

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยการใช้ระบบ โทรเวชกรรมในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลวิเชียรบุรี

นุจรี เสนีรัตน์ พ.บ.

โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ผู้ประสานงาน: นุจรี เสนีรัตน์ E-mail: nutjareesenirat@gmail.com

วันรับ: 4 เม.ย. 2567

วันแก้ไข: 19 ส.ค. 2567

วันตอบรับ: 29 ส.ค. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยการใช้ระบบโทรเวชกรรมในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลวิเชียรบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลวิเชียรบุรี จำนวน 20 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 - ธันวาคม 2566 เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย คือ (1) แบบประเมิน Informant Questionnaire on Cognitive Decline (IQCODE) (2) แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม (3) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย และ (4) แบบตรวจอาการสมองเสื่อม Thai Mental State Examination (TMSE) และประเมินความพึงพอใจต่อการรักษาด้วยการใช้ระบบโทรเวชกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างอาการหลังการรักษา โดยใช้สถิติ paired t-test วัดผลที่ระยะเวลา 0 และ 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 65.0 อายุเฉลี่ย 74.05 (SD=7.91) ปี มีคะแนน IQCODE ก่อนการรักษาเฉลี่ย 4.52 (SD=0.54) คะแนน หลังการรักษาเฉลี่ย 4.06 (SD=0.68) คะแนนการคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม ก่อนการรักษาเฉลี่ย 49.50 (SD=7.77) คะแนน หลังการรักษาเฉลี่ย 43.95 (SD=8.29) คะแนน คุณภาพชีวิตก่อนการรักษาเฉลี่ย 68.8 (SD=9.18) คะแนน หลังการรักษาเฉลี่ย 79.4 (SD=7.28) คะแนนคะแนน TMSE ก่อนการรักษาเฉลี่ย 13.85 (SD=4.64) คะแนน หลังการรักษาเฉลี่ย 16.7 (SD=4.15) คะแนน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี โดยรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างเมื่อแรกเริ่มมีปัญหาภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับหนึ่ง ซึ่งสังเกตได้จากการประเมินภาวะสมอง ในทั้ง 4 ด้าน หลังจากนำระบบโทรเวชกรรมมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้ว 6 เดือน ผู้ป่วยมีแนวโน้มของการดำเนินโรคไปในทิศทางที่ดีขึ้น ตลอดจนผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรับบริการด้วยระบบโทรเวชกรรม

คำสำคัญ: โทรเวชกรรม; โรคสมองเสื่อม; ผู้สูงอายุ**บทนำ**

คาดการณ์ว่าผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 35.6 ล้านคน และอาจมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2573 และ 2593 เป็น 65.7 และ 115.4 ล้านคนตามลำดับ⁽¹⁾ ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์”

(complete aged society) โดยมีประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 12.9 ล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทยนั้นส่งผลกระทบต่อสังคมไทยโดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัญหาที่พบ

ได้บ่อยในผู้สูงอายุ อัตราความชุกจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 5 ปี^(3,4) โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมสูง⁽⁵⁾ สาเหตุของการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็นผลมาจากมีการทำลายของระบบประสาทอย่างถาวร ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางปัญญาบกพร่องโดยไม่สามารถกลับคืนมาได้ ทั้งความจำ พฤติกรรม ความคิด และบุคลิกภาพ ส่งผลให้การทำงานของสมองเสื่อมถอยลงจนทำให้เกิดความผิดปกติของเข่าปัญญา (cognitive function)^(6,7) เมื่อเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจะแสดงอาการในภาพรวม 3 ลักษณะ คือ ความผิดปกติทางด้านความทรงจำ ด้านอารมณ์และพฤติกรรม (behavior) และความผิดปกติในการทำกิจวัตรประจำวัน (activity in daily life) จากข้อมูลของสมาคมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอาการสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 10 และมีแนวโน้มจะพบมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น⁽⁸⁾ อาการของภาวะสมองเสื่อมจะดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไปส่งผลต่อการดำรงชีวิต ได้แก่ ด้านร่างกาย พฤติกรรม จิตใจ สังคมและบทบาทหน้าที่⁽⁹⁾

ผลกระทบดังกล่าวเมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องได้รับการดูแลจากญาติและครอบครัว ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งจะเป็นภาระต่อญาติและครอบครัว ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม คือ ด้านกายภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเครียด ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคม และการดูแลสุขภาพตนเอง ภาวะสมองเสื่อมสามารถป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำ การรับประทานอาหารและยาบางชนิด ควบคู่กับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด ภาวะซึมเศร้า การเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว สังคมและชุมชน⁽¹⁰⁾ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายของการรักษาจึงเป็นการชะลอการดำเนินโรคและรักษาอาการประสาทจิตเวชศาสตร์ เพื่อลดความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้ง

