยะทางและเวลาเดินทางมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุดเพียงร้อยละ 16.06 ซึ่งสะท้อนว่าการเจ็บป่วยเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถผลักดันให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพได้หากมีอุปสรรคเชิงโครงสร้าง และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.54 ที่เชื่อมั่นว่า รพ.สต. มียา เวชภัณฑ์ และเครื่องมือมีคุณภาพและปลอดภัย อาจส่งผลให้ผู้ที่มีโรค

ประจำตัวซึ่งต้องการการรักษาที่ซับซ้อนเลือกที่จะเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดที่มีความพร้อมมากกว่า สอดคล้องกับแนวคิดของ Penchansky¹¹ มิติด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการและความพอเพียงของการให้บริการ ที่ระบุว่าหากบริการมีความพร้อมแต่เข้าถึงได้ยาก ความพึงพอใจและการเข้าใช้บริการจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อาจริย์เชิดชู^๖ ศึกษาวิจัยเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ แม้ว่าค่าสหสัมพันธ์จะอยู่ในระดับน้อย (r = 0.163 และ r = 0.156 ตามลำดับ) แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ วิเคราะห์ตามบริบทพื้นที่พบว่าสาเหตุที่ค่าสหสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นแตกต่างกัน โดยเฉพาะในประเด็นการตรวจสุขภาพประจำปีมีประโยชน์และการได้รับการ

ดูแลอย่างเท่าเทียมที่มีผู้ตอบระดับน้อยร้อยละ 20.00 สะท้อนถึงความเชื่อที่ว่าควรรับบริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเท่านั้น จึงควรมีการประชาสัมพันธ์เรื่องประโยชน์ของการตรวจสุขภาพประจำปีก่อนที่จะมีอาการเจ็บป่วย และมีการจัดระบบคิวและการสื่อสารที่โปร่งใส เพื่อให้รู้สึกว่าการดูแลแบบเท่าเทียม ในส่วนของแรงงานสนับสนุนทางสังคม พบว่าข้อคำถามมีเพื่อน ญาติ หรือคนใกล้ชิดจัดหาอาหารหรือสิ่งของจำเป็นเมื่อไม่สามารถจัดการเองได้ และได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 20.0 จึงควรใช้กลไกเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชนและสร้างระบบข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงง่าย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของยุพา พูชื่น¹⁵ ศึกษาวิจัยเรื่อง ทักษะคติเชิงบวกต่อการเข้าถึงสถานบริการ การได้รับการสนับสนุนทางสุขภาพของผู้ดูแล การดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ตำบลบ้านเอื้อม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ นาริรัตน์ พุฒิกษेत्रกิจ และธัญญา เมธาบุษยาร¹⁶ ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ผลการศึกษาพบว่า ทักษะคติต่อการบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ สมชาย นันทวัฒน์นารณ⁸ ศึกษาวิจัยเรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ และเช่นเดียวกับ อรัญญา นามวงศ์ และคณะ¹⁷ ศึกษาวิจัยเรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการมี การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์

1. ควรมีการกำหนดนโยบายและวางแผนกลยุทธ์ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยนำ ทักษะคติต่อการบริการสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการวางแผนและปรับปรุงพัฒนาการบริหาร

จัดการกิจกรรมหรือโครงการขององค์กร

2. ควรมีการพัฒนาาระบบบริการเชิงรุกสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น หน่วยบริการเคลื่อนที่เข้าสู่หมู่บ้านที่ห่างไกล เพื่อลดอุปสรรคด้านการเดินทาง

3. ควรส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกของผู้สูงอายุ เช่น สร้างความเชื่อมั่นด้านเวชภัณฑ์และยา มีการประชาสัมพันธ์ และแสดงรายการยาหรือเวชภัณฑ์พื้นฐานที่ รพ.สต. มีให้บริการสำหรับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่พบมากที่สุดและรองลงมาตามลำดับ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและมีทัศนคติเชิงบวกต่อความพร้อมของ รพ.สต.

4. ควรเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น บทบาทครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น พาผู้สูงอายุไปรับบริการ ช่วยติดตามนัดหมาย หรือส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ใช้แอปพลิเคชันสื่อสาร เพื่อติดตามอาการและแจ้งเตือนวันนัดหมาย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพกับกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง หรือผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแต่เข้าถึงบริการในระดับน้อย เพื่อทราบความต้องการที่แท้จริง

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. งานวิจัยนี้ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะของตำบลเนินหอม อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งมีบริบทเฉพาะของชุมชน ผลการวิจัยอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่าง

2. ตัวแปรที่ศึกษางานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะปัจจัยที่กำหนดไว้ในกรอบแนวคิด อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ได้นำมาศึกษา เช่น ปัจจัยด้านจิตใจ ความเชื่อทางวัฒนธรรม หรือคุณภาพของบริการ

สรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเกษียรน้อย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.42 รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 37.82 และมีเพียงร้อยละ 21.76 ที่มีการเข้าถึงในระดับมาก สะท้อนว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังประสบข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การวิเคราะห์เชิงสถิติพบว่าโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = 0.163$ และ $r = 0.156$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านจิตสังคมมีส่วนสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ แม้จะไม่ใช่ความสัมพันธ์ระดับสูง แต่ยังมีมีความสำคัญต่อการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ตรงกับวัตถุประสงค์ในการวิจัยคือเพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Highlights

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับน้อยถึงปานกลาง สะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างและข้อจำกัดด้านสุขภาพที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเพียงพอในพื้นที่ปทุมธานี
2. ผู้สูงอายุที่มี โรคประจำตัว มีรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของระบบบริการที่ตอบสนองผู้ป่วยเรื้อรัง
3. ทัศนคติต่อการบริการสุขภาพ และ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการเป็นตัวบ่งชี้สำคัญถึงบทบาทของปัจจัยด้านจิตสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น สำหรับคำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่า ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี นายกองค้การบริหารส่วนตำบลเนินหอม ผู้อำนวยการและบุคลากร รพ.สต. บ้านห้วยเกษียรน้อย ตลอดจน อสม. และผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลเนินหอมทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกและสละเวลาให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2567.
2. กองบริหารสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2566 - 2570). [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/31461>
3. สำนักงานสถิติจังหวัดปราจีนบุรี. จำนวนประชากร. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://pchburi.nso.go.th/>
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเกษียรน้อย. รายงานสถิติผู้มารับบริการ ประจำปี พ.ศ. 2567. ปราจีนบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเกษียรน้อย; 2567.
5. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995;36:1-10.
6. อัจฉรีย์ เชิดชู. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
7. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. [Internet]. 2010 [cited 2025 Aug 3]. Available from: <https://archive.org/details/biostatisticsfou0000dani>.
8. สมชาย นันทวัฒน์นารถ. การเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 3 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.chiangmaihealth.go.th/document/231122170062611826.pdf>
9. Triandis HC. Attitude and attitude change. New York: Wiley; 1971.
10. House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1985.
11. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981;19:127-40.

12. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol 1932;22(140):5-55.
13. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
14. นภัสสร คำภีระ, อุทุมพร วงษ์ศิลป์ และ ฉัตรสุมน พฤทธิภิญโญ. ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชน ในจังหวัดนนทบุรี. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2568;11:591-606.
15. ยูพา พูชื่น. ทักษะคติเชิงบวกต่อการเข้าถึงสถานบริการ การได้รับการสนับสนุนทางสุขภาพของผู้ดูแลการดูแลผู้สูงอายุ ที่ทุพพลภาพตำบลบ้านเอื้อม อำเภอมะเอนก จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2561;5:73-86.
16. นาริรัตน์ พุทธิเกษมตรกิจ และ ณิชญา เมธาบุษยาธร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก. [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น; 2568.
17. อริญญา นามวงศ์, กฤตพัทธ์ ฝึกฝน, เฉลิมพล กำใจ และ สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2566;33:68-81.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ
ชาวมุสลิม ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

สุไลมาน อาแว, พ.บ.^{1,2}, นวสิริ สิริประเสริฐ, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว^{2,3}, นรินทร์ เตชะนิตติชัย, พ.บ.,
วว.เวชศาสตร์ครอบครัว^{1,2}

¹ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ²ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย, ³ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

นรินทร์ เตชะนิตติชัย, พ.บ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย 1873 ถนน
พระราม4 แขวงปทุมวัน
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330,
ประเทศไทย

Email: Narinte@gmail.com

Received: September 27, 2024;

Revised: October 20, 2024;

Accepted: October 20, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: โรคไขหวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ อาจมีความรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การฉีดวัคซีนป้องกันสามารถลดความรุนแรงได้ ทั้งนี้ยังมีชาวมุสลิมที่ฉีดวัคซีนเป็นจำนวนน้อย การวิจัยนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ในผู้สูงอายุชาวมุสลิม

แบบวิจัย : การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง โดยศึกษา ณ จุดใดจุดหนึ่งของเวลา

วัตถุประสงค์และวิธีการ: เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้สูงอายุชาวมุสลิม ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 166 คน แบ่งเป็นกลุ่มฉีดวัคซีน 107 คน กลุ่มไม่ฉีดวัคซีน 59 คน พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเข้ารับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ โดยการวิเคราะห์แบบ multivariate logistic regression ที่มีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (เคยมีประวัติเป็นไขหวัดใหญ่มาก่อน, ประสบการณ์จากคนรอบข้างฉีดวัคซีนแล้วลดความรุนแรงได้ ประสบการณ์จากตนเองที่ฉีดวัคซีนแล้วลดความรุนแรงได้ และมีประวัติเคยฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่มาก่อน) (aOR 5.8, 95%CI 1.31-25.64) และปัจจัยด้านสังคม (ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และได้รับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนไขหวัดใหญ่ผ่านสื่อต่าง ๆ) (aOR 16.65, 95%CI 4.32-64.17)

สรุป: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ในผู้สูงอายุชาวมุสลิม ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคม และไม่พบความสัมพันธ์กับความเชื่อหรือวัฒนธรรมจำเพาะทางศาสนา

คำสำคัญ: ปัจจัย วัคซีนไขหวัดใหญ่ การฉีดวัคซีน ผู้สูงอายุ

ORIGINAL ARTICLE

Factors Associated with Influenza Vaccination Among Muslim Older Persons in Sateng Subdistrict, Mueang District, Yala Province

Sulaiman Awae, M.D.^{1,2}, Nawasiri Siriprasert, M.D., FRCFPT^{2,3}, Narin Techanirattisai, M.D., FRCFPT^{1,2}

¹Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, ²Department of Family Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society, ³Division of Academic Affairs, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Narin Techanirattisai, M.D.,
Department of Family Medicine,
Faculty of Medicine, Chulalong-
korn University, 1873, Rama 4
Road, Pathumwan, Bangkok
10330, Thailand
Email: Narinte@gmail.com

Received: September 27, 2024;

Revised: October 20, 2024;

Accepted: October 21, 2024

ABSTRACT

Background: Influenza in older adults can be severe and lead to complications, and vaccination can help reduce the severity. A small proportion of Muslims receive influenza vaccinations. This research aims to study the factors associated with receiving influenza vaccination among Muslim elderly individuals.

Design: Cross-sectional Analytical Study

Methods: Data on influenza vaccinations were obtained from Muslim Older Persons in Sateng Subdistrict, Mueang District, Yala Province.

Results: A total of 166 samples were divided into 107 in the vaccinated group and 59 in the unvaccinated group. The relationship between various factors on influenza vaccination was found by multivariate logistic regression analysis with significance ($p < 0.05$), including personal factors including history of influenza infection, experience from people around that vaccination can reduce severity, personal experience that vaccination can reduce severity, and history of influenza vaccinations (aOR 5.8, 95% CI 1.31-25.64). In addition, social factors included receiving advice from healthcare workers and receiving information about influenza vaccination through various media (aOR 16.65, 95%CI 4.32-64.17).

Conclusions: Factors related to receiving influenza vaccinations among Muslim older persons include both individual and social factors. Specific religious or cultural beliefs were not significantly associated with vaccination choice.

Keywords: factor, influenza vaccine, vaccination, older persons

บทนำ

ไข้หวัดใหญ่เป็นการติดเชื้อไวรัสที่ระบบทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน โดยมีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ คือ มีไข้สูงแบบทันทีทันใด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ไข้หวัดใหญ่เป็นโรคที่สำคัญที่สุดโรคหนึ่งในกลุ่มโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ¹ จากรายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย ตั้งแต่ เดือนมกราคม ถึงต้นเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยจำนวน 427,610 ราย อัตราการป่วย 646.22 คนต่อประชากรแสนราย โดยพบอัตราป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป 194.76 คนต่อประชากรแสนราย²

โรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุอาจรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคปอดบวม ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบาย หนุนการให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดการเสียชีวิต และลดการแพร่กระจายของโรคเป็นกลุ่มแรก³⁻⁵ จากรายงานผลการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ปี 2565 พบว่า จังหวัดยะลามีประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนเป็นจำนวนที่น้อยเพียง ร้อยละ 35.88

จังหวัดยะลา มีจำนวนประชากรรวมทั้งหมด 451,210 คน และมีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 50,000 คน โดยประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัดยะลา นับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.46 โดยกระจายอยู่ในทุกอำเภอ รองลงมา คือ ศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 18.4⁶

ในปี ค.ศ. 2000 Telford และคณะศึกษาการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ประเทศอังกฤษ พบว่า ความรู้เรื่องของวัคซีนครบถ้วนถูกต้องมีความมั่นใจในประสิทธิภาพของวัคซีน และรับรู้ว่าการฉีดวัคซีนช่วยให้ร่างกายของผู้สูงอายุแข็งแรงขึ้น นำไปสู่การฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น⁷

จากเหตุผลข้างต้น ประชากร⁶ ชาวมุสลิมจึงอาจมีความเชื่อหรือวัฒนธรรมที่จำเพาะส่งผลทำให้ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่เป็นจำนวนน้อย ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุชาวมุสลิม รวมทั้งความชุกของผู้ที่เคยได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ โดยผลการศึกษาที่ได้จากวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาวางแผน และ

ต่อยอดงานด้านการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค เช่น การสร้างโครงการชุมชนเกี่ยวกับการรณรงค์และแก้ปัญหาเรื่องการฉีดวัคซีนในผู้สูงอายุชาวมุสลิมได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุชาวมุสลิม ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

วัตถุประสงค์รอง เพื่อศึกษาความชุกของผู้สูงอายุมุสลิมที่ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ณ ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional study) โดยศึกษา ณ จุดใดจุดหนึ่งของเวลาทำการเก็บข้อมูล

ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่างแบบอาศัยความสะดวก (convenience sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่นับถือศาสนาอิสลาม อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. นับถือศาสนาอิสลาม
3. อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ไม่น้อยกว่า 1 ปี
4. สามารถสื่อสารพูด ฟัง เข้าใจภาษาไทยได้
5. ยินดีให้ความร่วมมือกับผู้วิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีความบกพร่องทางด้านสติปัญญาจนไม่สามารถเข้าใจในการตอบแบบสอบถามได้
2. ผู้ที่มีข้อห้ามในการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เช่น ผู้ที่มีประวัติแพ้ไข่รุนแรง

เนื่องจากไม่ทราบขนาดของประชากรที่แน่นอน แต่ทราบว่ามีจำนวนมากและต้องการประมาณค่าสัดส่วน

ของประชากร ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจึงถูกคำนวณโดยใช้สูตรคำนวณ กรณิทรานค่าสัดส่วนของประชากรของ Cochran WG

$$n = \frac{p(1-p)Z^2}{d^2}$$

โดยที่ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ผู้วิจัยแทนด้วย 10% อ้างอิงจากงานวิจัยก่อนหน้า

d = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยกำหนดคือ 5%

Z = ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญที่ผู้วิจัยกำหนดคือ 1.96 (ระดับความเชื่อมั่น 95%)

เมื่อแทนค่าตามสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ 166 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และการสัมภาษณ์ เพื่อเป็นแนวทางและเป็นข้อมูลในการสร้างแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการฉีดไข้หวัดใหญ่ ทั้ง 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่และวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการฉีดวัคซีน ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการฉีดวัคซีน และ ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนา

วิธีการดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยทำหนังสือจากฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัวถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมแบบสัมภาษณ์ส่งไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนของตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา พร้อมหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเข้าร่วมโครงการวิจัยแก่ผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัยทราบ

เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการแล้ว จะทำการตอบคำถามเพียงครั้งเดียว อาสาสมัครมีอิสระในการตอบ และผู้วิจัยจะคอยจดบันทึกข้อมูล

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาเก็บรวบรวม ประมวลผล แปลผล วิเคราะห์ทางสถิติ อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ แสดงเป็น ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว สถานการณ์ฉีด ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ แสดงเป็นจำนวน และร้อยละ

สถิติเชิงเปรียบเทียบ Chi-square test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามเมื่อตัวแปรทั้งสองเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม (categorical data) ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา

Student T-test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน

Multivariate logistic regression เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมากกว่า 1 ตัวขึ้นไป แสดงค่า adjusted OR, 95%CI และ $p < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยฉบับนี้ได้รับการอนุมัติการรับรองด้านจริยธรรมโครงการงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและประวัติส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 166 คน แบ่งเป็นกลุ่มฉีดวัคซีน 107 คน กลุ่มไม่ฉีดวัคซีน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 64.45 และ 35.54 ตามลำดับ แบ่งเป็นเพศชาย 91 คน และเพศหญิง 75 คน คิดเป็นร้อยละ 54.80 และ 45.20 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 67.55 ± 5.97 ปี ด้านการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาจบระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 36.10) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 35.50) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 10,000-20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 42.20) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็น กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ร้อยละ 45.80)

ด้านประวัติการติดเชื้อใช้หวัดใหญ่ในอดีตพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยติดเชื้อใช้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 64.50) และเคยติดเชื้อใช้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 35.50)

ด้านสถานการณ์การฉีดวัคซีนใช้หวัดใหญ่ในอดีตที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างที่มีการฉีดวัคซีนใช้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 59.60) ซึ่งมีมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ฉีดวัคซีนใช้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 40.4) (ตารางที่ 1)