ผู้ป่วยและผู้ดูแล

การรักษาด้วยระบบโทรเวชกรรม เป็นนวัตกรรมที่นำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ในการดูแลสุขภาพเป็นบริการผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ซึ่งผู้ป่วยสามารถพูดคุยกับแพทย์ได้และแพทย์สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้ผ่าน live video มีระบบให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์ผู้ดูแลและพยาบาล เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลและป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย รวมถึงการรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่า คุ้มทุน สามารถเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยอีกด้วย และยังช่วยให้แพทย์สามารถตัดสินใจ ให้การรักษาอาการของผู้ป่วย หรือตัดสินใจให้นำส่งผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย⁽¹¹⁾

สำหรับคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลวิเชียรบุรี เริ่มเปิดให้บริการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน มีจำนวนผู้ป่วยสะสมจนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 22 ราย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล มีฐานะยากจน การเดินทางมารับบริการในแต่ละครั้งทำให้มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ผู้ป่วยบางรายต้องจ้างเหมารถเพื่อมารับบริการ จึงทำให้ไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการ ตรวจรักษาด้วยตนเองที่โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก ซึ่งมีระยะทางห่างจากอำเภอวิเชียรบุรี 200 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 3 ชั่วโมง เมื่อเกิดความไม่สะดวกสบายต่อการเข้ารับบริการ ทำให้ผู้ป่วยไม่มาติดตามการรักษา ผู้ดูแลหรือญาติเห็นว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจนนำไปสู่อาการแทรกซ้อนจากการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อติดตามอาการ คุณภาพชีวิต คะแนน TMSE หลังการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีระบบการติดตามและประเมินอาการ ที่ทันต่อสถานการณ์ เพิ่มโอกาสในการเข้าถึง

บริการ ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่าย ลดข้อจำกัดในการเดินทางมารับการรักษา ผู้วิจัยในฐานะแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จึงสนใจศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยการใช้ระบบโทรเวชกรรม ในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลวิเชียรบุรี เพื่อใช้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการร่วมรักษา โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และนำผลการวิจัยมาพัฒนารูปแบบการป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อม (IQCODE) สมรรถภาพความจำ คุณภาพชีวิต และคะแนน Thai mental state examination (TMSE) ก่อนและหลังการใช้ระบบโทรเวชกรรมในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุในรอบ 6 เดือน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อน - หลัง ประชากร คือ ผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 22 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมและได้รับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลวิเชียรบุรี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) พิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยเอง ลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่มีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 20 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมและได้รับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

2. เป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
3. มีบันทึกข้อมูลการรักษาทางเวชระเบียน/หรือเอกสารที่บันทึกไว้ครบถ้วน

4. ยินดีและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง
5. ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยทุกคนต้องมีผู้ดูแล (care giver) เข้าร่วมรักษา เพื่อช่วยดูแลการใช้ยาและทำกิจกรรมบำบัดต่อที่บ้าน

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีบันทึกทางเวชระเบียนไม่สมบูรณ์หรือสูญหาย

2. เป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีปัญหาในการสื่อสาร
เกณฑ์การหยุดการวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิดประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว โดยข้อคำถามฉบับนี้จะสอบถามจากผู้สูงอายุ

2. แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมิน Informant Questionnaire of Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) โดยข้อคำถามฉบับนี้จะสอบถามจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความบกพร่องทางการรับรู้ในผู้สูงอายุในด้านความจำ สติปัญญาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁽¹²⁾

3. แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุประเมินด้วยตนเอง (self-report questionnaire) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ มีคะแนนเต็มเท่ากับ 56 คะแนน โดยคะแนนที่สูงถือว่ามีความเสี่ยงที่จะมีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น⁽¹³⁾

4. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน เมื่อคะแนน 26-60 คะแนนแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน

แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽¹⁴⁾

5. แบบตรวจอาการสมองเสื่อม (Thai mental state examination: TMSE) เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมวัดเขาวัวปัญญา 6 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ และด้านภาษา มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน โดยคะแนนที่สูงหมายถึง การมีการทำงานของ cognition ที่ดี ถ้าได้น้อยกว่า 24 คะแนน ถือว่ามี cognitive impairment คือ มีความผิดปกติด้านความสามารถของสมองโดยเฉพาะความจำ⁽¹⁵⁾