ความชุกของผู้สูงอายุชาวมุสลิมที่ได้รับการฉีดวัคซีนใช้หวัดใหญ่ใน 1 ปีที่ผ่านมา

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 166 คน พบว่า มีผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนใช้หวัดใหญ่ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา มีจำนวน 75 คน คิดเป็น (ร้อยละ 45.2) และผู้ที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนใช้หวัดใหญ่ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา มีจำนวน 91 คน คิดเป็น (ร้อยละ 54.8) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ข้อมูลพื้นฐาน	ทั้งหมด (n = 166) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มฉีดวัคซีน (n = 107) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มไม่ฉีดวัคซีน (n = 59) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ				0.065
ชาย	91 (54.80)	53 (49.50)	38 (64.40)	
หญิง	75 (45.20)	54 (50.50)	21 (35.60)	
อายุ (ปี) Mean±SD	67.55±5.95	66.59±5.71	69.31 ± 6.08	0.005
ระดับการศึกษา				0.272
น้อยกว่าประถม	18 (10.80)	13 (12.10)	5 (8.50)	
ประถมศึกษา	59 (35.50)	40 (37.40)	19 (32.30)	
มัธยมศึกษา	60 (36.10)	33 (30.80)	27 (45.80)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	29 (17.50)	21 (19.60)	8 (13.60)	
อาชีพ				0.036
รับจ้าง	45 (27.10)	31 (29.00)	14 (23.70)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	36 (21.70)	25 (23.40)	11 (18.60)	
ค้าขาย	59 (35.50)	30 (28.00)	29 (49.20)	
อื่น ๆ	26 (15.70)	21 (19.60)	5 (8.50)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				0.047
< 10,000	38 (22.90)	18 (16.80)	20 (33.90)	
10,001-20,000	70 (42.20)	52 (48.60)	18 (30.50)	
20,001-30,000	43 (25.90)	28 (26.20)	15 (25.40)	
> 30,000	15 (9.00)	9 (8.40)	6 (10.20)	
โรคประจำตัว				0.266
ไม่มีโรคประจำตัว	53 (31.90)	30 (28.00)	23 (39.00)	
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน ไขมัน)	76 (45.80)	54 (50.50)	22 (37.30)	
โรคปอด	19 (11.40)	14 (13.10)	5 (8.50)	
โรคหัวใจ	10 (6.00)	5 (4.70)	5 (8.50)	
โรคไตวายเรื้อรัง	8 (4.80)	4 (3.70)	4 (6.80)	
ประวัติการเจ็บป่วยใช้หวัดใหญ่ในอดีต				< 0.001
เคย	59 (35.50)	53 (49.50)	6 (10.20)	
ไม่เคย	107 (64.50)	54 (50.50)	53 (89.80)	
ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคใช้หวัดใหญ่ในอดีต				0.002
เคย	99 (59.60)	73 (68.20)	26 (44.10)	
ไม่เคย	66 (40.40)	33 (30.80)	33 (55.90)	

ตารางที่ 2. สถานการณ์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (n = 166)

สถานการณ์ฉีดวัคซีน	จำนวน (ร้อยละ)
ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่หรือไม่	
ฉีด	75 (45.20)
ไม่ฉีด	91 (54.80)
ใน 1 ปีข้างหน้า ท่านมีแผนที่จะฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่หรือไม่	
ฉีด	91 (54.80)
ไม่ฉีด	75 (45.20)

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่และวัคซีนไข้หวัดใหญ่

ด้านความรู้ พบว่า กลุ่มที่ฉีดวัคซีนมีระดับความรู้มากกว่ากลุ่มไม่ฉีดวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญในหัวข้อเรื่องไข้หวัดใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส ไข้หวัดใหญ่สามารถแพร่กระจายได้ทางการหายใจ ไอ จาม วัคซีนช่วยลดการติดเชื้อและลดความรุนแรง และ บุคคลที่แพ้ไข่ควรหลีกเลี่ยงการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่

ส่วนความสัมพันธ์ด้านทัศนคติ พบว่ามีเพียง 2 ประการที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มที่ฉีดวัคซีนและไม่ฉีดวัคซีน ได้แก่ การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่มีความสำคัญในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ไม่มีประสิทธิภาพพอที่จะป้องกันโรคได้

ปัจจัยที่มีผลต่อการฉีดวัคซีน

เมื่อทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสถานการณ์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งเสริมการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ จะแบ่งได้เป็น “กลุ่มฉีดวัคซีน” จำนวน 107 คน และ “กลุ่มไม่ฉีดวัคซีน” 59 คน จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ได้แก่ การที่เคยมีประวัติเป็นไข้หวัดใหญ่มาก่อน มีประสบการณ์โดยตรงจากคนรอบข้างที่ฉีดวัคซีนแล้วช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ มีประสบการณ์โดยตรงเคยฉีดวัคซีนแล้วช่วยลดความรุนแรงได้ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใน

ครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน การได้รับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่จากสื่อ และการมีประวัติเคยฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่มาก่อน (ตารางที่ 3)^{8,9}

โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการฉีดมากที่สุดสามอันดับแรก คือ ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 83.20) รองลงมาคือ มีประวัติเคยฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่มาก่อน (ร้อยละ 68.70) และ เคยเป็นไข้หวัดใหญ่มาก่อน (ร้อยละ 62.60)

อุปสรรคที่มีผลต่อการเข้ารับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่

สำหรับกลุ่มที่ไม่ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่สามอันดับแรก (ที่ตอบมากและมากที่สุด) ได้แก่ ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่แล้ว ก็ยังเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 33.70) รองลงมาคือ ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เนื่องจากสุขภาพยังแข็งแรงดี (ร้อยละ 33.10) และมีประสบการณ์จากคนรอบข้าง ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่แล้วมีอาการแทรกซ้อน (ร้อยละ 24.70) (ตารางที่ 4)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเข้ารับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเข้ารับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ โดยการวิเคราะห์แบบ multivariate logistic regression เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) พบว่ามีตัวแปรทั้งหมด 2 ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์เป็นบวก (odds ratio > 1) ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสังคม โดยมีค่า odds ratio หรือมีโอกาสที่จะเข้ารับการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้นเป็น 5.80 เท่า และ 16.65 เท่า ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ยังมีอีก 1 ตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์เป็นบวก (odds ratio > 1) คือ ปัจจัยด้านครอบครัว เป็น 1.52 เท่า แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุชาวมุสลิมที่ตำบลสะเตง อำเภอเมืองยะลา โดยการแบ่งกลุ่มเปรียบเทียบออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่ฉีดวัคซีน และกลุ่มไม่ฉีดวัคซีน โดยที่กลุ่มฉีดวัคซีนนั้น จะรวมผู้ที่เคยมีประวัติการ

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่ส่งเสริมการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่

ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่	ทั้งหมด (n = 166) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มฉีดวัคซีน (n = 107) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มไม่ฉีดวัคซีน (n = 59) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เคยมีประวัติเป็นไขหวัดใหญ่มาก่อน				
มากที่สุด	19 (11.40)	19 (17.80)	0 (0.00)	< 0.001
มาก	85 (51.20)	61 (57.00)	24 (40.70)	
ปานกลาง	62 (37.30)	27 (25.20)	35 (59.30)	
น้อย	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
น้อยที่สุด	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
มีประสบการณ์โดยตรงจากคนรอบข้างที่ฉีดวัคซีนแล้ว ลดความรุนแรงของโรคได้				
มากที่สุด	5 (3.00)	5 (4.70)	0 (0.00)	< 0.001
มาก	57 (34.30)	47 (43.90)	10 (16.90)	
ปานกลาง	84 (50.60)	52 (48.60)	32 (54.20)	
น้อย	20 (12.00)	3 (2.80)	17 (28.80)	
น้อยที่สุด	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
มีประสบการณ์โดยตรงที่เคยฉีดวัคซีนแล้วลดความ รุนแรงของโรคได้				
มากที่สุด	7 (4.20)	7 (6.50)	0 (0.00)	< 0.001
มาก	85 (51.20)	79 (73.80)	6 (10.20)	
ปานกลาง	64 (38.60)	19 (17.80)	45 (76.30)	
น้อย	10 (6.00)	2 (1.90)	8 (13.60)	
น้อยที่สุด	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์				
มากที่สุด	73 (44.00)	73 (68.20)	0 (0.00)	< 0.001
มาก	65 (39.20)	34 (31.80)	31 (52.50)	
ปานกลาง	28 (16.90)	0 (0.00)	28 (47.50)	
น้อย	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
น้อยที่สุด	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน				
มากที่สุด	5 (3.00)	5 (4.70)	0 (0.00)	0.028
มาก	96 (57.80)	67 (62.60)	29 (49.20)	
ปานกลาง	63 (38.00)	33 (30.80)	30 (50.80)	
น้อย	2 (1.20)	2 (1.90)	0 (0.00)	
น้อยที่สุด	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
ได้รับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนไขหวัดใหญ่ผ่านสื่อ ต่าง ๆ เช่น วิทยุ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น				
มากที่สุด	2 (1.20)	2 (1.90)	0 (0.00)	< 0.001
มาก	30 (18.10)	30 (28.00)	0 (0.00)	
ปานกลาง	77 (46.40)	55 (51.40)	22 (37.30)	
น้อย	57 (34.30)	20 (18.70)	37 (62.70)	
น้อยที่สุด	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
มีประวัติการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่มาก่อน				
มากที่สุด	38 (22.90)	38 (35.50)	0 (0.00)	< 0.001
มาก	76 (45.80)	64 (59.80)	12 (20.30)	
ปานกลาง	42 (25.30)	5 (4.70)	37 (62.70)	
น้อย	10 (6.00)	0 (0.00)	10 (16.90)	
น้อยที่สุด	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	

ตารางที่ 4. อุปสรรคต่อการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (n = 59)

อุปสรรคที่ทำให้ตัดสินใจฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่	กลุ่มไม่ฉีดวัคซีน จำนวน (ร้อยละ)
มีประสบการณ์ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่แล้วมีภาวะแทรกซ้อน	18 (30.50)
มีประสบการณ์จากคนรอบข้าง ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่แล้ว มีอาการแทรกซ้อน	41 (69.50)
ไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของวัคซีนไข้หวัดใหญ่	40 (67.80)
ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เนื่องจาก สุขภาพแข็งแรงดี	55 (93.20)
ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่แล้ว ก็ยังเป็นโรคไข้หวัดใหญ่	56 (95.00)
มีข้อมูลและความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	4 (6.80)
การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ไม่ถูกต้องตามหลักทางศาสนาอิสลาม	3 (5.10)
ไม่มีเวลาดำเนินการที่จะไปฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่	1 (1.70)
มีค่าใช้จ่ายในการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่	0 (0.00)

ตารางที่ 5. การวิเคราะห์ multivariate logistic regression : ปัจจัยในการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่

ปัจจัย	Adjust OR	95%CI	p-value
ปัจจัยด้านบุคคล	5.8	1.31-25.64	0.021
เคยมีประวัติเป็นไข้หวัดใหญ่มาก่อน			
ประสบการณ์จากคนรอบข้างฉีดวัคซีนแล้วลดความรุนแรงได้			
ประสบการณ์จากตนเองที่ฉีดวัคซีนแล้วลดความรุนแรงได้			
มีประวัติเคยฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่มาก่อน			
ปัจจัยด้านครอบครัว	1.52	0.56-4.11	0.410
ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว และเพื่อนบ้าน			
ปัจจัยด้านสังคม	16.65	4.32-64.17	< 0.001
ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์			
ได้รับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ผ่านสื่อต่าง ๆ			

ฉีดมาก่อน และมีแนวโน้มที่จะฉีดวัคซีนในอนาคต เนื่องจากผู้วิจัยมองว่า ผู้ที่มีแนวโน้มที่จะเข้ารับการฉีดวัคซีนนั้น อาจได้รับความรู้ที่ถูกต้องมากขึ้น หรือมีการเชิญชวนจากคนรอบข้างรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ จึงส่งผลที่จะเข้ารับการฉีดวัคซีน

จากการรายงานของกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 พบว่า จังหวัดยะลา มีประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนเป็นอัตราส่วนร้อยละ 35.88 จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าความชุกของผู้สูงอายุชาวมุสลิมที่ได้รับการฉีดวัคซีนมีถึงร้อยละ 45.20 ซึ่งคิดว่าอัตราการฉีดที่ต่างกันเกิดจากหลายปัจจัย โดยของกรมควบคุมโรค ได้รวมกลุ่มความเสี่ยงทั้งหมด ทั้งผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว ศาสนาพุทธและอิสลามเข้าด้วยกัน ทั้งจังหวัดยะลา แต่งานวิจัยได้ทำในกลุ่มผู้สูงอายุที่นับถือ

ศาสนาอิสลามเพียงกลุ่มเดียวและตำบลเดียวซึ่งเป็นลักษณะชุมชนเมืองอาจทำให้มีความแตกต่างกันได้

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตัดสินใจรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ได้แก่ การที่เคยมีประวัติเป็นไข้หวัดใหญ่มาก่อน มีประสบการณ์โดยตรงจากตนเองและคนรอบข้างที่ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่แล้วช่วยลดความรุนแรง และการมีประวัติเคยฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่มาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสมบุรณ์ ทวีลาภ และคณะ⁸ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้หวัดใหญ่ การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และการมีประวัติเคยฉีดวัคซีนมาก่อน

สำหรับอุปสรรคในกลุ่มที่ไม่ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่นั้น พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Burca

และคณะ⁹ และ Alfelali และคณะ¹⁰ ซึ่งได้วิจัยในกลุ่มประเทศมุสลิมเช่นเดียวกัน คือ ไม่มีความสนใจที่ต้องการฉีดวัคซีนเนื่องจากสุขภาพแข็งแรงดี และเชื่อมั่นในภูมิคุ้มกันตัวเองว่ายังแข็งแรงดี ซึ่งเหตุผลที่กล่าวมานี้ ส่วนใหญ่เป็นเหตุผลจากความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของตัวเอง ไม่มีความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา ว่าวัคซีนเป็นสิ่งที่ไม่ฮาลาล ไม่สามารถฉีดวัคซีนได้¹¹

ข้อจำกัด

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ผลการศึกษาไม่สามารถบอกความเป็นเหตุและผลของปัจจัยต่อการเข้ารับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ได้

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุชาวมุสลิม ตำบลสะเตง อำเภอยะลา เท่านั้น จึงอาจไม่สามารถสะท้อนข้อมูลของประชากรกลุ่มอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษามีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยจากตัวบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคม ในฐานะบุคลากรทางการแพทย์นั้น การให้ความรู้และการแนะนำการเข้ารับการฉีดวัคซีนนั้นก็สามารถเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความต้องการเข้ารับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่มากขึ้น

สำหรับการศึกษาในอนาคต ควรทำในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายมากขึ้น เช่น ช่วงอายุที่ต่างกัน พื้นที่ที่ต่างกัน รวมถึงศาสนาและความเชื่อต่าง ๆ เพื่อจะได้ผลการศึกษาที่กว้างขวางขึ้น และสามารถสะท้อนกลุ่มตัวอย่างของประเทศไทยได้มากขึ้น เพื่อนำไปเป็นข้อมูลเพื่อปรับเป็นนโยบายส่งเสริมการฉีดวัคซีนมากขึ้น

สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ในผู้สูงอายุคือ เคยมีประวัติเป็นไขหวัดใหญ่มาก่อน เคยมีประสบการณ์ได้รับวัคซีนมาก่อน มีประสบการณ์โดยตรงที่ฉีดวัคซีนแล้วลดความรุนแรงได้ มีประสบการณ์จากคนรอบข้างที่ฉีดวัคซีนแล้วลดความรุนแรงได้ ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้

รับคำแนะนำจากคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน และได้รับข่าวสารข้อมูลผ่านสื่อต่าง ๆ^{12,13} ส่วนคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวนั้นไม่มีผลต่อการฉีดวัคซีน

ในแง่กลุ่มตัวอย่างที่ทำกรวิจัยนี้ พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนไม่ถูกตามหลักศาสนาอิสลามนั้น พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่าเป็นอุปสรรคต่อการฉีดวัคซีนน้อยมาก

ในด้านอุปสรรคต่อการเข้ารับการฉีดวัคซีน ได้แก่ ฉีดวัคซีนแล้วก็ยังเป็นไขหวัดใหญ่ สุขภาพยังแข็งแรงดี และคนรอบข้างฉีดแล้วมีอาการแทรกซ้อน

ความชุกของผู้สูงอายุชาวมุสลิม ตำบลสะเตง อำเภอยะลา ที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่อยู่ที่ร้อยละ 45.2

Highlight

1. ปัจจัยด้านบุคคล และ สังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่
2. ความชุกของผู้สูงอายุชาวมุสลิมที่ฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่คิดเป็นร้อยละ 45.2
3. ศาสนาและความเชื่อไม่มีผลต่อการเข้ารับการฉีดวัคซีน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือและความร่วมมืออย่างดีจากบุคคลต่าง ๆ ตลอดการดำเนินการวิจัย ดังมีรายนามต่อไปนี้

อาจารย์ นายแพทย์นรินทร์ เตชะนิริติศัย ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดการอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ที่ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย

อาจารย์ แพทย์หญิงนวลสิริ สิริประเสริฐ ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ร่วมวิจัย ที่ให้ความเห็นทางวิชาการ และให้ความช่วยเหลือตลอดการดำเนินการวิจัยตั้งแต่การเขียนโครงร่างวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนการตรวจพิจารณารายงาน

พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนของตำบล สะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ที่อำนวยความสะดวก และให้กำลังใจตลอดการเก็บข้อมูลวิจัย

และสุดท้ายผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization (WHO). Seasonal influenza [Internet]. [cite 2024 Mar 7]. Available from: https://www.who.int/health-topics/influenza-seasonal#tab=tab_1
- กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 มี.ค. 2567]. เข้าได้ถึงจาก https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/DOE_flu_48.2566.pdf.
- กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล; 2565. หน้า 4 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 มี.ค. 2567]. เข้าได้ถึงจาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1378820230210025853.pdf>
- กรมควบคุมโรค. ไข้หวัดใหญ่ หน้า 1 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 มี.ค. 2567]. เข้าได้ถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=13
- สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย. คำแนะนำการให้วัคซีนป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 มี.ค. 2567]. เข้าได้ถึงจาก: https://systoplus.com/other_download/
- สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดยะลา. เอกสารรายงานคุณภาพชีวิตจังหวัดยะลา [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2567]. เข้าได้ถึงจาก: <https://yala.cdd.go.th/wp-content/uploads/sites/47/2019/07/รายงานคุณภาพชีวิตประชาชน-จ.ยะลา-ปี-62.pdf>
- Telford R. What influences elderly peoples' decisions about whether to accept the influenza vaccination? Health Education Research. 2003.
- สมบุญ ทีวีลาภ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ของผู้สูงอายุ อำเภอพระพรพบาท จังหวัดสระบุรี. การประชุมวิชาการระดับชาติ "มศว วิจัย" ครั้งที่ 12. 2562.
- Arpinar B. Influenza vaccination frequency and associated factors among elderly population. Turkish Journal of Geriatrics. 2018;21:491-7.
- Alfelali M. Influenza vaccination among Saudi Hajj pilgrims: Revealing the uptake and vaccination barriers. 2018.
- รวมคำวินิจฉัย (พิตวา) จุฬาราชมนตรี, การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคโปลิโอและโรคอื่นๆ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 มี.ค. 2567]. เข้าได้ถึงจาก <https://cache-ig-etweb-v2.mt108.info/uploads/520/filemanager/714c4958f2f256e56095b202d2868dc1.pdf>.
- จิตตภา ภูวกรกุลวุฒิ. ทศนคติในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). 2656;27.
- ณิกานต์ พิกุล. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย. 2555.