6. แบบประเมินความพึงพอใจ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย และจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามปลายเปิด 2 ข้อใหญ่ ประกอบด้วย ข้อคำถามการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และทัศนคติต่อการใช้งาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น อาการ การรักษา และการประเมินภาวะสมองเสื่อม แนวคิด ทฤษฎีความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต และการใช้ระบบโทรเวชกรรมในการรักษาจากนั้นเขียนโครงร่างการวิจัย

2. จัดทำหนังสือขออนุญาตถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิเชียรบุรี เพื่อเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยอาการของภาวะสมองเสื่อม ณ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ช่วงระยะเวลา ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2566 จากข้อมูลเวชระเบียนและ/หรือเอกสารที่บันทึกไว้

3. ส่งเอกสารขอรับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

4. คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยตามคุณสมบัติและเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยที่กำหนดไว้

5. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแล อธิบายข้อมูลการวิจัยอย่างละเอียดกับกลุ่มตัวอย่างรวมถึงผู้ดูแล และให้สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายถึงวิธีการเก็บข้อมูลจนเข้าใจและอธิบายว่าข้อมูลดังกล่าวที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอม ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูลจากเวชระเบียน/หรือเอกสารที่บันทึกไว้

6. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นข้อมูลก่อนการรักษา ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยกำหนด ณ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี

7. ให้การรักษาด้วยการใช้ระบบโทรเวชกรรม โดยการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะในการดูแลรักษา โดยมีการติดตาม กำกับ และเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยจนครบ 6 เดือน ผ่านทางโทรศัพท์มือถือและ video conference อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งจากผู้วิจัย ก่อนที่จะถึงกำหนดการรักษาพยาบาลจากคลินิกจะทำการโทรศัพท์แจ้งผู้ป่วยและผู้ดูแลล่วงหน้า

8. เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ภายหลังจากให้การดูแลรักษาผู้ป่วยผ่านทางระบบโทรเวชกรรมครบแล้ว 6 เดือน ด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนด

9. วิเคราะห์ผล แปลผล และสรุปผลการวิจัย โดยผู้วิจัยใช้ระยะเวลาวางแผนการวิจัยจนถึงเก็บข้อมูลแล้วเสร็จ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างเปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อม (IQCODE) สมรรถภาพความจำ คุณภาพชีวิต และคะแนน Thai mental state examination (TMSE) ก่อนและหลังการใช้ระบบโทรเวชกรรมในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุ ระยะก่อนและหลังการทดลอง ที่ 0 และ 6 เดือน โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที่แบบจับคู่ (paired t-test)

3. ทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย สถิติ Kolmogorov-Smirnov test

4. วิเคราะห์ข้อมูลประเมินความพึงพอใจภายหลังการรักษา ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เอกสารรับรองเลขที่ IEC-049-2567 รหัสโครงการ 048-2567 ผ่านการพิจารณาแบบเต็มรูปแบบ (Full board) วันที่รับรอง 2 กุมภาพันธ์ 2567 วันหมดอายุ 1 กุมภาพันธ์ 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้นโดยนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.0 และเพศหญิง

จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.0 มีอายุเฉลี่ย 74.05 ปี (SD=7.91) อายุต่ำสุด 62 ปี และมากที่สุด 95 ปี ผู้ป่วยทุกรายสมรสแล้ว และทุกรายมีผู้ดูแลที่บ้าน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.0 และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.0 (ตารางที่ 1)

2. การเปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อม (IQCODE) สมรรถภาพความจำ คุณภาพชีวิต และคะแนน TMSE ก่อนและหลังการใช้ระบบโทรเวชกรรมในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลวิเชียรบุรีในรอบ 6 เดือน

ผลการประเมินพบว่าการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (IQCODE) ก่อนการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 4.52 คะแนน (SD=0.54) และหลังการวิจัยเฉลี่ย 4.06 คะแนน (SD=0.68) จะเห็นได้ว่าเมื่อให้การรักษาครบ 6 เดือนแล้วนั้น คะแนนเฉลี่ย IQCODE ของกลุ่มตัวอย่างลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความจำ สถิติปัญญา และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นกว่าก่อนการรักษา ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 ($p < 0.05$)

3. การคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย (n=20)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	13	65.0
	หญิง	7	35.0
อายุ (ปี)	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	74.05+7.91	
สถานภาพ	สมรส	20	100.0
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	5	25.0
	ประถมศึกษา	12	60.0
	มัธยมศึกษาตอนต้น	2	10.0
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	0	0
	ปริญญาตรี	1	5.0
อาชีพ	รับจ้างทั่วไป	13	65.0
	ค้าขาย	6	30.0
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5.0

ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยการใช้ระบบโทรเวชกรรมในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลวิเชียรบุรี