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณลักษณะของความเป็นมืออาชีพทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการ: การศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่เป็นสถาบันการเรียนการสอนในประเทศไทย

พัชรีวรรณ วิเศษสุนน, พ.บ.,ว.ว.สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว¹, จุมพต พุ่มศรีภานนท์, ปร.ด.¹, ทรงชัย สิมะโรจน์, พ.บ., ว.ว.สาขาศัลยศาสตร์², พจน์ ตันนรินทร์, พ.บ.,ว.ว. สาขาอายุรศาสตร์¹, ญัฐพงษ์ กุลสิทธิจินดา, พ.บ.,ว.ว. สาขาศัลยศาสตร์ทวารหนัก², ยอดขวัญ อภิกุลชาติกิจ, พ.บ., ว.ว. สาขากุมารเวชศาสตร์³, วัชรสาร รัตนานันท์, พ.บ.,ว.ว. สาขาประสาทวิทยา⁴

¹วิทยาลัยแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลตำรวจ, ²กลุ่มงานศัลยกรรม, ³กลุ่มงานกุมารเวชกรรม, ⁴กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

พัชรีวรรณ วิเศษสุนน, พ.บ.,
วิทยาลัยแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงาน
ตำรวจแห่งชาติ 492/1 ถนน
พระราม 1 ปทุมวัน กรุงเทพฯ
10330

Email: dr.pacharawan@
gmail.com

Received: October 10, 2024;

Revised: October 21, 2024;

Accepted: November 4, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: ความเป็นมืออาชีพเป็นองค์ประกอบสำคัญในวิชาชีพแพทย์ ผู้ป่วยคาดหวังด้านต่าง ๆ เช่น ความรู้ ทักษะ การสื่อสาร คุณธรรม และบุคลิกภาพ แต่ยังขาดการศึกษาเชิงลึกในประเทศไทย งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาลำดับความสำคัญของคุณลักษณะทางวิชาชีพที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ 2) นำผลการวิจัยไปพัฒนาหลักสูตรแพทย์ และ 3) สร้างหลักสูตรที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ

แบบวิจัย: งานวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study)

วัตถุประสงค์และวิธีการ: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนอก 400 คนที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลตำรวจ ในเดือน กันยายน 2567 โดยให้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เก็บข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 เป็นมาตราส่วน Likert 5 ระดับ ประเมินคุณลักษณะแพทย์ใน 4 ด้าน: ความรู้ ทักษะ คุณธรรม บุคลิกภาพ และการสื่อสาร

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับบุคลิกภาพของแพทย์มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.3687) ตามด้วยคุณธรรม (4.2519) การสื่อสาร (4.2456) และความรู้/ทักษะ (4.2362) การวิเคราะห์ ANOVA พบว่าบุคลิกภาพคะแนนสูงกว่าด้านอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนด้านอื่นไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญสถิติ

สรุป: ผู้ป่วยให้ความสำคัญสูงสุดกับบุคลิกภาพของแพทย์ รองลงไปที่ จริยธรรม การสื่อสาร และความรู้และทักษะ ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาด้านนี้ในหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางให้ผู้จัดทำหรือพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ที่มุ่งเน้นความเป็นมืออาชีพและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: คุณลักษณะความเป็นมืออาชีพ ความพึงพอใจของผู้ป่วย แพทย์ โรงพยาบาลตติยภูมิ

ORIGINAL ARTICLE

The Characteristics of Medical Professionalism Preferred by the Patients: A Study in a Tertiary Care Teaching Hospital in Thailand

Pacharewan Viseshasumana, M.D., Board Certified in Family Medicine¹, Joompot Poomsripanon, Ph.D.¹, Songchai Simaraj, M.D., Board Certified in Surgery², Poj Tannirandorn, M.D., Board Certified in Internal Medicine¹, Nathapong Khulasittijinda, M.D., Board Certified in Colorectal Surgery², Yodkwan Apikulchatikij, M.D., Board Certified in Pediatrics³, Watcharasarn Rattananan, M.D., Board Certified in Neurology⁴

¹College of Medicine Police General Hospital, ²Department of Surgery, ³Department of Pediatrics, ⁴Department of Family Medicine Police General Hospital, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Pacharewan Viseshasumana,
M.D, College of Medicine
Police General Hospital,
492/1 Rama I Road, Pathum
Wan, Pathum Wan District,
Bangkok 10330 Thailand
Email: dr.pacharawan@gmail.
com

Received: October 10, 2024;

Revised: October 21, 2024;

Accepted: November 4, 2024

ABSTRACT

Background: Professionalism is a crucial component of the medical profession. Patients have various expectations, including knowledge, skills, communication, ethics, and personality. However, there is still a lack of in-depth studies in Thailand. The objectives of this research were: 1) to investigate the priorities of professional attributes that patients value, 2) to apply the research findings to the development of medical curricula, and 3) to design a curriculum that aligns with professional standards.

Design: A cross sectional analytical study

Methods: Four hundred outpatients from the Police General Hospital responded to a questionnaire, which was divided into two sections. The first section collected general demographic data, while the second section used a 5-point Likert scale to assess physicians' attributes in four areas: knowledge, skills, ethics, personality, and communication.

Results: Patients placed the highest importance on the physician's personality (mean score: 4.3687), followed by ethics (4.2519), communication (4.2456), and knowledge/skills (4.2362). ANOVA analysis showed that personality was significantly important ($p < 0.05$), while other areas showed no significant differences.

Conclusion: Patients prioritize a physician's personality the most, followed by ethics, communication, and knowledge/skills, respectively. This reflects the necessity for development in this area within medical training curricula. The findings of this research can be used as a guideline for curriculum developers or those involved in the design of undergraduate medical programs that emphasize professionalism and effectively meet patients' needs.

Keywords: professional attributes, patient satisfaction, physician, tertiary care hospital

บทนำ

ปัจจุบัน แพทย์ถูกเรียกร้องให้แสดงความเป็นมืออาชีพควบคู่กับทักษะอื่น ๆ ในระหว่างการพบปะผู้ป่วย ซึ่งความเป็นมืออาชีพ (professionalism) เป็นองค์ประกอบสำคัญของทักษะทางการแพทย์และได้รับการบรรจุในหลักสูตรการศึกษาแพทย์ทุกระดับ แม้ว่าจะมีการศึกษาวิจัยด้านนี้อยู่แล้ว แต่ยังไม่มีการศึกษาใดในประเทศไทยที่ศึกษาและจัดลำดับความต้องการของผู้ป่วยในด้านคุณลักษณะของแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการ งานวิจัยนี้จึงมุ่งสำรวจลักษณะของความเป็นมืออาชีพที่ผู้ป่วยต้องการจากแพทย์ในการพบปะผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการศึกษาที่ได้ข้อมูลจากผู้ป่วยอย่างแท้จริง^{1,2}

ความเป็นมืออาชีพในวงการแพทย์ประกอบด้วยองค์ประกอบหลากหลาย เช่น ความรู้ทางการแพทย์ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การตัดสินใจที่ยุติธรรม การเคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการทำงานร่วมกับทีมทางการแพทย์^{3,4} องค์ประกอบเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในระหว่างการรักษา^{5,6} การศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะดังกล่าว จะครอบคลุมในหลายด้าน เช่น ความเข้าใจและการปฏิบัติตามหลักการทางการแพทย์ การพัฒนาทักษะการสื่อสาร และการตัดสินใจทางการแพทย์ที่ยุติธรรม⁷

การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อศึกษาให้ครอบคลุมถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ของความเป็นมืออาชีพ^{8,9} และเพื่อศึกษาการให้ความสำคัญต่อลักษณะต่าง ๆ ของแพทย์ที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนถึงลำดับความสำคัญของลักษณะเหล่านี้ในบริบทของวิชาชีพแพทย์ นอกจากนี้ ยังมีความมุ่งหวังที่จะเสนอแนวทางการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาแพทย์ โดยเน้นการบูรณาการลักษณะของความเป็นมืออาชีพที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญเข้าไปในหลักสูตร เพื่อเสริมสร้างคุณภาพการรักษาและบริการทางการแพทย์ให้ดียิ่งขึ้น^{10,11}

การสำรวจความต้องการของผู้ป่วยถึงคุณลักษณะของแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการ ยังมีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการรักษาและบริการทางการแพทย์^{12,13} การเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยจะช่วยให้แพทย์ปรับปรุงการปฏิบัติงานและสร้างความไว้วางใจในระหว่างการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{14,15}

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional analytic study) ดำเนินการโดยสำรวจผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยใช้แบบสอบถามที่เก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสอบถามแบบมาตราส่วน Likert 5 ระดับ เพื่อประเมินการให้ความสำคัญที่ผู้ป่วยมีต่อคุณลักษณะของแพทย์ ข้อมูลทั้งหมดได้รับการรวบรวมจากการตรวจผู้ป่วยในสถานพยาบาลผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตำรวจ ผู้ป่วยจะได้รับแบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของแพทย์ที่พวกเขาพิจารณาว่ามีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการรักษา คำถามเหล่านี้ครอบคลุมหลายด้านในความเป็นมืออาชีพของแพทย์ ซึ่งรวมถึงความรู้ทางการแพทย์ ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล และความเป็นมืออาชีพ ได้แก่ จริยธรรมและบุคลิกภาพ

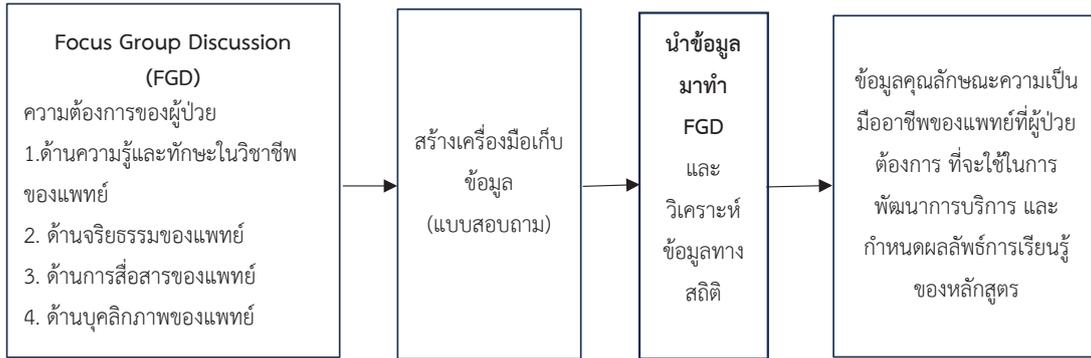
รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ ดังกรอบแนวคิด (รูปที่ 1) คือ

1. กำหนดคุณลักษณะของแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการจากเกณฑ์แพทย์สภา และร่วมจัดทำแบบสอบถามโดยใช้ focus group discussion (FGD)
2. สร้างแบบสอบถาม ตามกรอบคุณลักษณะที่ได้ นำไปหาค่า validity และ reliability ตามเกณฑ์ของการจัดทำแบบสอบถาม และ นำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่าง
3. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ และทำ FGD อีกครั้ง จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 400 คน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตอบแบบสอบถามสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ จะคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยนอก ไม่จำกัดอายุ



รูปที่ 1. กรอบแนวคิดการดำเนินงาน

เพศ วัย แต่ต้องเป็นผู้ที่สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ และอยู่ในสภาวะสุขภาพที่เอื้ออำนวยต่อการตอบแบบสอบถาม และเต็มใจที่จะทำแบบสอบถาม หรือให้สัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลงานวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนหลักคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ อาชีพ รายได้ กลุ่มงานที่มาเข้ารับบริการตรวจรักษา เป็นต้น และส่วนที่ 2 คุณลักษณะความเป็นมืออาชีพของแพทย์ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความสามารถและทักษะของแพทย์ จำนวน 4 ข้อ 2) คุณธรรมและจริยธรรมของแพทย์ จำนวน 4 ข้อ 3) บุคลิกภาพของแพทย์ จำนวน 4 ข้อ และ 4) การสื่อสารของแพทย์ จำนวน 4 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนใช้มาตราประมาณค่า Likert 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) เนื้อหาของเครื่องมือได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยการคำนวณดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence, IOC) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.50 ถึง 1.00 และ จากนั้นทดลองใช้เครื่องมือกับผู้ป่วยนอกจำนวน 100 คน แล้วหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ตามการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ของทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.97 และค่าความเชื่อมั่นรายด้านทั้ง 4 ด้าน อยู่ระหว่าง 0.72-0.84

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. แจกแบบสอบถาม หรือ สัมภาษณ์ ผู้ป่วยนอกที่มา

รับบริการที่โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผู้ป่วยจะได้รับแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ ที่ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) ลักษณะของแพทย์ที่ผู้ป่วยพิจารณาว่ามีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการรักษา คำถามเหล่านี้ครอบคลุมหลายด้านของความเป็นมืออาชีพของแพทย์ ซึ่งรวมถึงความรู้ทางการแพทย์ ทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล และความเป็นมืออาชีพ ได้แก่ จริยธรรมและบุคลิกภาพ

2. รวบรวม ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ห้องตรวจที่มารับบริการ ความถี่ในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลตำรวจ ระยะเวลาที่เข้ารับบริการตรวจรักษา จำนวนแพทย์ที่ได้พบตลอดการรับบริการตรวจรักษา และจำนวนครั้งในการเปลี่ยนแพทย์ที่ให้การตรวจรักษาในโรคเดียวกัน และข้อมูลคุณลักษณะของแพทย์ที่ผู้ป่วยมีความต้องการ ใน 4 ด้าน คือ ด้านความรู้ความสามารถและทักษะของแพทย์ ด้านคุณธรรมและจริยธรรมของแพทย์ ด้านบุคลิกภาพของแพทย์ ด้านการสื่อสารของแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ห้องตรวจที่มารับบริการ ความถี่ในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลตำรวจ ระยะเวลาที่เข้ารับบริการตรวจรักษา จำนวนแพทย์ที่ได้พบตลอดการรับบริการตรวจรักษา และ จำนวนครั้งในการเปลี่ยนแพทย์ที่ให้การตรวจรักษาในโรคเดียวกัน โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ซึ่งรวมถึงการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน เพื่อสรุปข้อมูลและแสดงถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามแบบมาตราส่วน rating scale 5 ระดับ (มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, น้อยที่สุด) ของ Likert โดยสอบถามถึงคุณลักษณะของแพทย์ที่ผู้ป่วยมีความต้องการ ใน 4 ด้าน คือ ด้านความรู้ความสามารถและทักษะของแพทย์ ด้านคุณธรรมและจริยธรรมของแพทย์ ด้านบุคลิกภาพของแพทย์ ด้านการสื่อสารของแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติ เช่น ค่าเฉลี่ย (mean) และการแจกแจงความถี่ (frequency distribution) เพื่อประเมินความพึงพอใจและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละด้าน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณลักษณะในทั้ง 4 ด้านของแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการ โดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (Analysis of Variance-ANOVA)

จริยธรรมการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ เอกสารเลขที่ 0036. ศวจ(พจ)/012 รหัสโครงการศึกษา Dq049-67 ระยะเวลาการรับรอง 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 30 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึง 30 สิงหาคม พ.ศ. 2568 การวิจัยดำเนินการหลังจากได้รับการรับรอง คือในเดือน กันยายน พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยในกลุ่มที่ทำการศึกษาคือเพศชายร้อยละ 40.8 เพศหญิงร้อยละ 59.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 20-60 ปี (ร้อยละ 61.8) อาชีพส่วนใหญ่รับราชการ (ร้อยละ 25.4) การศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี และปริญญาตรี (ร้อยละ 84.7) รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 15,001-30,000 บาท (ร้อยละ 35.0) กลุ่มงานที่เข้ารับบริการมากที่สุด คือ กลุ่มงานอายุรกรรม (ร้อยละ 25.1) ความถี่ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลตำรวจ กลุ่มที่มากที่สุดคือ 1-3 ครั้งต่อปี (40.5) รวมระยะเวลาที่ได้เข้ามารักษาที่โรงพยาบาล

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ
เพศ	
ชาย	40.8
หญิง	59.2
อายุ	
น้อยกว่า 20 ปี	4.1
20-40 ปี	30.9
41-60 ปี	30.9
61-80 ปี	16.9
เกิน 80 ปี	13.8
อาชีพ	
รับราชการ	25.4
ทำงานเอกชน	20.5
ค้าขาย	12.8
รับจ้าง	10.4
ทำงานอิสระ	23.2
อื่น ๆ	7.7
การศึกษา	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	40.7
ปริญญาตรี	44.0
ปริญญาโท	11.1
ปริญญาเอก	1.9
อื่น ๆ	2.3
รายได้	
น้อยกว่า 15,000 บาท	27.0
15,001-30,000 บาท	35.0
30,001-50,000 บาท	21.0
มากกว่า 50,000 บาท	14.5
อื่น ๆ	2.5
กลุ่มงานที่รับบริการ	
อายุรกรรม	25.1
ศัลยกรรม	12.3
สูตินารีเวช	9.4
กุมารเวชกรรม	2.2
ออโรโธปิดิกส์	12.6
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	1.2
ตา หู คอ จมูก	9.2
แผนกที่รับบริการ	
คลินิกตำรวจ	5.1
จิตเวช	1.0
ประกันสังคมและ 30 บาท	4.1
ห้องฉุกเฉิน	0.7
คลินิกนอกเวลา	1.0
ห้องตรวจอื่น ๆ	16.2

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ร้อยละ
ความถี่ในการรับบริการ	
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อปี	16.3
1-3 ครั้งต่อปี	40.5
4-6 ครั้งต่อปี	27.0
7-10 ครั้งต่อปี	10.5
มากกว่า 10 ครั้งต่อปี	5.5
อื่น ๆ	0.3
ระยะเวลาการรักษา	
น้อยกว่า 1 ปี	25.8
1-5 ปี	48.5
6-10 ปี	12.2
มากกว่า 10 ปี	13.3
อื่น ๆ	0.2
จำนวนแพทย์ที่พบ	
1 คน	23.5
2-5 คน	55.0
6-10 คน	16.5
มากกว่า 10 คน	4.5
อื่น ๆ	0.5
การขอเปลี่ยนแพทย์	
ไม่เคย	43.3
เคย 1-2 ครั้ง	33.8
เคย 3-4 ครั้ง	15.8
เคยมากกว่า 4 ครั้ง	7.0

ตารางที่ 2. ค่าเฉลี่ย (mean) คะแนนคุณลักษณะของแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการ เรียงลำดับจากคะแนนมากไปหาน้อย (n = 400)

คุณลักษณะของแพทย์	Mean	SD
บุคลิกภาพของแพทย์	4.3687	0.730
คุณธรรมและจริยธรรมของแพทย์	4.2519	0.742
การสื่อสารของแพทย์	4.2456	0.777
ความรู้ความสามารถและทักษะของแพทย์	4.2362	0.750

สำรวจ กลุ่มที่มากที่สุด คือ 1-5 ครั้ง ต่อปี (ร้อยละ 48.5) ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาได้พบแพทย์กลุ่มที่มากที่สุด คือ พบแพทย์ 2-5 คน (ร้อยละ 55.0) จำนวนครั้งที่ขอเปลี่ยนแพทย์ในการรักษาโรคเดียวกัน มากที่สุดคือ ไม่เคย (ร้อยละ 43.3)

ข้อมูลจากการวิเคราะห์คุณลักษณะของแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการ 4 ด้าน (ตารางที่ 2-5)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ความสามารถและทักษะของแพทย์ 2) ด้านคุณธรรมและจริยธรรมของแพทย์ 3) ด้านบุคลิกภาพของแพทย์ และ 4) ด้านการสื่อสารของแพทย์ ซึ่งเก็บข้อมูลในส่วนที่ 2 ของแบบสอบถาม โดยใช้

ตารางที่ 3. รายละเอียดย่อยคุณลักษณะของแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการ เรียงลำดับจากคะแนนมากไปหาน้อย (n = 400)

คุณลักษณะของแพทย์	Mean	SD
แพทย์ให้ข้อมูลการรักษาที่ชัดเจน เพียงพอ	4.4000	0.788
แพทย์ตรวจร่างกายของผู้ป่วยด้วยความสุภาพ เหมาะสม	4.3750	0.725
แพทย์ตรวจรักษาโดยแสดงให้เห็นถึงความเมตตาต่อผู้ป่วย	4.3725	0.735
แพทย์มีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย เช่น การมาตรวจรักษาผู้ป่วยอย่างตรงเวลาที่แพทย์รับผิดชอบ	4.3275	0.755
มีความเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ว่าจะรักษาได้ผลดี	4.3050	0.723
แพทย์มีความสามารถในการทำหัตถการ (เช่น การผ่าตัด) เป็นอย่างดี	4.2750	0.772
แพทย์รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ	4.2725	0.759
แพทย์อธิบายสิ่งต่าง ๆ ได้ง่ายต่อความเข้าใจ	4.2675	0.774
แพทย์แต่งกายสะอาดเรียบร้อย	4.2625	0.718
แพทย์เข้าใจความรู้สึก และดูแลผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจ	4.2425	0.716
แพทย์ใส่ใจต่อความต้องการของผู้ป่วย	4.2350	0.766
แพทย์เป็นผู้มีอัธยาศัยดี นานับถือ มีมนุษยสัมพันธ์ดี	4.2250	0.759
แพทย์วินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องแม่นยำ	4.2250	0.735
แพทย์อธิบายและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติได้มีส่วนร่วมการตัดสินใจในการรับการรักษา	4.2150	0.789
แพทย์สามารถขอคำปรึกษา หรือส่งต่อผู้ป่วยแก่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างเหมาะสมกับอาการป่วย	4.2100	0.768
แพทย์ตรวจรักษาโดยอารมณ์ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส	4.2000	0.718

ตารางที่ 4. การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว เปรียบเทียบค่าคะแนนคุณลักษณะของแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการทั้ง 4 ด้าน (n = 400)

Score	Sum of Square	Mean Square	F	p
Between groups	18.778	6.259	11.113	< 0.001
Within groups	3602.571	0.563		
Total	3621.349			

Significant at the 0.05 level; F-statistic (3, 396) = 11.113

ตารางที่ 5. Post hoc comparison test วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว เปรียบเทียบค่าคะแนนคุณลักษณะของแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการทั้ง 4 ด้าน (n = 400)

เปรียบเทียบคะแนนคุณลักษณะของแพทย์	Mean difference	Std. Error	p
1 2	-0.01625	0.02653	0.945
1 3	-0.13313*	0.02653	< 0.001*
1 4	-0.01000	0.02653	0.986
2 1	0.01625	0.02653	0.945
2 3	-0.11688*	0.02653	< 0.001*
2 4	0.00625	0.02653	0.997
3 1	0.13313*	0.02653	< 0.001*
3 2	0.11688*	0.02653	< 0.001*
3 4	0.12312*	0.02653	< 0.001*
4 1	0.01000	0.02653	0.0842
4 2	-0.00625	0.02653	0.0679
4 3	-0.12312*	0.02653	-0.0489*

*Significant at 0.05 level

เมื่อ 1 คือ คะแนนคุณลักษณะด้านความรู้ความสามารถและทักษะของแพทย์; 2 คือ คะแนนคุณลักษณะด้านคุณธรรมและจริยธรรมของแพทย์; 3 คือ คะแนนคุณลักษณะด้านบุคลิกภาพของแพทย์; 4 คือ คะแนนคุณลักษณะด้านการสื่อสารของแพทย์

มาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ และ วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยหาค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาจัดเรียงคะแนนที่ผู้ตอบแบบสอบถามให้มา เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย และ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวพบว่า การทดสอบ F-test ค่า F เท่ากับ 11.113 โดยค่า $p < 0.001$ แสดงว่าคะแนนคุณลักษณะอย่างน้อย 1 กลุ่มแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ

0.05 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนคุณลักษณะของแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการทั้ง 4 ด้าน ด้วย Post hoc comparison test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ทดสอบโดย Scheffe พบว่าคะแนนด้านด้านบุคลิกภาพของแพทย์ สูงกว่า คะแนนด้านอื่น ๆ อีก 3 ด้าน คือ ด้านคุณธรรมและจริยธรรมของแพทย์ ด้านการสื่อสารของแพทย์ และ ด้านความรู้ความสามารถและทักษะของแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยค่า $p < 0.001$ ส่วนคะแนนคุณลักษณะของแพทย์ 3 ด้าน คือ ด้านคุณธรรมและจริยธรรมของแพทย์ ด้านการสื่อสารของแพทย์ และ ด้านความรู้ความสามารถและทักษะของแพทย์ ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาบุคลิกภาพของแพทย์มีความสำคัญอย่างยิ่ง¹⁷ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความไว้วางใจและความสบายใจของผู้ป่วย การส่งเสริมคุณธรรมและจริยธรรมของแพทย์ควรได้รับการเน้นย้ำ เพื่อให้แพทย์มีจริยธรรมที่ดี มีความซื่อสัตย์ และมีความรับผิดชอบต่อการรักษาและการดูแลผู้ป่วยอย่างมีมนุษยธรรม

การพัฒนาทักษะการสื่อสารของแพทย์เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญ การที่แพทย์สามารถสื่อสารได้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงกระบวนการรักษาและการดูแลตนเอง แต่ยังช่วยสร้างความมั่นใจและความเชื่อมั่นในตัวแพทย์¹⁸ นอกจากนี้ การเสริมสร้างความรู้และทักษะทางการแพทย์ของแพทย์ผ่านการฝึกอบรมและการศึกษาต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้แพทย์มีความสามารถในการวินิจฉัยและรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการระบบบริการที่มีประสิทธิภาพเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญ ควรมีการจัดการที่ช่วยให้แพทย์สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ เช่น จัดตารางเวลาที่เหมาะสม การลดภาระงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา และการให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อให้แพทย์สามารถมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น

นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เพื่อให้

ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง การนำข้อเสนอแนะเหล่านี้ไปปรับใช้จะช่วยทำให้แพทย์สามารถพัฒนาตนเองในทุกด้าน และสามารถตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมคุณภาพการบริการทางการแพทย์ให้ดียิ่งขึ้นในระยะยาว ผลการศึกษาชี้ว่าบุคลิกภาพและทักษะการสื่อสารของแพทย์มีความสำคัญต่อความไว้วางใจและความพึงพอใจของผู้ป่วย การพัฒนาฝึกอบรมแพทย์ในประเทศไทยตามเกณฑ์ของแพทยสภาไทย¹⁹ ซึ่งเน้นการฝึกฝนทางคลินิก การพัฒนาจริยธรรม และการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง จึงควรทำควบคู่ไปกับการอบรมมาตรฐานสากล เช่น CanMEDS²⁰ หรือ ACGME²¹ ซึ่งเน้นการพัฒนาบุคลิกภาพผ่านการประเมินส่วนบุคคลและการมีพี่เลี้ยง รวมถึงการฝึกสถานการณ์จำลอง นอกจากนี้ควรเน้นการฝึกทักษะการสื่อสารผ่านสถานการณ์จำลองแบบเสมือนจริง การใช้ผู้ป่วยจำลอง และการรับ feedback เพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การฝึกอบรมควรมีความยืดหยุ่นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและควรมีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอเพื่อรักษามาตรฐานคุณภาพ

สรุป

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าคุณลักษณะของแพทย์ที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดได้แก่ บุคลิกภาพของแพทย์ คุณธรรมและจริยธรรมของแพทย์ การสื่อสารของแพทย์ และความรู้และทักษะของแพทย์ ตามลำดับ แสดงว่านอกจากความรู้และทักษะของแพทย์ผู้ให้การรักษาแล้ว ผู้ป่วย ยังให้ความสำคัญกับ คุณลักษณะที่มีใช้ด้านความรู้ และทักษะของแพทย์ในระดับที่สูงมาก²² ผลการศึกษาจะช่วยทำให้แพทย์สามารถปรับปรุงการปฏิบัติงาน และสามารถพัฒนาคุณภาพการบริการและการแพทย์ได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาแพทย์²³ ที่ควรเน้นการบูรณาการลักษณะของความเป็นมืออาชีพในทุกด้านที่ผู้ป่วยคาดหวัง เพื่อให้แพทย์สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ หลักสูตรแพทยศาสตร์ควรบูรณาการ

การพัฒนาคุณลักษณะเหล่านี้อย่างเข้มข้น เช่น การฝึกอบรมควรเน้นการพัฒนาบุคลิกภาพและทักษะความเป็นผู้นำ ควบคู่กับการส่งเสริมจริยธรรมทางการแพทย์ การฝึกทักษะการสื่อสารในสถานการณ์ต่าง ๆ และการสอนที่บูรณาการความรู้ทางการแพทย์กับทักษะด้านการสื่อสารและจริยธรรม เพื่อให้แพทย์มีความพร้อมและตอบสนองความคาดหวังของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

Highlight

1. ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับ บุคลิกภาพแพทย์สูงสุด และสูงกว่าด้านอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. คุณธรรม การสื่อสาร และความรู้/ทักษะ มีความสำคัญรองลงมา และไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
3. ควรพัฒนาหลักสูตรแพทย์ให้เน้นความเป็นมืออาชีพ โดยเฉพาะบุคลิกภาพ เพราะผู้ป่วยคาดหวังจากแพทย์มากกว่าความรู้และทักษะทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มูลนิธิโรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ซึ่งได้สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณคณะทำงานวิทยาลัยแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลตำรวจ ตลอดจนผู้แทนจากทุกกลุ่มงานของโรงพยาบาลตำรวจ ที่กรุณาให้ข้อมูลและสนับสนุนการศึกษานี้จนสำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Hafferty FW, Castellani B. The increasing complexities of professionalism. Acad Med. 2010;85:288-301.
2. Hilton SR, Southgate LJ. Professionalism in medicine: A review of the literature. Med Educ. 2007;41:21-28.
3. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. The professional identity of medical students: A vital consideration for medical education. Med Teach. 2016;38:455-61.
4. Byszewski A, Gill JS, Lochnan H. Socialization to professionalism in medical schools: a Canadian experience. BMC Med Educ. 2015;15:204..
5. O'Sullivan H, van Mook WN, Fewtrell R, Wass V. In-

- tegrating professionalism into the curriculum: AMEE Guide No. 61. *Med Teach.* 2012;34(2):e64-e77.
6. Ginsburg S, Regehr G, Hatala R, McNaughton N, Frohna A, Hodges B, Lingard L, Stern D. Context, conflict, and resolution: a new conceptual framework for evaluating professionalism. *Acad Med.* 2000;75(10 Suppl):S6-S11.
 7. Epstein RM, Hundert EM, Defining and assessing professional competence. *JAMA.* 2002;287:226-35.
 8. Papadakis MA, Teherani A, Banach MA, Knettler TR, Rattner SL, Stern DT, Veloski JJ, Hodgson CS. Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. *N Engl J Med.* 2005;353(25):2673-82.
 9. Ginsburg S, Stern DT, The role of professionalism in medical education. *Acad Med.* 2004;79:1-5.
 10. Papadakis M.A., et al. The educational impact of disciplinary action by medical boards. *Acad Med.* 2005;80:542-7.
 11. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D, et al. The teaching of professionalism in medical education: a global perspective. *Med Teach.* 2014;36(4):287-292.
 12. Arnold L, Assessing professional behavior: Yesterday, today, and tomorrow. *Acad Med.* 2002;77: 502-15.
 13. Jha V, Bekker HL, Duffy SR, Roberts TE. A systematic review of studies assessing and facilitating attitudes towards professionalism in medicine. *Med Educ.* 2007;41:822-9.
 14. van Mook WN KA, van Lwijk SJ, O’Sullivan HM, Wass V, Schuwirth LW, van der Vleuten CP, et al. The concepts of professionalism and professional behaviour: Conflicts in both definition and learning outcomes. *Eur J Intern Med.* 2009;20:e85-e89.
 15. Chen HP, Chen HL, A framework for assessing medical professionalism: A systematic review. *BMC Med Educ.* 2020;20:1-12.
 16. Ginsburg S., The role of the medical educator in promoting professionalism. *Acad. Med.* 2006;81:516-20.
 17. Cruess RL, Cruess SR. Professionalism education: An emerging priority. *Med Teach.* 2008;30:469-70.
 18. Chandratilake M, McAleer S, Professionalism and professionalism in medical education: A systematic review. *BMC Med Educ.* 2011;11:1-10.
 19. แพทยสภา. แนวทางการฝึกอบรมแพทย์เพื่อเพิ่มคุณภาพและศักยภาพในการปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: แพทยสภาไทย; 2566.
 20. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework.* Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
 21. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). *Common Program Requirements.* Chicago: ACGME; 2023.
 22. กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. การพัฒนาคุณลักษณะของแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องการ: รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม; 2566.
 23. Rees CE, Monrouxe LV. Professionalism and the role of assessment. *Med Teach.* 2011;33:232-9.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่สามารถเข้ารับการดูแลแบบ
ผู้ป่วยในที่บ้านของโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่านนันทิกานต์ ปลายสุวรรณ, พ.บ., วาลิกา รัตนจันทร์, พ.บ., ว.เวชศาสตร์ครอบครัว¹, หุจิศักดิ์ วรเดชาวิทยา, พ.บ.

สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลน่าน, จังหวัดน่าน

ผู้รับผิดชอบบทความ:

นันทิกานต์ ปลายสุวรรณ, พ.บ.,
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลน่าน 1 ถ.วชิรชัย
ต.ในเวียง อ.เมืองน่าน
55000 จังหวัดน่าน,
ประเทศไทย
Email: Nantikan.pla@gmail.
com

Received: October 23, 2024;

Revised: November 8, 2024;

Accepted: January 24, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: ปัจจุบันแนวคิดการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (homeward) ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากช่วยลดภาระงานของโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พุทธศักราช 2565 เพื่อเป็นทางเลือกในการรักษา เพิ่มคุณภาพชีวิตระหว่างการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียงและความแออัดในโรงพยาบาล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่สามารถเข้าเกณฑ์ step down ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองน่านและห่างจากโรงพยาบาลน่านไม่เกิน 20 กิโลเมตร ข้อมูลถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบ Chi-Square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเข้ารับการรักษาแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 85 ราย จากทั้งหมด 396 ราย ที่เข้าเกณฑ์ step down ตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน คิดเป็นความชุกร้อยละ 21.46 ของผู้ป่วยทั้งหมด และเมื่อวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ภาวะติดเตียง (bedridden) การติดเชื้อ COVID-19 และการเสียชีวิตระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

สรุป: แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2565 สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบของโรงพยาบาลน่านได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรับบริการแบบผู้ป่วยใน ลดอัตราการครองเตียง ลดความแออัดในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยในการจัดการทรัพยากรของโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน โรคปอดอักเสบ

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of Pneumonia Patients Eligible to Participate in the Hospital at Home Ward at Nan Hospital, Nan Province

Nantikan Plasuwan, M.D., Valika Rattanachun, M.D., MRCP, Lujisak Voradechvittaya, M.D.

Department of Family Medicine, Nan Hospital, Nan Province

Corresponding author :

Nantikan Plasuwan, M.D.,
Department of Family Medicine
Nan Hospital, 1 Worawichai
Road, Nai Wiang Subdistric,
Mueang Nan District, Nan
55000, Thailand
Email: Nantikan.pla@gmail.
com

Received: October 23, 2024;

Revised: November 8, 2024;

Accepted: January 24, 2025

ABSTRACT

Background: The concept of home care is gaining increased attention as it reduces the burden on hospitals and improves patients' quality of life. In Thailand, the Department of Medical Services, Ministry of Public Health have developed guidelines and standards for Home care in 2022. This approach offers an alternative for inpatient services, aiming to enhance patients' quality of life during treatment, reduce complications associated with hospital stays, and decrease bed occupancy and overcrowding in hospitals. This study aims to evaluate the number of pneumonia patients who meet the Step-Down criteria according to the Home care guidelines and standards of the Department of Medicine, Ministry of Public Health, at Nan Hospital, Nan Province

Methods: Retrospective descriptive analysis using data collected from medical records and electronic databases of patients diagnosed with pneumonia who received inpatient care from August 1, 2022, to June 30, 2023. The study focused on patients residing within the Mueang Nan District and within 20 kilometers of Nan Hospital. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-Square tests to determine the relationship between various factors and eligibility for home-based care.

Results: Eighty-five out of 396 pneumonia patients attended the Step-Down criteria for home-based care, representing a prevalence of 21.46% of all patients. Factors influencing eligibility included age, gender, marital status, chronic diseases, physical condition, bedridden status, COVID-19 infection, and death in the hospital.

Conclusion: The Home care guidelines and standards from the Department of Medicine, Ministry of Public Health, can be applied to pneumonia patients at Nan Hospital, Nan Province. This approach will provide patients with an alternative to inpatient care, reduce bed occupancy rates, and alleviate hospital congestion. Additionally, it will contribute to more appropriate and efficient resource management at the hospital in the future.