ผลการประเมินพบว่า ก่อนการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 49.50 คะแนน (SD=7.77) อธิบายว่าสมรรถภาพทางสมองของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ควรพบแพทย์ และหลังการวิจัยเฉลี่ย 43.95 คะแนน (SD=8.29) ซึ่งอธิบายได้ว่าสมรรถภาพทางสมองดีขึ้นแต่ยังคงต้องพบแพทย์เพื่อทำการรักษา ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4. การวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม 4 ด้าน

ผลการวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI

1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของ โดยก่อนการรักษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 16.75 คะแนน (SD=3.58) และหลังการรักษาเฉลี่ย 19.80 คะแนน (SD=3.12) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง โดยก่อนการรักษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 15.85 คะแนน (SD=2.92) และหลังการรักษาเฉลี่ย 18.80 คะแนน (SD=1.79) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น โดย

ก่อนการรักษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 7.85 คะแนน (SD=1.04) และหลังการรักษาเฉลี่ย 10.80 คะแนน (SD=1.32) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต โดยก่อนการรักษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 22.10 คะแนน (SD=2.93) และหลังการรักษาเฉลี่ย 25.35 คะแนน (SD=2.79) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อแปลผลคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าก่อนการรักษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย 68.80 คะแนน (SD=9.18) อธิบายได้ว่ามีคุณภาพชีวิตกลางๆ และหลังการรักษาเฉลี่ย 79.40 คะแนน (SD=7.28) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่ยังคงมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับกลาง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

5. การประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE) พบว่า ก่อนการรักษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนน TMSE เฉลี่ย 13.85 คะแนน (SD=4.64) และหลังการรักษาเฉลี่ย 16.70 (SD=4.15) คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ภาวะสมองเสื่อม (IQCODE) สมรรถภาพความจำ คุณภาพชีวิต และคะแนน Thai mental state examination (TMSE) ก่อนและหลังการรักษาด้วยระบบโทรเวชกรรมในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี

รายการประเมิน	ก่อนการรักษาระยะเวลาที่ 0 เดือน		หลังการรักษา ระยะเวลาที่ 6 เดือน		p-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
คะแนนรวม IQCODE	36.15	4.34	32.50	5.42	0.003*
คะแนนเฉลี่ย IQCODE	4.52	0.54	4.06	0.68	0.003*
คะแนนคัดกรองสมรรถภาพความจำ	49.50	7.76	43.95	8.29	<0.001*
คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม	68.80	9.18	79.40	7.28	<0.001*
คะแนนเฉลี่ย TMSE	13.85	4.64	16.70	4.15	<0.001*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

6. การประเมินความพึงพอใจต่อการรักษาหลังการ รักษาด้วยการใช้ระบบโทรเวชกรรม แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

6.1) การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน จำนวน 3 ข้อ พบว่า ร้อยละ 100 คิดว่าสามารถใช้บริการโทร เวชกรรม เพื่อรับบริการตรวจกับแพทย์ได้ไม่ยุ่งยาก เรียนรู้การใช้งานได้ง่าย และคิดว่าการใช้งานในภาพรวมมีความสะดวก สบาย

6.2) ทศนคติต่อการใช้งาน Telemedicine จำนวน 6 ข้อ พบว่า ร้อยละ 100 ชอบใช้บริการโทรเวชกรรมของ โรงพยาบาลวิเชียรบุรีมากกว่าไปตรวจกับแพทย์โรง

พยาบาลจิตเวชพิษณุโลก ซึ่งทำให้ผิมนั้นน้อยลง และรู้สึก สบายใจเมื่อใช้บริการ ร้อยละ 90 ไม่คิดว่าการไปตรวจ กับแพทย์ที่โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลกจะดีกว่าการใช้ บริการโทรเวชกรรมของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี และร้อยละ 80 คิดว่าการใช้บริการโทรเวชกรรมของโรงพยาบาล วิเชียรบุรี มีความสะดวกมากกว่าการเดินทางไกล เพื่อไป ตรวจที่โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก และอยากใช้บริการ โทรเวชกรรมของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี เพื่อประหยัดเวลา ในการเดินทาง (แสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการรักษาด้วยการใช้ระบบโทรเวชกรรม