Keywords: home ward, pneumonia

บทนำ

การดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน (hospital at home, HaH) หรือ home ward เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (In Patient Department, PD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญตามมาตรฐานการรักษาของแต่ละวิชาชีพโดยมีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแล (care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วย และสื่อสารกับทีมแพทย์ มีเป้าหมายเพื่อเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง¹ นอกจากนี้การดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านยังเป็นแบบจำลองการให้บริการด้านสุขภาพที่ยั่งยืน ทั้งในด้านนวัตกรรมและรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบใหม่² ทั้งนี้ยังมีประโยชน์ทางด้านการลดค่าใช้จ่ายและการปรับปรุงคุณภาพของการบริการ จากมุมมองของแพทย์การดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านช่วยในเรื่องการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล และลดอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลได้อีกด้วย³

ในปัจจุบันการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านได้รับความสนใจและความนิยมมากขึ้น อันเนื่องมาจากการพัฒนาความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19)⁴ นับตั้งแต่การระบาดของโรคโควิด-19 ในปี ค.ศ. 2019 ซึ่งปัญหาที่ใหญ่สำหรับระบบสาธารณสุขทั่วโลก สถานพยาบาลหลายแห่งเต็มไปด้วยผู้ป่วยจำนวนมาก เนื่องจากปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ผู้ใช้บริการต้องทนกับการเดินทางและการรอคอยที่ยาวนานกว่าจะได้รับการดูแลรักษา³ ดังนั้นในหลายโรงพยาบาลจึงได้มีการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายและความไม่สะดวกเหล่านี้ด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีการจัดทำโครงการการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดที่บ้านโดยมีแพทย์ พยาบาลให้คำปรึกษาผ่านทางเทคโนโลยีการสื่อสารแบบ video conference (telemedicine) รวมถึงการให้แผนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย (telehealth)⁵

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงได้จัดทำแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยในการรับบริการแบบผู้ป่วยใน เพิ่มคุณภาพชีวิตระหว่างการรักษาให้ผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อนในการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการเข้าผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียง และลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยเริ่มบริการ 7 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โรคโควิด-19 ในกลุ่มที่สามารถดูแลตัวเองที่บ้านได้ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น ปอดอักเสบ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะอันตราย ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดวันเดียวกลับ และ ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ¹

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาหาความชุกของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่สามารถเข้ารับการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านในโรงพยาบาลน่าน โดยมีเป้าหมายเพื่อประเมินจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้าเกณฑ์กำหนดตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้านของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 ฉะนั้นหากทราบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่สามารถเข้ารับการดูแลผู้ป่วยในบ้านแล้ว จะนำไปสู่การวางแผนการจัดการทรัพยากรและระบบในการดูแลผู้ป่วยในบ้านอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

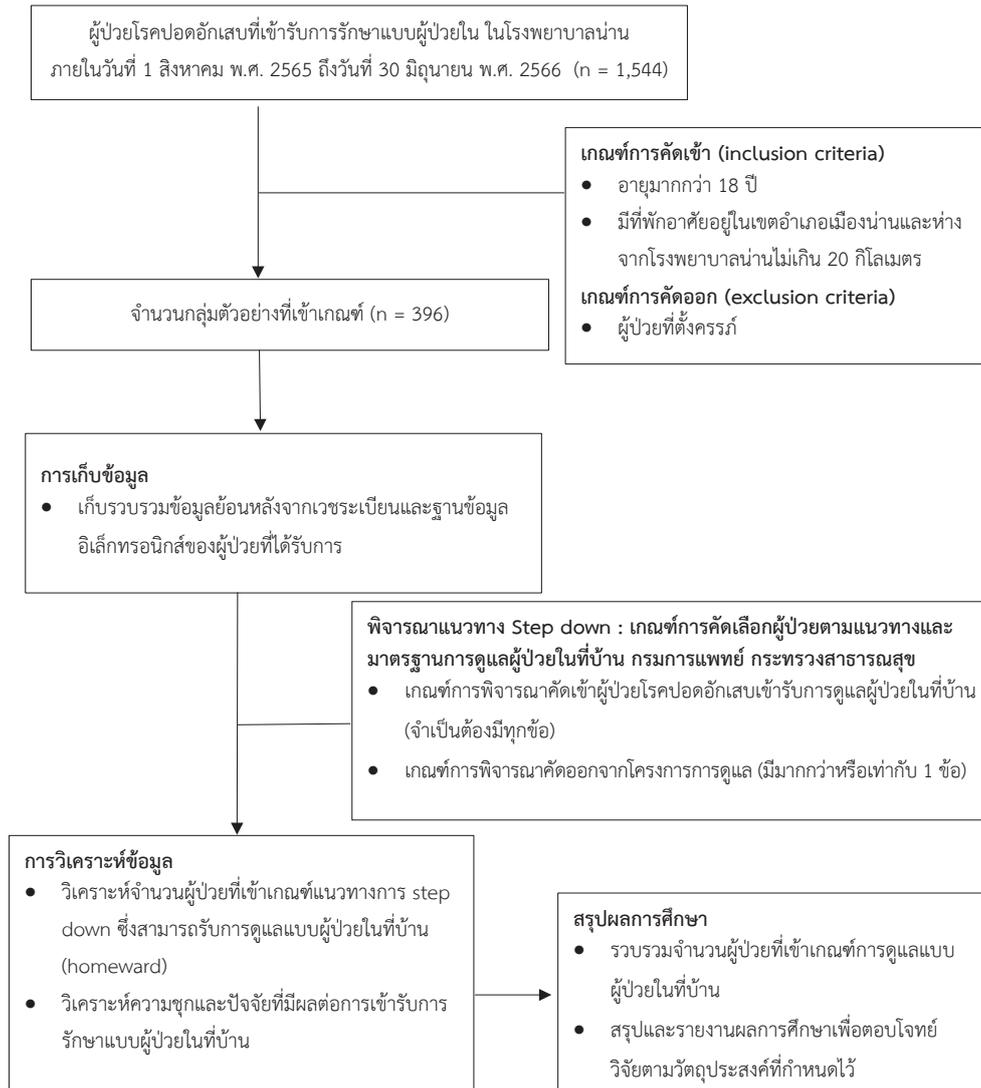
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้าเกณฑ์กำหนดตามแนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในบ้าน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2565 ของโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน

วัสดุและวิธีการ

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ (pneumonia) โดยได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล



รูปที่ 1. ขั้นตอนการศึกษา

น่าน โดยมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองน่านและห่าง
จากโรงพยาบาลน่านไม่เกิน 20 กิโลเมตร

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า
18 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ โดยได้เข้า
รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลน่าน ในช่วง
ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30
มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอ
เมืองน่านและห่างจากโรงพยาบาลน่านไม่เกิน 20 กิโลเมตร

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยทั้งเพศ
หญิงและเพศชายที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการ
วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ โดยได้เข้ารับการรักษาแบบ
ผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลน่าน ช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1

สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566
โดยมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองน่านและห่างจาก
โรงพยาบาลน่านไม่เกิน 20 กิโลเมตร กลุ่มตัวอย่างคำนวณ
จากสูตร⁶

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1 - P)}{d^2}$$

คำอธิบาย

n คือ ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ คือ ระดับความเชื่อมั่น (Confidence level)

กำหนดให้ที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

โดย $Z_{\alpha/2} = Z_{0.05} = 1.96$

P คือ ค่าสัดส่วนในกลุ่มประชากรที่ได้จากการทบทวน
วรรณกรรม⁷ ในที่นี้คือ อัตราผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ถูก

พิจารณาว่ามีความเหมาะสมทางการแพทย์ที่จะสามารถเข้ารับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านได้ คิดร้อยละ 36.7

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง ในที่นี้กำหนดเป็นร้อยละ 5 ของค่า P ดังนั้น $d = 0.05$

ดังนั้นสามารถคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.367 (1 - 0.367)}{(0.05)^2}$$

$n = 360$ ราย

จากการคำนวณได้จำนวนตัวอย่างเป็น 360 ราย และคาดว่าอาจมีกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลไม่ครบอีก ร้อยละ 10 ดังนั้น จึงใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนทั้งสิ้น 396 ราย (รูปที่ 1)

รูปแบบการศึกษาและวิธีการเก็บข้อมูล

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเล่มเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลน่านที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ โดยได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลน่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบการศึกษาย้อนหลัง (retrospective chart review) เพื่อรวบรวมผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทั้งหมด เพื่อศึกษาเกี่ยวกับ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอื่น ๆ ที่สนใจที่ปรากฏอยู่ในเวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ในการวิจัยนี้ได้ศึกษาความชุกในการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (home ward) ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบและวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการรักษา โดยมีการใช้สถิติที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ความชุก การทดสอบ Chi-square และการคำนวณ odds ratio (OR)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลของประชากรที่ศึกษาจากเวช

ระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ โดยได้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1: ปัจจัยด้านประชากรหรือกายภาพ ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2: ข้อมูลในการนอนโรงพยาบาล ได้แก่ วันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล สัญญาณชีพ ผลการเอกซเรย์ปอด การเข้ายาปฏิชีวนะ ผลเพาะเลี้ยงเชื้อแบคทีเรีย ผลการเพาะเชื้อจากเสมหะ

ส่วนที่ 3: แนวทาง step-down : เกณฑ์การพิจารณาคัดเข้าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเข้ารับการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (จำเป็นต้องมีทุกข้อ) ได้แก่

1. อาการดีขึ้น ได้แก่ ไอลดลง เสมหะเปลี่ยนสีจางลง
 2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่
 - ไม่มีไข้
 - ระดับความดันโลหิตมากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท
 - อัตราการหายใจน้อยกว่า 24 ครั้งต่อนาที
 - ชีพจร น้อยกว่า 120 ครั้งต่อนาที
 3. มีความจำเป็นที่ต้องรับรักษาเป็นผู้ป่วยในเพียงเพื่อให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อให้ครบระยะเวลาตามที่กำหนด
 4. ผลเพาะเชื้อจากเลือดและเสมหะ (ถ้าได้รับการตรวจ) ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะที่สามารถให้ได้วันละ 1 ครั้ง
 5. ได้รับการติดตามเอกซเรย์ปอด 48-72 ชั่วโมงหลังการรักษา และพบภาพเอกซเรย์คงที่หรือดีขึ้น
 6. แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้วันละครั้งผ่านทาง heparin lock หรือ saline lock
- ส่วนที่ 4: แนวทาง step-down : เกณฑ์การพิจารณาคัดออกจากโครงการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (มีข้อใดข้อหนึ่ง) ได้แก่

1. ความเสี่ยงในการติดเชื้อปอดอักเสบแบบซับซ้อน (complicated pneumonia)
2. มีลักษณะฝีในปอดหรือภาวะหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด (empyema)
3. พบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (parapneumonic effusion)
4. ความเสี่ยงในการติดเชื้อปอดอักเสบรุนแรง (severe pneumonia)

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้ แนวทางการดูแลแบบ step down เกณฑ์การพิจารณาตัดเข้าโครงการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านและเกณฑ์การพิจารณาคัดออกจากโครงการการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน ผู้วิจัยได้อ้างอิงมาจากแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยปอดอักเสบและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา

จากการศึกษานี้ ซึ่งได้ทำการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้าเกณฑ์การดูแล step down ตามแนวทางการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ตามแนวทางและมาตรฐานที่กำหนดโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (ตารางที่ 1) พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 85 คนจากทั้งหมด 396 คนที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าว คิดเป็นความชุกร้อยละ 21.46 ของผู้ป่วยทั้งหมด หรือกล่าวได้ว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ 21.46 คน ต่อประชากร 100 คน ที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน และเมื่อวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สภาพร่างกาย ภาวะติดเตียง (bedridden) การติดเชื้อโควิด-19 และการเสียชีวิตระหว่างรักษาในโรงพยาบาล

งานวิจัยนี้ได้รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อโควิด-19 และผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลร่วมด้วย ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน การรวมกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโควิด-19 ไม่สามารถเข้าร่วมการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านได้ เนื่องจาก

ไม่เข้าเกณฑ์ในเรื่องของการได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำผ่านวันละ 1 ครั้ง ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมไม่สามารถรับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ได้เช่นกัน การรวมกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้จึงทำให้ความชุกของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ การรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านลดลง หากเราตัดกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 และผู้ป่วยที่เสียชีวิตออกจากการวิเคราะห์ จะพบว่าความชุกของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 33.33 ของผู้ป่วยทั้งหมด

อายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในการเข้าเกณฑ์การรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี มีแนวโน้มที่จะเข้าเกณฑ์การรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน มากกว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ค่า OR ที่ 2.80 และค่า p-value ที่ 0.001 บ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี มีโอกาสมากกว่าที่จะได้รับการดูแลที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยอายุน้อยมักมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า⁸ และสามารถดูแลตนเองหรือได้รับการดูแลจากครอบครัวที่บ้านได้ดีกว่า ทำให้การดูแลที่บ้านเป็นทางเลือกที่เหมาะสมและปลอดภัยกว่า

เพศ ก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าเกณฑ์การรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้าน โดยพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเข้าเกณฑ์มากกว่าผู้ป่วยเพศชาย (p = 0.013) อ้างอิงจากการศึกษาของ Chase et al.⁹ พบว่าสาเหตุที่เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้านมากกว่า อาจมาจากปัจจัยเช่น ความยืดหยุ่นในการปรับตัว บทบาทของผู้ดูแล ผู้หญิงมักมีบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งทำให้มีความคุ้นเคยกับการดูแลตนเองและผู้อื่นในบริบทของบ้าน เป็นต้น

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเข้าเกณฑ์การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสหรือมีครอบครัวที่สามารถดูแลได้มีแนวโน้มที่จะได้รับการดูแลที่บ้านมากกว่าผู้ป่วยที่โสดหรือหม้าย (p = 0.004) การมีครอบครัวหรือผู้สนับสนุนที่บ้านเป็นปัจจัยสำคัญในการพิจารณา เนื่องจากการมีผู้ดูแลในบ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาที่บ้านได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตารางที่ 1. ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

N = 396	Homeward n (%)	Non-Homeward n (%)	p-value
Overall	85 (21.5)	311 (78.5)	
อายุ			0.001 ^a
< 60 ปี	19 (22.4)	29 (9.32)	
≥ 60 ปี	66 (77.6)	282 (90.67)	
เพศ			0.013 ^a
ชาย	43 (50.6)	203 (65.3)	
หญิง	42 (49.4)	108 (34.7)	
ระดับการศึกษา			0.268 ^a
ไม่ได้เรียนหนังสือ	20 (20.5)	57 (18.3)	
ประถมศึกษา	41 (48.2)	184 (59.2)	
มัธยมศึกษา	14 (16.5)	47 (15.1)	
ปริญญา	10 (11.8)	23 (7.4)	
อาชีพ			0.071 ^a
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	47 (55.3)	224 (72.0)	
ข้าราชการ	7 (8.2)	23 (7.4)	
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	4 (4.7)	10 (3.2)	
รับจ้าง	14 (16.5)	27 (8.7)	
เกษตรกร	12 (14.1)	24 (7.7)	
พนักงานประจำ	1 (1.2)	3 (1.0)	
สถานภาพ			0.004 ^a
โสด	18 (21.2)	39 (12.5)	
สมรส	56 (65.9)	174 (55.9)	
หม้าย	11 (12.9)	90 (28.9)	
หย่าร้าง	0 (0.0)	8 (2.6)	
ดัชนีมวลกาย (BMI)			0.341 ^a
น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน: < 18.5	26 (30.6)	102 (32.8)	
น้ำหนักปกติ: BMI 18.5-22.9	33 (38.8)	114 (36.7)	
น้ำหนักเกิน: BMI 23.0-24.9	8 (9.4)	37 (11.9)	
อ้วน: BMI 25.0-29.9	12 (14.1)	50 (16.1)	
อ้วนมาก: BMI ≥ 30.0	6 (7.1)	8 (2.6)	
โรคประจำตัว			0.006 ^a
มีโรคประจำตัว	70 (82.4)	287 (92.3)	
ไม่มีโรคประจำตัว	15 (17.6)	24 (7.7)	
ภาวะติดเตียง			0.011 ^a
ใช่	4 (4.7)	47 (15.1)	
ไม่ใช่	81 (95.3)	264 (84.9)	
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง			0.637 ^a
ใช่	15 (77.6)	62 (19.9)	
ไม่ใช่	70 (82.4)	249 (80.1)	
โรคหอบหืด			0.371 ^a
ใช่	1 (1.2)	9 (2.9)	
ไม่ใช่	84 (98.8)	302 (97.1)	

ตารางที่ 1. ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

N = 396	Homeward n (%)	Non-Homeward n (%)	p-value
การติดเชื้อเอชไอวี			0.086 ^a
ใช่	3 (3.5)	3 (1.0)	
ไม่ใช่	82 (96.5)	308 (99.0)	
โรคมะเร็ง			0.113 ^a
ใช่	4 (4.7)	32 (10.3)	
ไม่ใช่	81 (95.3)	279 (89.7)	
เคยติดเชื้อวัณโรคในอดีต			0.342 ^a
ใช่	8 (9.4)	20 (6.4)	
ไม่ใช่	77 (90.6)	291 (93.6)	
โรคปอดอักเสบเรื้อรัง			0.533 ^a
ใช่	1 (1.2)	7 (2.3)	
ไม่ใช่	84 (98.8)	304 (97.7)	
การติดเชื้อโควิด-19			< 0.001 ^b
ใช่	0 (0.0)	94 (30.2)	
ไม่ใช่	85 (100.0)	217 (69.8)	
การเสียชีวิตในโรงพยาบาล			< 0.001 ^b
ใช่	0 (0.0)	81 (26.0)	
ไม่ใช่	85 (100.0)	230 (47.0)	

^ap-value วิเคราะห์โดย Pearson Chi-square, ^bp-value วิเคราะห์โดย Fisher's Exact Test จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยในบ้านจำนวน 85 คนจาก 396 คน หรือร้อยละ 21.46 พบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยในบ้านอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่: อายุ เพศ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว การติดเชื้อโควิด-19 และการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 60 ปีเพศหญิง มีแนวโน้มเข้าเกณฑ์มากกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยติดเตียงและมีโรคประจำตัวมักไม่เข้าเกณฑ์

โรคประจำตัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลอย่างมากต่อการเข้าเกณฑ์การรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและใช้ยาจำนวนมากมีแนวโน้มจะไม่เข้าเกณฑ์การดูแลที่บ้าน¹⁰ เนื่องจากภาวะโรคที่ซับซ้อนต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดจากทีมแพทย์ในโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลที่บ้านอาจไม่สามารถให้การรักษาที่เพียงพอและปลอดภัยได้

ผู้ป่วยติดเตียงเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน ผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง (bed ridden) มีแนวโน้มที่จะไม่เข้าเกณฑ์การดูแลที่บ้าน (p = 0.011) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลที่มากกว่าในด้านการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน¹⁰ ซึ่งทำให้การดูแลในโรงพยาบาลเป็นทางเลือกที่ปลอดภัยกว่า

การติดเชื้อโควิด-19 เป็นปัจจัยที่มีผลอย่างชัดเจนในการตัดสินใจเรื่องการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน ไม่มี

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 รายใดที่ได้รับการดูแลที่บ้าน ซึ่งจากการเก็บข้อมูลพบว่า การติดเชื้อโควิด-19 ณ ปัจจุบันไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำที่สามารถให้วันละครั้ง และผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 สามารถเปลี่ยนเป็นยาในรูปแบบยารับประทานไปทานที่บ้านได้

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างบางประการเมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ ทั้งในด้านปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าเกณฑ์การดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Frick et al.¹¹ ระบุว่าผู้ป่วยเพศชายมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้าน มากกว่าเพศหญิง ซึ่งตรงข้ามกับผลการ

ศึกษาที่พบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มเข้าเกณฑ์มากกว่า ปัจจัยที่อาจอธิบายความแตกต่างนี้คือบทบาทของผู้หญิงในบริบทสังคมที่มักมีความยืดหยุ่นและความคุ้นเคยในการดูแลตนเองหรือครอบครัว ทำให้การดูแลที่บ้านเป็นทางเลือกที่เหมาะสมกว่า

ในด้านอายุ ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Barcala et al.¹² ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปีมีแนวโน้มที่จะเข้าเกณฑ์การดูแลแบบผู้ป่วยในบ้านมากกว่า เนื่องจากมักมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าและสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่า อย่างไรก็ตามควรมีการประเมินผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว หลังได้รับการดูแลที่บ้าน รวมถึงประสิทธิภาพในการลดต้นทุนและลดความแออัดของโรงพยาบาล ส่วนปัจจัยด้านโรคประจำตัวมีผลลัพธ์ที่คล้ายคลึงกันกับงานวิจัยของ Montalto¹³ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือใช้ยาจำนวนมากมักไม่ได้รับเข้ารับการดูแลที่บ้าน เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการติดตามอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาล หากตัดกลุ่มผู้ป่วยโรคโควิด-19 และผู้เสียชีวิตออกจากการวิเคราะห์ จะส่งผลให้ความชุกของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ การรักษาแบบผู้ป่วยในบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.46 เป็นร้อยละ 33.33 ซึ่งแสดงถึงความสำคัญของการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยลักษณะนี้ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่สะท้อนความเป็นจริงและนำไปใช้ได้เหมาะสม ดังนั้นการเก็บข้อมูลในอนาคตควรหลีกเลี่ยงการรวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าเกณฑ์การดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 หรือผู้เสียชีวิต เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้ให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่บ้าน ซึ่งสามารถลดภาระการนอนโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย หากนำข้อเสนอแนะไปพัฒนาต่อยอด จะช่วยให้ระบบการดูแลแบบผู้ป่วยในบ้าน มีความครอบคลุมและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และนอกจากนี้ควรขยายขอบเขตการศึกษาไปสู่กลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพื่อประเมินความเหมาะสมของการรักษาแบบผู้ป่วยในบ้านในบริบทที่หลากหลายมากขึ้น