หัวข้อประเมิน	ใช่		ไม่ใช่		ไม่แน่ใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน Telemedicine						
1.1 ท่านสามารถใช้บริการโทร เวชกรรมของโรงพยาบาลวิเชียรบุรีเพื่อรับบริการตรวจ กับแพทย์ได้ง่ายไม่ยุ่งยาก	20	100	0	0	0	0
1.2 ท่านสามารถเรียนรู้การใช้งาน บริการโทรเวชกรรมของโรงพยาบาลวิเชียรบุรีได้ง่าย	20	100	0	0	0	0
1.3 ในภาพรวมท่านคิดว่าการใช้ งานบริการโทรเวชกรรมของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี มีความสะดวกสบาย	20	100	0	0	0	0
2. ทศนคติต่อการใช้งาน Telemedicine						
2.1 ท่านชอบไปตรวจกับแพทย์โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลกมากกว่าใช้บริการโทรเวชกรรม ของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี	0	0	20	100	0	0
2.2 ท่านคิดว่าการไปตรวจกับแพทย์ที่โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลกจะมีผลการรักษาที่ดีกว่า การใช้บริการโทรเวชกรรมของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี	0	0	18	90	2	10
2.3 ท่านคิดว่าการใช้โทรเวชกรรม ของโรงพยาบาลวิเชียรบุรีมีความสะดวกมากกว่า การเดินทางไกล เพื่อไปตรวจที่โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก	16	80	0	0	4	20
2.4 ท่านอยากใช้บริการโทรเวชกรรมของโรงพยาบาลวิเชียรบุรีเพื่อประหยัดเวลาในการเดินทาง	16	80	0	0	4	20
2.5 ท่านคิดว่าบริการโทรเวชกรรม ของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี จะทำให้ท่านผิมนั้นน้อยลง	20	100	0	0	0	0
2.6 ท่านรู้สึกสบายใจเมื่อใช้บริการ โทรเวชกรรมของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี	20	100	0	0	0	0

วิจารณ์

จากการศึกษากลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี โดยรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างเมื่อ แรกเริ่มมีปัญหาภาวะสมองเสื่อมอยู่ในระดับหนึ่ง ซึ่ง สังเกตได้จากการประเมินภาวะสมองในทั้ง 4 ด้าน หลัง จากนำระบบโทรเวชกรรมมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มี

ภาวะสมองเสื่อมแล้ว 6 เดือน ผู้ป่วย มีแนวโน้มของการ ดำเนินโรคไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ยังไม่ถึงกับยกระดับให้ ผู้ป่วยอยู่ในระดับปกติได้ เมื่อประเมินความพึงพอใจต่อ การรักษาทั้งในด้านการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน กลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมดคิดว่าเป็นระบบที่สามารถเรียนรู้ การใช้งานได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ซึ่งโดยรวมแล้วคิดว่ามีความสะดวก

สบาย และในด้านทัศนคติต่อการใช้งาน กลุ่มตัวอย่างคิดว่า การรับบริการโทรเวชกรรมที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรี มีความสะดวกสบาย ไม่ต้องเดินทางไกลเพื่อไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก ทำให้ประหยัดเวลาในการเดินทาง ผิดนัดน้อยลง และมีความสบายใจขณะรับบริการ สรุปได้ว่าการรักษาด้วยการใช้ระบบโทรเวชกรรมเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล ตลอดจนผู้ให้บริการ สามารถนำมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและลดความเหลื่อมล้ำในระบบสาธารณสุข อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่าย ประหยัดเวลาในการเดินทางไปรับการรักษาโรงพยาบาล ลดการรอคอย ลดความแออัดภายในโรงพยาบาล และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการ

1. แนวคิดและนโยบายการนำเทคโนโลยีโทรเวชกรรม เริ่มมีการนำมาใช้ตั้งแต่ในปี ค.ศ. 1960 จากแรงผลักดันทางการทหารและเทคโนโลยีทางอวกาศของประเทศสหรัฐอเมริกา ใช้ในการปรึกษากันระหว่างจิตแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ต่อมาได้มีการนำระบบดังกล่าวมาใช้ทั่วโลกโดยเฉพาะในช่วงที่เปลี่ยนผ่านจากยุคอนาล็อก (analog) เข้าสู่ยุคดิจิทัล (digital)⁽¹⁶⁾ ประเทศไทยได้นำระบบโทรเวชกรรมมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยช่วงระบาดของโควิด 19 โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้พยายามผลักดันการนำระบบโทรเวชกรรมมาใช้ในโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มมากขึ้น โดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรทองสามารถเข้ารับบริการแบบ telemedicine กับโรงพยาบาลได้⁽¹⁷⁾ จากการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานบริการปฐมภูมิและนวัตกรรมบริการ ปีงบประมาณ 2567 ของ สปสช. เรื่องบริการการแพทย์ทางไกล telehealth/telemedicine ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เน้นการบริการที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง⁽¹⁸⁾