Highlight

1. ผู้ป่วยปอดอักเสบถึง 1 ใน 3 สามารถรักษาแบบ home ward ได้หากมีการคัดกรองกลุ่มเฉพาะอย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี เพศหญิง และการมีครอบครัวช่วยดูแล เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการเข้าเกณฑ์การรักษาที่บ้าน
3. ภาวะโรคซับซ้อน สภาพร่างกายที่ติดเตียง และเกณฑ์การให้ยาฉีด ยังเป็นอุปสรรคหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงการดูแลที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีนภากร วีระศักดิ์, แสงสายัณห์ เปี่ยมลาภ, ศิริบำรุงวงศ์ มนต์ชัย. แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward). หมายเหตุ: ปิยะธิดา, บรรณาธิการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. Home | Commonwealth Fund [Internet]. [cited 2023 Nov 20]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org>
3. Patel HY, West DJ. Hospital at home: an evolving model for comprehensive healthcare. *Glob J Qual Saf Healthc.* 2021;4:141-6.
4. Nogués X, Sánchez-Martinez F, Castells X, Díez-Pérez A, Sabaté RA, Petit I, et al. Hospital-at-Home Expands Hospital Capacity During COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc.* 2021;22:939-42.
5. Appelbaum E, Batt R. The New Hospital at Home Movement: Opportunity or Threat for Patient Care? Center for Economic and Policy Research [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 20]. Available from: <https://cepr.net>
6. Wayne WD, Chad LC. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. New York: John Wiley and Sons; 2013.
7. Santos-Eggimann B, Chavaz N, Larequi T, Lamy O, Yersin B. Heart failure and community-acquired pneumonia: cases for home hospital? *Int J Qual Health Care.* 2001;13:211-6.
8. Levine DM, Paz M, Burke K, Beaumont R, Boxer RB, Morris CA, et al. Remote vs In-home Physician Visits for Hospital-Level Care at Home: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2022; 5(12):E2229067. PubMed PMID: 36040741
9. Chase JAD, Russell D, Huang L, Hanlon A, O'Connor M, Bowles KH. Relationships Between Race/Ethnicity and Health Care Utilization Among Older Post-Acute Home Health Care Patients. *J Appl Gerontol*

- [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2024 Sep 4];39(2):201-13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29457521/>
10. Cameron KA, Song J, Manheim LM, Dunlop DD. Gender Disparities in Health and Healthcare Use Among Older Adults. *J Womens Health*. 2010;19:1643-50.
 11. Frick KD, Burton LC, Clark R, Mader SI, Naughton WB, Burl JB, et al. Substitutive Hospital at Home for Older Persons: Effects on Costs [Internet]. *Am J Manag Care*. 2009;15:626-32.
 12. Gonzalez Barcala FJ, Pose Reino A, Paz Esquete JJ, De la Fuente Cid R, Masa Vazquez LA, Alvarez Calderon P, et al. Hospital at home for acute respiratory patients. *Eur J Intern Med*. 2006;17:402-7.
 13. Montalto M, McElduff P, Hardy K. Home ward bound: features of hospital in the home use by major Australian hospitals, 2011-2017. *Med J Aust*. 2020;213:22-7.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค
ใช้เลือดออกของประชาชน ตำบลนาทราย อำเภอสี จังหวัดลำพูน

พรทิพา อนุวัฒน์, ส.ม. (การบริหารงานสาธารณสุข), ณฐา เมธาบุษยาธร, ป.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดปทุมธานี

ผู้รับผิดชอบบทความ:

พรทิพา อนุวัฒน์, ส.ม.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เวสเทิร์น 4 หมู่ 11 ถ.หทัย
ราษฎร์ ต.ลาดสวาย
อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี 12150,
ประเทศไทย
Email: kingptpanu@gmail.
com

Received: December 10,
2025;

Revised: December 26, 2025;

Accepted: January 8, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขเพื่อ
การป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกอย่างยั่งยืน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาปัจจัยที่
มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน
ตำบลนาทราย อำเภอสี จังหวัดลำพูน

แบบวิจัย: การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่
ในพื้นที่จริงไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 342 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่อง
มือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67-
1.0 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ของ
แบบสอบถามส่วนที่ 2 ถึง 4 เท่ากับ 0.721, 0.744 และ 0.756 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล
ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา: การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน อยู่
ในระดับน้อย ร้อยละ 57.31 พิจารณารายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมาก
ที่สุด ร้อยละ 56.73 รองลงมาคือการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ร้อยละ 14.33 การมีส่วน
ร่วมในการรับผลประโยชน์ ร้อยละ 13.16 และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร้อยละ 4.39
ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบระดับ
น้อยกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน ($r = -0.213$,
 $p < 0.05$) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการมีส่วน
ร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน ($r = 0.476$, $p < 0.05$)

สรุป: อายุและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการ
ป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน ควรพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่เน้นการมี
ส่วนร่วมในทุกขั้นตอน โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ประชาชนร่วมตัดสินใจ นอกจากนี้ควร
เสริมสร้างกลไกแรงสนับสนุนทางสังคมในชุมชนเพื่อกระตุ้นกลุ่มผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมใน
การป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม ประชาชน การป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก แรงสนับสนุน
ทางสังคม ทศนคติ

ORIGINAL ARTICLE

Factors Related to People's Participation in Prevention and Control of Dengue Fever in Nasai Subdistrict, Li District, Lamphun Province

Porntipa Anuniwat, M.P.H. (Public Health Administration)¹, Natha Methabutsayathon, Ph.D. (Public Health)

Graduate School, Western University, Pathum Thani Province, Thailand

Corresponding author :

Porntipa Anuniwat, M.P.H.,
Graduate School, Western
University, 49 Moo 4,
Lam Luk Ka District,
Pathum Thani 12150, Thailand
Email: kingptpanu@gmail.com

Received: December 10, 2025;

Revised: December 26, 2025;

Accepted: Month Date, ????

ABSTRACT

Background: Public participation is a key mechanism for sustainable dengue fever prevention and control. This study aimed to identify factors associated with people's participation in dengue prevention and control in Nasai Subdistrict, Li District, Lamphun Province.

Design: Cross-sectional survey

Methods: The sample consisted of 342 residents aged 20 years and older who had resided in the area for at least one year, selected through simple random sampling. The research instrument was a questionnaire with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) between 0.67-1.0. The Cronbach's alpha coefficients for parts two to four were 0.721, 0.744, and 0.756, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Pearson's correlation coefficient.

Results: Participation in dengue fever prevention and control among the people was at a low level (57.31%). When considering each aspect, participation in implementation was the highest (56.73%), followed by participation in evaluation (14.33%), participation in benefits (13.16%), and participation in decision-making (4.39%). Regarding related factors, age had a low-level negative relationship with participation ($r = -0.213$, $p < 0.05$). Social support had a moderate-level positive relationship with participation ($r = 0.476$, $p < 0.05$).

Conclusion: Age and social support are factors associated with people's participation in dengue fever prevention and control. Activity models should be developed to focus on every stage of participation, especially providing opportunities for people to participate in decision-making. In addition, social support mechanisms in the community should be strengthened to encourage the elderly to participate more in dengue fever prevention and control.

Keywords: participation, people, dengue fever prevention and control, social support, attitude

บทนำ

การมีส่วนร่วมของประชาชนถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขในทุกระดับทั้งในเชิงนโยบายและการปฏิบัติจริง โดยกระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทเป็นแกนกลางในการพัฒนาและดูแลสุขภาพของตนเอง¹ ด้วยการเสริมสร้างกลไกภายในชุมชนให้เข้มแข็ง สามารถพึ่งพาตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผน รวมถึงการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความเข้มแข็งนี้จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร และแหล่งเรียนรู้เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพ² โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย เนื่องจากมีการระบาดเกิดขึ้นเป็นประจำทุกปี ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย การเสียชีวิต และความสูญเสียทางเศรษฐกิจต่อครอบครัวและชุมชน อีกทั้งโรคยังไม่มีการรักษาจำเพาะ ทำให้การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและการป้องกันตนเองเป็นมาตรการหลัก³ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของประชาชนในทุกครัวเรือนและทุกพื้นที่ การลงมือทำร่วมกันผ่านกระบวนการเรียนรู้จะนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการปัญหาอย่างยั่งยืน⁴

จากรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยสะสมทั่วประเทศ 105,250 ราย อัตราป่วยสะสม 159.15 ต่อประชากรแสนคน โดยจังหวัดลำพูนมีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศ (470.59 ต่อประชากรแสนคน)⁵ เมื่อพิจารณารายพื้นที่พบว่า อำเภออู่ผึ้งมีอัตราป่วยสะสมสูงถึง 832.65 ต่อประชากรแสนคน และมีการระบาดสูงที่สุดเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี โดยเฉพาะในตำบลนาทรายซึ่งพบอัตราป่วยสูงถึง 1,635.12 ต่อแสนประชากร คิดเป็นร้อยละ 65.26 ของผู้ป่วยทั้งหมดในอำเภอ⁶ แม้หน่วยงานสาธารณสุขและท้องถิ่นจะดำเนินการบริหารงานอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบปัญหาการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง สิ่งสำคัญที่จะทำให้สำเร็จได้คือการให้ประชาชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของปัญหาและรับผิดชอบต่อครอบครัวและชุมชน⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายด้าน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ และระดับการศึกษา ซึ่งส่งผลต่อขีดความสามารถ

สามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงปัจจัยทางจิตสังคม โดยเฉพาะทัศนคติและความเชื่อมั่นต่อการดำเนินงานที่ส่งผลต่อความตระหนักส่วนบุคคลในการเป็นเจ้าของปัญหา⁸ นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ทั้งด้านข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรจากครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือผู้นำชุมชน ยังเป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ช่วยลดช่องว่างระหว่างการรับรู้และการลงมือปฏิบัติ⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรัตน์ ห้วยทราย¹⁰ เบลูจวรรณสุขใจ¹¹ ที่ยืนยันว่าปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางจิตสังคม เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อระดับการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลนาทราย อำเภออู่ผึ้งจังหวัดลำพูน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ และลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) ได้ผ่านการ

พิจารณาจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อ 1 ตุลาคม 2568 (รหัสโครงการ เลขที่ HE - WTH 2568 - 0114 เอกสารรับรองเลขที่ WTH 2568 - 0114) การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 30 วัน ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามโดยจะดำเนินการภายหลังจากที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามข้อพิจารณาด้านจริยธรรมอย่างเคร่งครัดโดยเริ่มต้นดังนี้

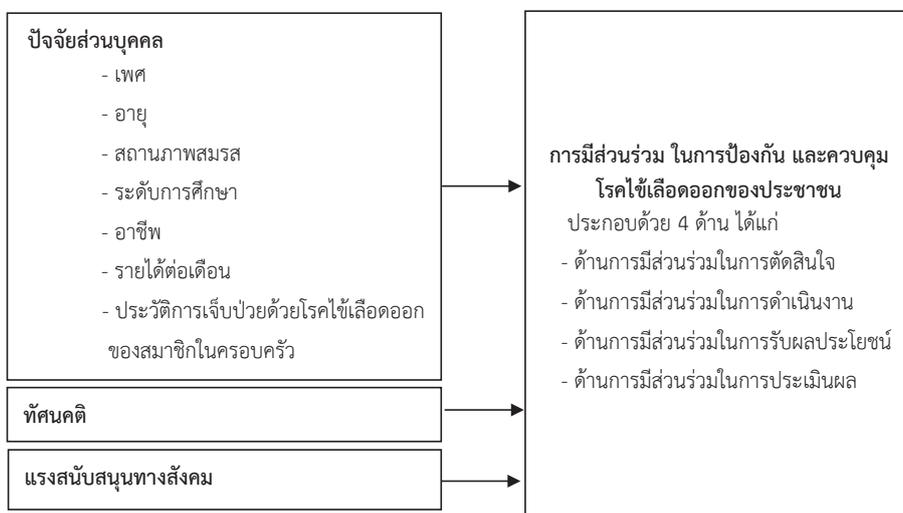
1. ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวิธีการ และตอบข้อสงสัยต่าง ๆ รวมถึงประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นขณะทำการวิจัย
2. การเข้าร่วม โครงการวิจัยผู้ยินยอมตนจะเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและต้องได้รับความยินยอมตนทุกราย โดยลงนามในเอกสารยินยอมตนเป็นลายลักษณ์อักษร
3. ผู้ยินยอมตนสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล มีสิทธิ์ปฏิเสธหรือเลือกที่จะไม่ตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์ข้อใดข้อหนึ่งก็ได้ โดยไม่มีผลผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ยินยอมตนทั้งสิ้น
4. การรักษาความลับของข้อมูลโครงการวิจัยนี้เป็นการให้ผู้ยินยอมตนตอบแบบสอบถามจะไม่มี การเปิดเผยชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยหลังจากที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอมตนแล้ว ผู้วิจัยจะแยกใบยินยอมตนออกจากแบบสอบถามไว้คนละส่วนกัน เพื่อป้องกันการเชื่อมโยงกันของแบบสอบถามกับใบยินยอมตนให้ทำ การวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวมโดยเหตุผลทาง

วิชาการเท่านั้นและไม่นำข้อมูล หรือความลับของกลุ่มตัวอย่างมาเปิดเผยหรือนำเสนอผลการวิจัยเป็นรายบุคคล ส่วนข้อมูลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง กับการวิจัยจะไม่มี การเปิดเผยทั้งสิ้น

5. ผู้วิจัยดำเนินการทำลายข้อมูลด้วยวิธี ที่เหมาะสม ภายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของโคเฮน และอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff) มืองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมกันการประเมินผล¹² มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยมีตัวแปรอิสระ คือปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคใช้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว ทัศนคติ คือ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อที่แสดงออกมาเป็นเชิงบวกหรือลบของบุคคลต่อพฤติกรรม ในการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก⁸ และแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ประเภทได้แก่แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านข้อมูล แรงสนับสนุนด้านเครื่องมือหรือสิ่งของการช่วยเหลือในรูปแบบที่จับต้องได้ และแรงสนับสนุนด้านการประเมินการสะท้อนความคิดเห็น⁹ และมีตัวแปรตามได้แก่การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน (รูปที่ 1)



รูปที่ 1. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรในพื้นที่ หมู่ที่ 8, 9, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 21, 22, 23 ตำบลนาทรายอำเภอเสลภูมิ จังหวัดลำพูน ทั้งหมด 9,256 คน⁶

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎรทั้ง 11 หมู่บ้าน ตำบลนาทราย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดลำพูน และอาศัยอยู่จริงมาไม่น้อยกว่า 1 ปี ทั้งหมด กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรในการคำนวณหากกลุ่มตัวอย่างของ Daniel¹³ กำหนดค่า $p = 0.673$ (เบญจวรรณ สุขใจ พบการมีส่วนร่วมป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3)¹¹ ได้ขนาดตัวอย่าง 326 คน และสำรองข้อมูลร้อยละ 5 รวมได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 342 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยประมาณค่าสัดส่วนของประชากรโดยการเทียบบัญญัติไตรยางศ์แต่ละหมู่บ้าน ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบจับฉลากชื่อแบบไม่ใส่คืนจนครบตามจำนวน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (inclusion criteria)

ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และต้องเป็นผู้อยู่อาศัยในเขตพื้นที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ตำบลนาทราย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดลำพูน อย่างน้อย 1 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ เข้าใจภาษาไทย และสามารถตอบแบบสอบถามได้ สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (exclusion criteria)

ไม่สนใจตอบแบบสอบถาม ขอลอนตัวในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล มีอาการเจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

ระยะเวลาการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 30 วันในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามโดยจะดำเนินการภายหลัง จากที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับ อสม. ที่รับผิดชอบชุมชนกลุ่มเป้าหมายตำบลนาทราย จำนวน 2 คน และชี้แจงแบบสอบถามให้ทราบโดยละเอียด เพื่อให้ผู้ช่วยเก็บข้อมูลทุกคนปฏิบัติได้ตามแนวทางเดียวกัน
3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้หลังจากนั้นแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการให้ตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและอธิบายถึงวิธีการตอบคำถามและเปิดโอกาสให้ซักถามหลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและรวบรวมแบบสอบถามคืนทันที
5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์
6. นำข้อมูลที่ได้ออกมาคิดคะแนนและวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไปเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (questionnaires) ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของการศึกษาอาศัยแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับทัศนคติของ Shermerhorn⁸ แนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981)⁹ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม Cohen and Uphoff¹² เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาและตัวแปรที่กำหนด โดยแบ่งเนื้อหาและโครงสร้างของแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 ถึง 4 มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่าตามแบบของลิเคิร์ต (Likert's scale)¹⁴ 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของบลูม Bloom (1975)¹⁵ ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก (ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00-79.99) และระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (validity and reliability)

ความตรงเชิงเนื้อหา ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนี IOC ระหว่าง 0.67-1.00

ความเชื่อมั่น (reliability) ทดลองใช้ (try-out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบค่าดัชนีประสิทธิผลแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ในภาพรวมเท่ากับ 0.740 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีค่าความเชื่อมั่น 0.721, 0.744 และ 0.756 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัวโดยการหาค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) และ ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ รายได้ต่อเดือน โดยการหาค่าความถี่ (frequency) ค่า

ร้อยละ (percentage) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ค่าต่ำสุด (min) ค่าสูงสุด (max)

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และรายได้ต่อเดือน ทัศนคติ แรงสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคลต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 342 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.73 และเพศชาย ร้อยละ 43.27 มีอายุระหว่าง 20-39 ปี ร้อยละ 44.70 รองลงมาคืออายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 43.60 และอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.90 โดยมีอายุน้อยสุด 20 ปี และอายุมากที่สุด 80 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.80 ปี (SD = 12.97) ด้านสถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.64 รองลงมา โสด ร้อยละ 19.88 และหย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย ร้อยละ 8.48 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษา พบว่ามีระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามากที่สุด ร้อยละ 55.85 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 40.94 ระดับอนุปริญญา ปวส. ร้อยละ 1.75 และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 1.46 ตามลำดับ ด้านอาชีพหลัก พบว่า มีอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 50.59 รองลงมาคือ เกษตรกรรม ร้อยละ 35.09 อาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 7.89 พนักงานบริษัทเอกชน ห้างร้าน ร้อยละ 0.29 รับราชการ พนักงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 1.17 และว่างงาน ร้อยละ 4.97 ด้านรายได้ต่อเดือน พบว่า รายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ

3,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 36.50 รองลงมา 3,001-5,000 บาท ร้อยละ 35.70 และ มากกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 27.80 ตามลำดับ โดยมีรายได้ต่อเดือนน้อยสุด 0 บาท มีรายได้ต่อเดือนมากที่สุด 18,000 บาท โดยมีค่าเฉลี่ยรายได้ต่อเดือน 4,641.23 บาท (SD = 2,521.22) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 81.87 และเคยมีประวัติการเจ็บป่วย ร้อยละ 18.13 (ตารางที่ 1)

ทัศนคติต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ทัศนคติต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.47 รองลงมา ระดับน้อย ร้อยละ 6.73 และระดับมาก ร้อยละ 3.80

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 63.70 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 29.80 และระดับน้อย ร้อยละ 6.40