ปัจจุบันการบริการการแพทย์ทางไกลได้เป็นหนึ่งในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้จังหวัดมีการบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนดในปี 2566⁽¹⁹⁾ ระบบโทรเวชกรรมแบ่งออกเป็น 3 ประเภทหลัก ตามลักษณะการรับส่งข้อมูล ดังนี้

1. Store-and-forward telemedicine (asynchronous)
2. Remote monitoring telemedicine หรือ self-monitoring/testing
3. Interactive telemedicine

สำหรับงานวิจัยนี้เป็นประเภทที่ 3 ซึ่งเป็นการพูดคุยผ่านทางโทรศัพท์ หรือการสื่อสารผ่านระบบ video conference ที่สามารถเห็นหน้าคู่สนทนาทั้งสองฝ่ายได้⁽²⁰⁾

2. การประเมินผลการรักษาเพื่อเปรียบเทียบภาวะสมองเสื่อม IQCODE สมรรถภาพความจำ คุณภาพชีวิต และคะแนน Thai mental state examination (TMSE) ก่อนและหลังการใช้ระบบโทรเวชกรรมในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุในรอบ 6 เดือน

การประเมินภาวะสมองเสื่อมจากแบบประเมิน IQCODE พบว่า ก่อนการวิจัยผู้ป่วยมีคะแนนแตกต่างจากหลังการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ การศึกษาวิจัยเรื่องความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น ได้นำเครื่องมือ IQCODE มาใช้เก็บข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน 268 คน พบว่า การใช้เครื่องมือ IQCODE เฉพาะเครื่องมือเดียวพบผู้สูงอายุสงสัยมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 25.4 (95%CI= 20.3-31.0)⁽²¹⁾

การคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม พบว่าก่อนการวิจัยมีคะแนนสูงกว่าหลังการวิจัยซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้มีผู้ทำการศึกษการพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับใช้ในการคัดกรองสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทยไว้ก่อนหน้า พบว่า แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม เป็นเครื่องมือคัดกรองที่สามารถนำมาช่วยในการวินิจฉัยของแพทย์ควบคู่ไปกับอาการและการแสดงทางคลินิกได้ โดยมีค่าความไว ความจำเพาะ ค่าพยากรณ์บวก และค่าพยากรณ์ลบที่ยอมรับได้⁽²²⁾

การวัดคุณภาพชีวิต ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย พบว่า ภายหลัง

การวิจัยผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยงานวิจัยนี้ได้ใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อม โดยศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสมองเสื่อม (quality of life in elderly with dementia: QOL-ED)⁽²³⁾ และปัจจุบันได้มีการศึกษาผลของโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ด้วยการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHO-BREF-THAI) ซึ่งเป็นการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าและมีความรู้สึกเป็นภาระที่มากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁴⁾

การประเมิน TMSE ซึ่งใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า หลังการวิจัยผู้ป่วยมีคะแนน TMSE เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ได้ทำการสำรวจและคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จำนวน 109 คน โดยใช้แบบประเมิน TMSE พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากถึงร้อยละ 56.88⁽²⁵⁾ และเช่นเดียวกันกับผลการรักษาโรคสมองเสื่อมเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยมีการติดตามอาการด้าน cognition ที่ 6 เดือน ด้วยการที่ใช้แบบประเมิน TMSE⁽²⁶⁾

3. ผลการศึกษาที่ได้มีความคล้ายคลึงหรือแตกต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ ดังนี้

ข้อมูลในการรักษาโรคสมองเสื่อมให้หายขาดนั้นยังไม่มีวิธีการที่ชัดเจน มีเพียงแต่ข้อมูลในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของสมองเท่านั้น จึงมีการศึกษาวิจัยหลากหลายรูปแบบเพื่อใช้เป็นข้อมูลหรือ

แนวทางการรักษา การป้องกัน และการฟื้นฟูอาการของโรคให้ผู้ป่วยกลับคืนมาใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด ปัจจุบันได้มีการนำระบบโทรเวชกรรมเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดการรอคอย ลดความแออัดในโรงพยาบาล

ผลที่ได้จากการศึกษานี้ได้ประเมินภาวะสมองในทั้ง 4 ด้าน หลังจากนำระบบโทรเวชกรรมมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมแล้ว 6 เดือน ผู้ป่วยมีแนวโน้มของการดำเนินโรคไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ยังไม่ถึงกับยกระดับให้ผู้ป่วยอยู่ในระดับปกติได้ การศึกษาการนำระบบโทรเวชกรรมมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจากงานวิจัยอื่น เช่น การศึกษาประสิทธิภาพของการนำ telehealth มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม จำนวน 19 ราย พบว่า ระบบส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและช่วยเพิ่มความสามารถในการรับรู้ของผู้ดูแล โดยสามารถใช้เป็นผลการศึกษาเป็นหลักฐานยืนยันประสิทธิภาพของการใช้ telehealth สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมรวมถึงผู้ดูแลได้ ทั้งในบริบทเชิงสถานที่ที่ใช้ดูแลผู้ป่วยแบบระยะยาว หรือที่บ้าน⁽²⁷⁾