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 57.31 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 39.18 และอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 3.51 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ($r = -0.213$, $p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 2) ส่วน เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก (n=342)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	148 (43.27)
หญิง	194 (56.73)
รวม	342 (100)
อายุ	
20-39 ปี	153 (44.70)
40-59 ปี	149 (43.60)
60 ปีขึ้นไป	40 (11.70)
รวม	342 (100.00)
(\bar{X} = 42.80, SD = 12.97, Min = 20, Max = 80)	
สถานภาพสมรส	
โสด	68 (19.88)
สมรส	245 (71.64)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	29 (8.48)
รวม	342 (100.00)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา หรือ ต่ำกว่า	191 (55.85)
มัธยมศึกษา/ปวช.	140 (40.94)
อนุปริญญา/ปวส.	6 (1.75)
ปริญญาตรีขึ้นไป	5 (1.46)
อาชีพหลัก	
เกษตรกรกรรม	120 (35.09)
รับจ้างทั่วไป	173 (50.58)
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	27 (7.89)
พนักงานบริษัทเอกชน/ ห้างร้าน	1 (0.29)
รับราชการ/พนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ	4 (1.17)
ว่างงาน	17 (4.97)
รวม	342 (100.00)
รายได้ต่อเดือน	
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	125 (36.50)
3,001-5,000 บาท	122 (35.70)
มากกว่า 5,000 บาท	95 (27.80)
รวม	342 (100.00)
(\bar{X} = 4,641.23, SD = 2,521.22, Min = 0, Max = 18,000)	
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว	
เคย	62 (18.13)
ไม่เคย	280 (81.87)
รวม	342 (100.00)

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ทัศนคติต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ($p > 0.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ($n=342$)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วม	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	-0.213	< 0.001*
รายได้ต่อเดือน	-0.064	0.239

* $p < 0.05$

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ($r = 0.476, p < 0.05$) (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่า

1. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 57.31 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากที่สุด ร้อยละ 56.73 รองลงมาคือการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ร้อยละ 14.33 การมีส่วนร่วมในการ

ตารางที่ 2.2 ความความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ ($n=342$)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการมีส่วนร่วม			p-value
	มาก จำนวน(ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				0.199
ชาย	6 (4.10)	50 (33.78)	92 (62.16)	
หญิง	6 (3.10)	84 (43.30)	104 (53.61)	
สถานภาพสมรส				0.437
โสด	37 (54.41)	30 (44.12)	1 (1.50)	
สมรส /หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	159 (58.03)	104 (37.96)	11 (4.00)	
ระดับการศึกษา				0.171
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	7 (3.70)	83 (43.46)	101 (52.88)	
มัธยมศึกษา/ปวช.อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรีขึ้นไป	5 (3.30)	51 (33.77)	95 (62.91)	
อาชีพหลัก				0.101
เกษตรกร	4 (3.30)	38 (31.67)	78 (65.00)	
รับจ้างทั่วไป /ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว/พนักงานบริษัท เอกชน/ ห้างร้าน/รับราชการ/พนักงานของรัฐ/ รัฐวิสาหกิจ/ว่างงาน	8 (3.60)	96 (43.24)	118 (53.15)	
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของสมาชิกในครอบครัว				0.163
เคย	1 (1.60)	19 (30.65)	42 (67.74)	
ไม่เคย	154 (55.0)	115 (41.07)	11 (3.90)	

ตารางที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อโรคไข้เลือดออกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=342)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วม	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ทัศนคติต่อโรคไข้เลือดออก	0.086	0.111

รับผลประโยชน์ ร้อยละ 13.16 และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร้อยละ 4.39 ส่วนของการดำเนินงานมากที่สุด เช่น การจัดการภาชนะน้ำขังและการป้องกันตนเองจากยุงกัด แต่กลับมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจน้อยที่สุดสามารถอธิบายได้ว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นเพียง “ผู้ปฏิบัติ” ตามนโยบายหรือคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนมากกว่าการเป็น “ผู้ร่วมคิดหรือผู้ร่วมตัดสินใจ” ซึ่งสอดคล้องกับบริบททางสังคมของพื้นที่ตำบลนาทรายที่ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาและมีรายได้น้อย ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้ประชาชนมุ่งเน้นการประกอบอาชีพเลี้ยงชีพเป็นหลัก และคุ้นเคยกับการจัดการปัญหาสุขภาพผ่านกลไกตัวแทน (อสม.) มากกว่าการเข้ามามีบทบาทในเวทีประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาหรือวางแผนงบประมาณด้วยตนเอง ผลการศึกษานี้ ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพรัตน์ ห้วยทราย¹⁰ เบญจวรรณ สุขใจ¹¹ และปัญญา ใจวิวัฒน์พงศ์¹⁶ ที่ส่วนใหญ่พบระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของบริบทพื้นที่ระดับ โดยในตำบลนาทรายมีสถิติการระบาดสูงและต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่าแม้ประชาชนจะให้ความร่วมมือในการลงมือปฏิบัติ (implementation) ในระดับดี แต่หากขาดการมีส่วนร่วมในระดับการตัดสินใจ (decision making) และการประเมินผล (evaluation) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการมีส่วนร่วมที่แท้จริงตามแนวคิดของ Cohen และ Uphoff ย่อมส่งผลให้การแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

2. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ

ตารางที่ 4. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=342)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วม	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.476	<0.001*

ประชาชน (r = -0.213, p < 0.05) ซึ่งเมื่ออายุของประชาชนเพิ่มมากขึ้นระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนมีแนวโน้มลดลง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดด้านสุขภาพและกายภาพ จึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในระดับชุมชนได้เท่ากลุ่มวัยอื่น การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดในการใช้สื่อสังคมออนไลน์หรือเทคโนโลยีสมัยใหม่ ทำให้การรับรู้กิจกรรมหรือนโยบายใหม่ ๆ ไม่รวดเร็วเท่ากลุ่มวัยรุ่น สอดคล้องกับงานวิจัยผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปัญญา ใจวิวัฒน์พงศ์¹⁶ ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความแตกต่างในพฤติกรรมและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ เบญจวรรณ สุขใจ ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเกิดจากบริบทของพื้นที่ตำบลนาทราย ทำให้ปัจจัยด้านอายุส่งผลกระทบต่อเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนอย่างชัดเจน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ควรออกแบบที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การให้ความรู้เรื่องการจัดการสมุนไพรรักษาหรือการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบบ้านที่ทำได้ง่ายและควรใช้กลไกการสื่อสารผ่านบุตรหลานในครอบครัว เพื่อช่วยเป็นตัวกลางในการส่งต่อแรงสนับสนุนและข้อมูลข่าวสารไปยังผู้สูงอายุ

3. แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน (r = 0.476, p < 0.05) เมื่อพิจารณารายข้อพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ ประชาชนได้รับแรงสนับสนุนจาก “ภาคส่วนที่เป็นทางการ” สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรม (ร้อยละ 26.02) การแจ้งเตือนเมื่อมีการ

ระบาด (ร้อยละ 25.15) และการสนับสนุนทรัพยากร เช่น การพ่นหมอกควัน (ร้อยละ 26.32) ในทางกลับกัน แรงสนับสนุนจาก “ภาคส่วนที่ไม่เป็นทางการ” กลับอยู่ในระดับน้อยที่สุด ได้แก่ การชักชวนจากเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 8.91) และการสนับสนุนจากครอบครัว (ร้อยละ 12.28) สามารถอธิบายได้ว่า ในบริบทพื้นที่ตำบลนาทราย แรงสนับสนุนเชิงนโยบายและทรัพยากรจากภาครัฐมีผลอย่างมากต่อการกระตุ้นให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ House⁹ ที่ระบุว่า แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับงานวิจัยของไพรัตน์ ห้วยทราย¹⁰ เบญจวรรณ สุขใจ¹¹ ปัญญา ใจวิวัฒน์พงศ์¹⁶ งานวิจัยของ น่าน แดงหน้า¹⁷ และวันวิรินทร์ แสนเสนยา¹⁸ ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการมีส่วนร่วม การที่แรงสนับสนุนจากคนใกล้ชิดครอบครัวและเพื่อนบ้าน อยู่ในระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นถึงจุดอ่อนในการสร้างความร่วมมือในระดับฐานรากเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างครัวเรือน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการชักชวนกันภายในกลุ่มเพื่อนบ้าน และออกแบบกิจกรรมรณรงค์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตเกษตรกรและแรงงานรับจ้างเพื่อกระตุ้นให้คนในครอบครัวเกิดการช่วยเหลือและสนับสนุนซึ่งกันและกันในการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบบ้าน

สรุป

การศึกษาวิจัยพบว่า ประชาชนตำบลนาทราย อำเภอ ลี้ จังหวัดลำพูน มีการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีการมีส่วนร่วมมากที่สุดคือด้านการดำเนินงาน รองลงมาคือด้านการประเมินผล ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านที่มีส่วนร่วมน้อยที่สุดคือด้านการตัดสินใจ ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.213, p < 0.05$) ซึ่งสะท้อนว่าเมื่อประชาชนมีอายุเพิ่มมากขึ้น

ระดับการมีส่วนร่วมจะมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากอาจมีข้อจำกัดด้านสุขภาพและกายภาพ จึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในระดับชุมชนได้ ขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.476, p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการได้รับแรงกระตุ้นและการสนับสนุนจากครอบครัวและหน่วยงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำไปใช้ประโยชน์

1. ควรพัฒนารูปแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน นำแรงสนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการวางแผนและปรับปรุงพัฒนาการบริหารจัดการกิจกรรมหรือโครงการขององค์กรภาครัฐและภาคประชาสังคม
2. ควรมีการจัดพัฒนารูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกขั้นตอน จากผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากที่สุด ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจยังมีส่วนร่วมน้อย ควรจัดกิจกรรมโดยเปิดโอกาสให้ประชาชนร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมออกแบบแผน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และร่วมดำเนินกิจกรรม เช่น เวทีประชาคม ค้นหาปัญหาโรคไข้เลือดออกประจำหมู่บ้าน การร่วมกันกำหนดวันกำจัดลูกน้ำยุงลายประจำชุมชน การจัดตั้งจุดตรวจลูกน้ำยุงลายโดยชุมชน เพื่อสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของพื้นที่และนำไปสู่ความยั่งยืนในการแก้ปัญหา
3. ควรส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ควรส่งเสริมบทบาทของบุคคลใกล้ชิด ทั้งสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน รวมถึงผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้สนับสนุนเชิงรุกในการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และการให้กำลังใจ เพื่อสร้างความตระหนักและกระตุ้นความตั้งใจในการร่วมดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
4. ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ ควรจัดกิจกรรมเชิงรุกที่ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง โดยเน้นกิจกรรมที่ทำได้ง่ายภายในครัวเรือน เช่น การจัดการสิ่ง

แวดล้อมและการป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลในช่วงเวลาหนึ่ง จึงบอกได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย (correlation) แต่ไม่สามารถระบุความเป็นเหตุเป็นผล (causality) ที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลาได้

2. ตัวแปรที่ศึกษา ศึกษาเฉพาะปัจจัยที่กำหนดไว้ในกรอบแนวคิด อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน เช่น ด้านพฤติกรรมและปัจจัยทางจิตสังคมเพิ่มเติมเช่น ความเชื่อเกี่ยวกับโรค แรงจูงใจ การรับรู้ความเสี่ยง ซึ่งอาจเป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

Highlights

1. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอยู่ในระดับน้อย
2. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน
3. อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน
4. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในทุกด้าน

เอกสารอ้างอิง

1. อคิน รพีพัฒน์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์; 2527.
2. วรณิ จันทรสว่าง. สุขภาพชุมชนแนวคิดและกระบวนการดำเนินงาน. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2546.
3. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อฯ โดยยุงลายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2558.
4. ปรัชญา เวสารัชช. การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมเพื่อพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2528.

5. กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2567 ประจำปีสัปดาห์การระบาดที่ 52 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://lookerstudio.google.com/embed/u/0/reporting/43e588b9-9773-4918-a56b-76d446496e61/page/ljbnD>
6. สำนักบริหารการทะเบียน. สถิติทางการทะเบียน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>
7. ประเวศ วะสี. กระบวนการนโยบายสาธารณะ [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dol.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/krabwnkaarnoybaaysaathaarna1.pdf>
8. Schermerhorn, J. R. (2000). Organizational behavior (7th ed.). John Wiley & Sons. House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
9. House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
10. ไพรัตน์ ห้วยทราย. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/Praewaksu_Journal/article/view/89439
11. เบลูจวรรณ สุขใจ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเทศบาลตำบลเหมืองแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น; 2565.
12. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Dev. 1980;8:213-35.
13. Daniel WW. Biostatistics: basic concepts and methodology for the health sciences. 9th ed. Asia: John Wiley & Sons; 2010.
14. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;140:5-55.
15. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals. New York: David McKay; 1975.
16. ปัญญา ใจวิวัฒน์พงศ์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. 2566;15:104-16.
17. ไรน่าน แดงหน้า. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนเขตเทศบาลตำบลปากคอก อำเภอถลุง จังหวัดอุทัยธานี [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น; 2562.
18. วันวิรินทร์ แสนเสนา. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลสำโรง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น; 2566.

รายงานผู้ป่วย

กรณีศึกษา : การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความซับซ้อนและมีความบกพร่องทางการมองเห็น โดยชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วมตามหลักทางเวชศาสตร์ครอบครัว

อัมรา อุนรพันธ์, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง จังหวัดระยอง

ผู้รับผิดชอบบทความ:

อัมรา อุนรพันธ์, พ.บ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
สยามบรมราชกุมารี ระยอง,
111 ถนนสุขุมวิท ตำบลห้วย
โป่ง อำเภอเมือง จังหวัดระยอง
21150, ประเทศไทย
Email: janmdcu65@hotmail.
com

Received: August 18, 2024;

Revised: September 23, 2024;

Accepted: October 7, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: ความบกพร่องทางสายตาอาจส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของบุคคล เพื่อที่จะปรับตัวให้เข้ากับการใช้ชีวิตที่มีความบกพร่องทางสายตาได้จำเป็นต้องมีบริการรองรับหลายมิติ กรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนโดยมุ่งเน้นประเด็นที่แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น และแสดงบทบาทของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.)

รายงานผู้ป่วย: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 32 ปี มีโรคประจำตัว เบาหวาน มีปัญหาทางการมองเห็นไม่สามารถประกอบอาชีพได้ อาศัยอยู่กับครอบครัวของสามี พบโดย อสม. ที่ลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยรายอื่น อสม.จึงได้แจ้งผู้ป่วยรายใหม่ที่มีปัญหาซับซ้อนเข้ามาที่ศูนย์บริการสุขภาพเพื่อให้ทีมเวชศาสตร์ครอบครัวลงพื้นที่และดูแลต่อเนื่อง โดยทีมเวชศาสตร์ครอบครัวได้วางแผนการดูแลผู้ป่วย หาแนวทางร่วมโดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ จัดลำดับปัญหาที่ควรแก้ไข ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ให้ความสำคัญกับปัญหาการมองเห็น มีการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาประเด็นโรคเบาหวาน ส่งผู้ป่วยเข้าศึกษาหลักสูตรโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายหลังมีการติดตามการรักษาและรับยาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล

สรุป: การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนควรได้รับการดูแลแบบครอบคลุม กรณีศึกษานี้แสดงบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและบทบาททีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ อีกทั้งยังอาศัยเทคโนโลยีเพื่อการรักษาทางการแพทย์และใช้ศักยภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน แสดงการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน ตาบอด การดูแลแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน บทบาททีมเวชศาสตร์ครอบครัว

CASE REPORT

Case Study: Care of Visually-Impaired Complex Illness Patient with Non-Communicable Disease by Community and Local Public Agency Participatory Model Based on Principles of Family Medicine

Ammara Anurapant, M.D., MRCFPT

Social Medicine Unit, Rayong Hospital in Honor of her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhon, Rayong Province, Thailand

Corresponding author :

Ammara Anurapant, M.D.,
Social Medicine Unit, Rayong
Hospital in Honor of her
Royal Highness Princess Maha
Chakri Sirindhon, 111 Sukhum-
vit Rd, Huai Pong, Mueang
Rayong District, Rayong 21150,
Thailand
Email: janmdcu65@hotmail.
com

Received: August 18, 2024;

Revised: September 23, 2024;

Accepted: October 7, 2024

ABSTRACT

Background: Visual impairment can have a significant impact on a person's well-being and quality of life. Adapting to living with visual impairment, holistic, multidimensional services were needed. This case describes caring for a patient with a complex illness, focusing on community and local public agency participation, including the role of health volunteers.

Case Report: A 32-year-old Thai female patient with diabetes and visual impairment was unable to work, living with her husband's family. The patient was identified by a health volunteer visiting another patient. The health volunteer referred this new complex-illness patient to the health-care team in the Primary Care Unit. This patient required continuous care from the team. The patient and care team were involved in making decisions and prioritizing health problems together. The visual problem was the most concerning, leading to the addition of a rehabilitation course for the blind with support from the local public agency. Afterwards, the care team provided ongoing patient management using telemedicine.

Conclusions: Caring for a complex illness patient requires comprehensive care. This case shows that the role of the Family Physician and multidisciplinary team in the Primary Care Unit improves quality of life and well-being by using technology for proper management. Developing the potential of health volunteers and local public agency support patients can return to a better quality of life, taking care of themselves.