สำหรับการนำระบบไปใช้ในการรักษาโรคอื่น ๆ เช่น การศึกษาผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านผ่านระบบการแพทย์-ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ผู้ป่วยมีอาการบรรเทาความไม่สุขสบายลงหลังจากที่ได้รับการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกล⁽²⁸⁾ การศึกษาผลของการใช้ telehealth ดูแลผู้ป่วยบาดแผลเรื้อรังในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 พบว่าคะแนนการฟื้นฟูของบาดแผลดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มการสมานบาดแผล ไม่เกิดการติดเชื้อซ้ำซ้อน ในขณะที่ได้รับการดูแลผ่านรูปแบบ telehealth⁽²⁹⁾

ด้านการวัดความพึงพอใจต่อการรับบริการโทรเวชกรรม จากงานวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คิดว่าเป็นระบบโทรเวชกรรมใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก สามารถเรียนรู้การใช้งานได้ง่าย ซึ่งโดยรวมแล้วคิดว่ามีความสะดวกสบาย และเมื่อสอบถามทัศนคติต่อการใช้งาน กลุ่ม-

ตัวอย่างคิดว่า การรับบริการโทรเวชกรรม ที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรี มีความสะดวกสบาย ไม่ต้องเดินทางไกลเพื่อไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก ทำให้ประหยัดเวลาในการเดินทาง ทำให้ผิคนัดน้อยลง และมีความสบายใจขณะรับบริการ เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกลร่วมกับเครือข่ายสุขภาพที่พัฒนาขึ้นพบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด รวมไปถึงการสื่อสารระหว่างแพทย์กับทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายสุขภาพเป็นไปด้วยความสะดวกทันสถานการณ์ สามารถวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น⁽³⁰⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พบว่า แม้ว่าต้นทุนทางการแพทย์และการพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล และระยะเวลาให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์จะสูงกว่าการดูแลตามปกติ แต่ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ ระยะเวลาเดินทางและระยะเวลาการเข้ารับบริการของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง ทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบการแพทย์ทางไกลอยู่ในระดับมาก การนำระบบมาใช้กับสถานการณ์ในปัจจุบันซึ่งถือว่าเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้รับบริการในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ อีกทั้งยังช่วยลดขั้นตอนกระบวนการทำงาน ลดความแออัด พัฒนาระบบการสื่อสารและการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ลดระยะเวลาในการเดินทางของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลและลดเวลารอคอยพบแพทย์ อีกทั้งยังลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ⁽³¹⁾ สามารถให้บริการในพื้นที่ชนบทห่างไกล ประชาชนชนบทสามารถเข้าถึงได้อย่างเสมอภาคและรวดเร็ว ทันเวลา และได้รับการที่มีคุณภาพเท่าเทียมกับประชาชนในเขตเมือง⁽³²⁾

ข้อจำกัดในการวิจัย

จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย เนื่องด้วยคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี เปิดทำการรักษายังไม่นาน การที่จะวิเคราะห์ผลการรักษาด้วยระบบโทรเวชกรรม อาจไม่

สามารถเป็นตัวแทนในการอ้างอิงประชากรกลุ่มใหญ่ได้ ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้ต้องศึกษาเพิ่มเติมให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติควรนำระบบบริการโทรเวชกรรมไปใช้เพื่อช่วยแก้ปัญหาและลดความเหลื่อมล้ำ การบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์
2. ผู้ปฏิบัติสามารถนำข้อมูลการวิจัยไปวางระบบการให้บริการผู้ป่วยในกลุ่มโรคอื่น ๆ ได้ เพื่อเป็นการติดตามผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดการรักษา ขาดยา และการดำเนินโรคไม่ตีเท่าที่ควร
3. ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารและชี้แจงประโยชน์ของระบบโทรเวชกรรมให้ผู้ป่วยหรือประชาชนได้รับรู้ เพื่อส่งเสริมการใช้ระบบบริการโทรเวชกรรมให้มากขึ้นเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยด้านการใช้ระบบโทรเวชกรรมเพื่อการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ
2. ควรพัฒนาระบบโทรเวชกรรมที่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงและใช้งานระบบผ่านโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์สื่อสาร โดยไม่ต้องติดตั้งอุปกรณ์อื่นเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. อาทิตยา สุวรรณ. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(1):6-15.
2. ศุภิตา ชนวนัน, กาญจนา เทียนฉาย, วิชาญ ชูรัตน์, ปัทมวัฒน์ เกื้อนกลิ่น, สิทธิชาติ สมตา. Research Brief การเข้าถึงระบบบริการทางสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกัน เพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.