Keywords: diabetes, blind, participatory model, family care team

กรณีศึกษา

ประวัติผู้ป่วย สภาวะโรค และการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผู้ป่วยหญิงอายุ 32 ปี พบโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ เนื่องจาก อสม. เข้าไปติดตามอาการดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งเป็นแม่สามีของผู้ป่วยรายนี้ ทำให้ อสม. ทราบว่าในครอบครัวนี้มีผู้ป่วยตาบอดอาศัยอยู่ด้วย (รูปที่ 1) และขาดการรักษาโรคเบาหวาน เนื่องจากย้ายถิ่นอาศัยและไม่สามารถกลับไปรับยาที่โรงพยาบาลเดิมได้ เนื่องจากปัญหาทางการมองเห็น โดยได้ดูแลประวัติการรักษาจากสมุดประจำตัว รายการยาที่ได้รับล่าสุด เมื่อ 4 เดือนก่อน ได้แก่ metformin (500) ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น glipizide (5) ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น enalapril (5) ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน คม น้ำตาลได้ไม่ดี

พ.ศ. 2566 ตรวจพบ glaucoma และ turn to blindness ในระยะเวลา 1ปี

ปฏิเสธประวัติต่อหิน/ตาบอดในครอบครัว

การประเมินสุขภาพทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และปัจจัยทางสุขภาพ

ตรวจร่างกาย พบว่ามีภาวะอ้วนระดับที่ 1 (ค่าดัชนีมวลกาย 27.05 กก./ม.²) มีปัญหาการมองเห็น ตาบอด

ระดับที่ 4 ไม่พบพยาธิสภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิต ไม่พบแผลตามร่างกาย

พฤติกรรมสุขภาพ ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย

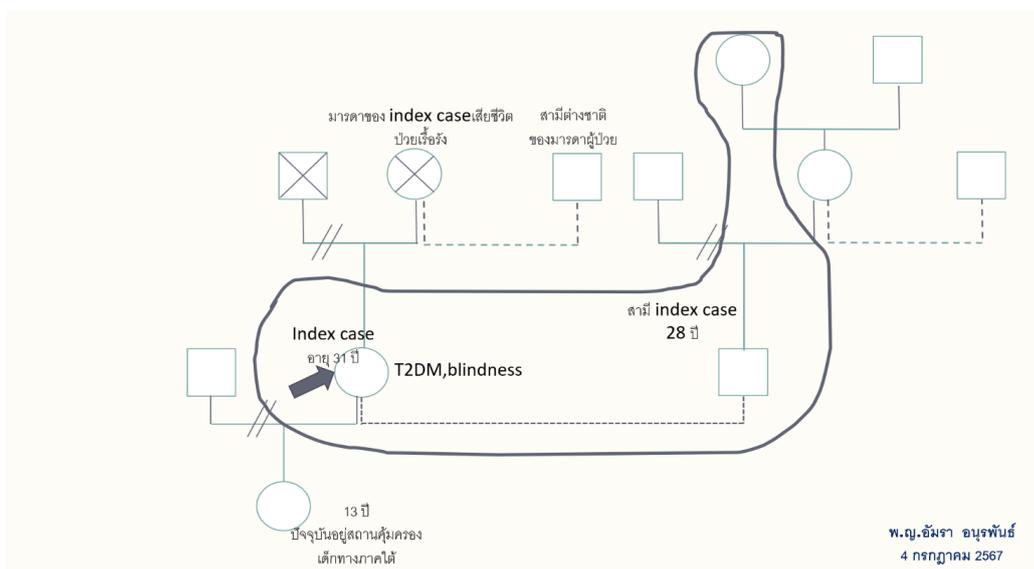
สิทธิการรักษาพยาบาล ประกันสังคม(ทุพพลภาพ)

หน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน ศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดูแลสุขภาพประชาชนครอบคลุม 5 ด้าน การรักษาพยาบาล ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ คุ้มครองผู้บริโภค พื้นที่รับผิดชอบ 3 ชุมชน โดยมีความเข้มแข็งในส่วนของชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. ตลอดจนทีมเจ้าหน้าที่ในศูนย์บริการสาธารณสุข

ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจากศูนย์บริการสาธารณสุข ประธานชุมชน อสม. ผู้ดูแล

กระบวนการ preplanning home visit และ individual care plan

หลังจาก อสม. ได้พบผู้ป่วยในชุมชน ได้แจ้งมายังพยาบาลประจำศูนย์บริการสุขภาพ เพื่อแจ้งปัญหาสุขภาพและประวัติพอสังเขป วางแผนการดูแลรักษา โดยแจ้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อสั่งการรักษา เจาะเลือดประเมินภาวะต่าง ๆ ทางคลินิก โดยแพทย์ได้ส่งยาตามยาเดิมของผู้ป่วยก่อนในครั้งแรก และให้พยาบาลและอสม. นำยาส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง พร้อมทั้งเก็บเลือดส่งตรวจ



รูปที่ 1. แผนผังครอบครัว (family genogram)

ทีมเวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับ อสม. ประจำพื้นที่ได้พูดคุยและวางแผนการรักษา ช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกัน พร้อมทั้งประสานกับทีมพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์

กระบวนการ home visit และ individual care plan ร่วมกับภาคเครือข่าย

กระบวนการครั้งที่ 1

ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด อสม. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และประเมินผู้ป่วยและครอบครัว โดยหลังจากกระบวนการครั้งที่ 1 ได้รับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในศูนย์บริการสาธารณสุข ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ ประสานงานไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (รูปที่ 2)

กระบวนการครั้งที่ 2

ลงเยี่ยมพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มสตรี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รูปที่ 3) เพื่อมอบเงินสนับสนุนและของอุปโภคบริโภค จากนั้นได้พูดคุย เพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยโดยใช้การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประสานประสานชุมชนในการปรับพื้นที่หน้าบ้านที่มีลักษณะต่างระดับ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ วางแผนพูดคุยกันในทีม เรื่องการเสนอผู้ป่วยในการเข้าศึกษาหลักสูตรโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น 2567 (หลักสูตร 120 ชม.) โดยไม่เร่งรัดคำตอบจากผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วยตนเอง

กระบวนการครั้งที่ 3

ลงเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่จากอปท. พมจ. ประธานชุมชน อสม. (รูปที่ 4) ติดตามอาการ การรับประทานยา สอบถามเรื่องการไปศึกษาหลักสูตร



รูปที่ 2. ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ



รูปที่ 3. ลงเยี่ยมพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มสตรี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น 2567 (หลักสูตร 120 ชม.) พบว่าผู้ป่วยมีความสนใจและอยากไปเรียน โดยในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยินดีอำนวยความสะดวกในการเดินทางไปเรียนที่สถาบันราชสุดา และสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการพักและค่าอาหารระหว่างเรียนเป็นระยะเวลา 1 เดือน

กระบวนการครั้งที่ 4

ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาหลักสูตรโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น 2567 (หลักสูตร 120 ชม.) และสำเร็จหลักสูตรโครงการ (รูปที่ 5)

กระบวนการครั้งที่ 5

ติดตามการรักษาโรคเบาหวาน โดยใช้ telemedicine ร่วมในการดูแลผู้ป่วย (รูปที่ 6) เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาทางการมองเห็นทำให้ไม่สามารถเดินทางมาพบแพทย์ที่ศูนย์บริการสุขภาพได้ โดยการใช้ telemedicine ในผู้

ป่วยรายนี้ซึ่งมีปัญหาการมองเห็น ทำให้อสม.มีบทบาทชัดเจนมากขึ้นในการทำงานเป็นสื่อกลางระหว่างทีมแพทย์ครอบครัวและผู้ป่วย ประเมินผลการใช้ telemedicine ด้วยการติดตามการรักษา นับเม็ดยาที่เหลือ ทุก ๆ 2 สัปดาห์ ทวนความเข้าใจในการรับประทานยาและเป้าหมายการรักษาที่ตกลงกับผู้ป่วย

ภาพรวมการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered medicine)¹⁻³

1. Exploring both the disease and the illness experience

การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องบูรณาการเอาตัวตน ประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีต และสภาวะสุขภาพในปัจจุบันของผู้ป่วยเข้ามาด้วย สำหรับการดูแลความเจ็บป่วย สามารถใช้ FIFE question



รูปที่ 4. ลงเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่จากอปท. พมจ. ประชานชุมชน อสม.



รูปที่ 5. ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาหลักสูตรโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น 2567



รูปที่ 6. ติดตามการรักษาโรคเบาหวาน โดยใช้ telemedicine

- ความรู้สึก (feeling) รู้สึกโชคร้ายที่ตาบอดตั้งแต่อายุน้อย แต่ประเมินแล้วผู้ป่วยเริ่มปรับตัวและยอมรับได้
- ความคิด (idea) ความคิด/ความเข้าใจต่อการเจ็บป่วย เข้าใจว่าตาบอดถาวร ไม่สามารถรักษาให้หายได้
- ผลกระทบจากความเจ็บป่วย (function) ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดั้งเดิม ซึ่งก่อนหน้านี้ทำอาชีพเป็นพนักงานในโรงงาน
- ความคาดหวังของผู้ป่วย (expectation) อยากรมีอาชีพที่สามารถทำเองได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย สนใจเรียนคอมพิวเตอร์ หลักสูตรสำหรับคนตาบอดเพื่ออาจจะเป็นประโยชน์ในอนาคตในการประกอบอาชีพ

2. เข้าใจความเป็นคน (understanding the whole person)

การดูแลผู้ป่วย แพทย์ต้องเข้าใจบุคคลและบริบทผู้ป่วย ประวัติชีวิตที่ผ่านมาของผู้ป่วยอาศัยอยู่กับมารดาที่มีสามีใหม่เป็นชาวต่างชาติ โดยผู้ป่วยจบชั้นมัธยมศึกษาและมีบุตรในช่วงอายุประมาณ 20 ปี หลังจากนั้นไม่นานมารดาของผู้ป่วยก็เสียชีวิต หลังจากมารดาเสียชีวิตทำให้มีปัญหาในครอบครัว จนกระทั่งบุตรสาวของผู้ป่วยมีปัญหาและได้รับการดูแลโดยสถานคุ้มครองเด็ก ส่วนตัวผู้ป่วยก็มีปัญหาทางการมองเห็น ท้ายสุดแล้วทำให้ต้องมาอยู่กับสามีคนปัจจุบัน ทำให้ต่อมามีเกิดความกังวลที่จะก้าวสู่โลกภายนอก กลัวว่าสามีจะทิ้งเนื่องจากตนเป็นผู้ป่วยทางการมองเห็น

3. หาแนวทางร่วมรักษา (finding common ground) หลังจากทำความเข้าใจผู้ป่วย แพทย์ต้องร่วมมือกับผู้ป่วย

- ระบุปัญหา (define the problems) และตั้งเป้าหมายและแผนการรักษา (establish goals of treatment and/or management) ปัญหาการมองเห็น เป้าหมายที่ตั้งร่วมกัน คือ สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้ดี และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เวลาออกไปสถานที่ภายนอก โรคเบาหวานตั้งเป้าหมายให้คุมระดับน้ำตาลได้ โดยไม่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงมากกว่าปกติ คุมระดับน้ำตาลโดยตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมกับผู้ป่วย (individualized glycemic control) โดยในผู้ป่วยรายนี้ คำนึงถึงปัจจัยทางครอบครัว สังคม เศรษฐฐานะของผู้ป่วย และปัจจัยทางสุขภาพของผู้ป่วย โดยตั้งเป้าหมายร่วมกันที่ $HbA1c < 8.0\%$ ⁴

- บทบาทของผู้ป่วยและแพทย์ในการดูแลรักษา (identify roles to be assumed by patient and clinician) โดยมีการพูดคุยสม่ำเสมอระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วย ผู้ป่วยกับ อสม. ทีมผู้รักษากับ อสม. โดยวางบทบาทแพทย์ พยาบาล นักกายภาพเป็นผู้ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง ให้ความรู้และสั่งการรักษา แจ้งผลการรักษาตลอดจนผลเลือดของผู้ป่วย อสม. เป็นผู้ติดตามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย การใช้ชีวิต การรับประทานอาหารและอาการผิดปกติในผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำ โดยมีการรายงานอาการและเข้าเยี่ยมอย่างน้อยสัปดาห์

ละ 1 ครั้ง รวมทั้งประสานงานในการดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องตรวจกับแพทย์ผ่าน telemedicine พร้อมส่งนยาไปส่งที่บ้าน ผู้ป่วยมีหน้าที่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ในกรณีมีปัญหาสุขภาพ/อาการผิดปกติ หรือการใช้ยา สามารถแจ้งได้ทั้งทีมผู้รักษาและอสม.ที่เข้าเยี่ยม

4. ป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ (incorporating prevention and health promotion)

- การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การรับประทานอาหารตามหลัก DASH diet⁵ แนะนำโภชนาการเมนูชะลอโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะช่วยลดความดันโลหิตสูงได้ และยังส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองได้ (self care)⁶ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยต้องมีการเรียนรู้ต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

- การป้องกันโรค (disease prevention): individual care plan โดยใช้ตาราง 9 ช่อง ประเด็นเบาหวาน และปัญหาทางการมองเห็น

5. การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (enhancing the patient-doctor relationship)

การสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยสามารถต่อยอดให้การดูแลรักษาในแง่มุมมองต่าง ๆ ประสบความสำเร็จได้มากขึ้น โดยแสดงให้เห็นผู้ป่วยรู้สึกถึงความห่วงใยและมีเมตตา (caring and compassion) โดยเมื่อมีความสัมพันธ์อันดีแล้ว สามารถพูดคุยเพื่อหาเป้าหมายของการรักษาด้วยกันโดยอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง (being realistic)

การมีส่วนร่วมของชุมชน (the community)^{7,8}

การทำงานร่วมกับชุมชน หมายถึง การระดมทรัพยากรที่มีในชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุม จัดการโรคเรื้อรัง สนับสนุนและผลักดันให้เกิดความร่วมมือภายในชุมชน มีการจัดตั้งกลุ่ม/สมาคม/ชมรม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แนวคิดการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model, CCM)⁹ ถือว่าเป็นระบบบริการที่มีคุณภาพ การทำงานร่วมกันทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย ตามนโยบายชุมชนพึ่งพาคนในชุมชน โดยประกอบด้วย เพื่อนบ้าน อสม. บุคลากรสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยปฏิบัติตามหน้าที่ ดังนี้

1. ครอบครัวช่วยดูแลและสนับสนุน (family-care with family support) โดยในผู้ป่วยรายนี้ คนในครอบครัวทำหน้าที่จัดหาอาหาร โดยพยายามเลือกลดหวาน มัน เค็ม ดูแลเรื่องการรับประทานยา และดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน

2. เพื่อนบ้านมีการช่วยเหลือแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (neighborhood with friend-care) โดยในกรณีศึกษาที่เพื่อนบ้าน คือ ประธานชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวก ช่วยปรับพื้นที่บริเวณหน้าบ้านให้เหมาะสมมากขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการลื่นล้ม โดยได้ประสานเพื่อนบ้านที่มีทรัพยากรที่ เพื่อนำมาถนอมบริเวณที่มีน้ำขังหน้าบ้านของผู้ป่วย

3. อาสาสมัครชุมชนมีการทำงานเป็นทีมในชุมชน (health volunteers with community-care team)

ตารางที่ 1. การป้องกันโรค (disease prevention) : individual care plan

	Primary Prevention	Secondary Prevention	Tertiary Prevention
Individual	มีความรู้เรื่องอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	Screening : ไต เท้าเบาหวาน Gait aids คัดกรองภาวะซึมเศร้า	แนวทางการรักษาเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมองตีบ
Family	มีความรู้เรื่องอาหารและการออกกำลังกาย	ปรับภูมิทัศน์ ภายในและนอกบ้าน	การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการมองเห็น
Community	นโยบายส่งเสริมสุขภาพให้คนในชุมชนมี health literacy เรื่องเบาหวาน	ปรับ infrastructure ให้เหมาะสมกับผู้พิการ	ปรับ infrastructure ให้เหมาะสมกับผู้พิการ

โดยอาสาสมัครชุมชนจะได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขให้มีความรู้และทักษะในการดูแลโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยมีการจัดให้ความรู้ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกปี มีการทำงานเป็นทีม การเจาะเลือดคัดกรองเบาหวาน ซึ่งจัดอบรมโดยนักเทคนิคการแพทย์ของโรงพยาบาลแม่ข่าย ลงเยี่ยมและติดตามอาการผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายตามพื้นที่ หากพบว่ามีอาการผิดปกติ หรือมีภาวะฉุกเฉินจะแจ้งมายังหน่วยบริการปฐมภูมิ

4. เจ้าหน้าที่สุขภาพ (health care-team) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข มีหน้าที่ตรวจประเมินร่างกาย เยี่ยมคัดกรองผู้ป่วยเป็นประจำทุกเดือน อบรมให้ความรู้ทั้ง อสม. และประชาชนในพื้นที่ ให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5. การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (local public agency support) ได้แก่ เทศบาลเมือง ดูแลสิ่งแวดล้อม เช่น ถนน น้ำประปา ดูแลความปลอดภัย การกำจัดขยะ ในผู้ป่วยรายที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดรถบริการรับส่งเพื่อไปอบรมหลักสูตรโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเห็น 2567 เนื่องจากรองนายกเทศบาลเมืองได้ลงเยี่ยมผู้ป่วยและเล็งเห็นถึงโอกาสที่ผู้ป่วยควรได้รับเพื่อจะได้นำทักษะมาใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป

วิจารณ์

กรณีศึกษาชี้ให้เห็นว่าการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพมีส่วนช่วยให้การดูแลผู้ป่วยแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางประสบความสำเร็จมากขึ้น ประกอบกับกรณีศึกษานี้แสดงให้เห็นบทบาทของอาสาสมัครชุมชนในแง่การค้นหาผู้ป่วยจากชุมชนเพื่อให้ได้รับการดูแลจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม ทั้งนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นส่วนสำคัญ ในแง่ของการให้บริการมีการแสดงให้เห็นถึงการปรับบริการให้ผู้ป่วยได้รับการผ่านการแพทย์ทางไกล เนื่องจากปัญหาในการเดินทาง โดยใช้ อสม. เป็นสื่อกลางในการให้บริการสุขภาพ ในรายนี้ ได้แก่ การเข้าไปวัดความดัน

โลหิต การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และควบคุมการสื่อสารกับแพทย์ผ่านสมาร์ทโฟน หลังจากได้รับการรักษาและคำแนะนำในการดูแลตนเอง อสม./พยาบาลจะนำไปให้ผู้ป่วยที่บ้านและอธิบายการรับประทานยา อาการที่ต้องสังเกตและแจ้งในกรณีพบความผิดปกติ

ข้อเสนอแนะ

การทำงานเชิงรุกเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบทุกมิติ จะสำเร็จได้ การทำงานร่วมกับชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากแต่ละชุมชนมีบริบทและทรัพยากรที่แตกต่างกันไป จึงเป็นจุดที่ไม่ควรมองข้ามสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการทำความเข้าใจชุมชน ทรัพยากร ปัจจัยสนับสนุนในพื้นที่ ที่สามารถนำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย พร้อมทั้งสร้างความสัมพันธ์อันดีเพื่อเป็นประโยชน์ในการทำงานร่วมกัน

การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล ในผู้พิการไม่เฉพาะทางการแพทย์มองเห็น แต่รวมถึง การได้ยิน การเคลื่อนไหว สติปัญญา การเรียนรู้ ออทิสติก ควรมีการรวบรวมทะเบียนผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่รับบริการ ประสานข้อมูลจาก พมจ. เพื่อจัดทำแผนผังข้อมูลผู้พิการและตำแหน่งที่อยู่อาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือในการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้ง่าย มอบหมายให้ อสม. Care giver ดูแลในกลุ่มผู้พิการ ความสะดวกเพื่อที่จะสามารถใช้บริการระบบการแพทย์ทางไกลได้อย่างผู้ป่วยทั่วไป

Highlight

1. กรณีศึกษานี้สะท้อนบทบาทของเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความซับซ้อนแบบองค์รวมและต่อเนื่อง
2. แสดงให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรท้องถิ่นในการจัดการปัญหาสุขภาพ และข้อจำกัดด้านการมองเห็นในบริบทจริง
3. เป็นตัวอย่างการประยุกต์ใช้ Chronic Care Model ในระดับปฐมภูมิ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความยั่งยืนของการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. David E Weissman. Patient-Centered Interviewing [homepage on the internet].2024 [cited 2024, August 18]. Available from: <https://www.mypcnow.org/fast-fact/patient-centered-interviewing/>
2. กฤษณะ สุวรรณภูมิ. การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2011;3:38-44..
3. Moira Stewart, Judith Belle Brown, W. Wayne Weston, Thomas Freeman, Bridget L. Ryan, Carol L. McWilliam, et al. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. 4th ed. Boca Raton London: CRC Press; 2024. p. 39-152.
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์. 2566.
5. กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. แดชไคเอท บำบัดโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: วี อินดี้ ดีไซน์. 2563.
6. Orem DE. Nursing: concept of practices. 6th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 2001.
7. Thangkratok P, Vararuk A, Silawan T, Piaseu N. Role of nurses in implementing chronic care model in subdistrict health promoting hospital. Science, Engineering and Health Studies. 2019;13:83-92. doi: 10.14456/sehs.2019.9.
8. บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์. 2019;9:113-28.
9. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract. 1998;1:2-4.