3. ทศนีย์ ดันติฤทธิศักดิ์, บรรณาธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส; 2557.
4. Akter SFU, Rani MFA, Nordin MS, Rahman J Ab, Aris MAB, Rathor MY. Dementia: Prevalence and risk factors. International Review of Social sciences and Humanities 2012;2(2):176-84.
5. ชวนนท์ อิมอาบ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางปัญญาในผู้สูงอายุ อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(5):782-91.
6. Dekhtyar S, Wang HX, Scott K, Goodman A, Koupil I, Herlitz A. A Life-Course Study of Cognitive Reserve in Dementia--From Childhood to Old Age. Am J Geriatr Psychiatry 2015;23(9):885-96.
7. วัลลภา อันทารา, อุบลรัตน์ สิงหเสนี, ปัทมา วงศ์นิธิกุล. การศึกษาภาวะสมองเสื่อมความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคสมองเสื่อมและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. วารสารพยาบาลตำรวจ 2559;8(1):23-33.
8. ศิริมา เขมะเพชร, รจนาถ หอมดี. การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลตำรวจ 2563; 12(2):457-63.
9. ณัฐรพี ใจงาม. รูปแบบการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนเขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร: รายงานการวิจัย. [ม.ป.ท.]: มหาวิทยาลัยสวนดุสิต; 2561.
10. อภิญญา จินานุรักษ์. การวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหนองหอย อำเภอเมืองเชียงใหม่. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
11. Wootton R. Recent advance: telemedicine. BMJ 2001;323(7312):557-60.
12. Jorm AF. A short form of the informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE): development and cross-validation. Psychol Med 1994; 24(1):145-53.
13. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร. กรุงเทพมหานคร: ไชเบอร์พรีนซ์กรุ๊ป; 2562.
14. Mahat Nirankun S, Tantiphiwattanakun W, Phumphaisanchai W, Wongsuwan K, Pornma-nachirangkun R. Compare World Health Organization quality of life test Set of 100 indicators and 26 indicators. Chiang Mai: Suan Prung Hospital Research; 1997.
15. สุธาดา รัตติธนาธร, พาวุฒิ เมฆวิชัย. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับยารักษาอาการทางจิตประสาทในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิตประสาท. เวชสารโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา 2558;37(1):23-30.
16. Ryu S. Telemedicine: Opportunities and Developments in Member States: Report on the Second Global Survey on eHealth 2009 (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2). Healthc Inform Res 2012; 18(2):153-5.
17. CIM Conference Inspiration Mastery. Health tech: Telemedicine การแพทย์ทางไกล...จบโควิดยังบูมได้ต่อใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ส.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://cimjournal.com/special-articles/health-telemedicine/>.
18. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง. บริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ (PHC) งบบริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว ปีงบประมาณ 2567. ใน: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานบริการปฐมภูมิและนวัตกรรมบริการ ปีงบประมาณ 2567; วันที่ 19 ธันวาคม 2566; ณ ห้องประชุมสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 6 ระยอง. ระยอง: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2566. หน้า 3-9.
19. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข .ตัวชี้วัด : จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด (Telemedicine) ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ส.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://ict.moph.go.th/th/extension/1168>.

20. News Medical Life Sciences. Types of Telemedicine [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ส.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.news-medical.net/health/Types-of-Telemedicine.aspx>.
21. นฤบดีนทร์ รอดปั้น, ศิราณี ศรีหาภาค, ละมุล เกษสาคร, กฤษณาวรรณ เพ็ญสุพรรณ, อริชรา โพธิ์มา. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2567;18(2):459-72.
22. อรรวรรณ์ คูหา, พิมพ์นารา ดวงดี, ดาวชมพู นาคะวิโร, จารุณี วิทยาจักษ์, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, นัตตา คำนิยม. รายงานผลการศึกษาระดับสมบูรณ การพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการคัดกรองสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์; 2021.
23. ภาวดี เหมทานนท์, นพรัตน์ ไชยขานี, สมสุข สมมะลวน, กสินศักดิ์ สุวรรณโชติ, วิภาวรรณ ช่อม เพ็ญสุขสันต์. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2565; 36(3):141-56.
24. ดุจปรารธนา พิศาลสารกิจ, ปิติพร สิริทิพากร, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ผลของโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563;38(2): 63-72.
25. วนิตา ศรีวรกุล, พรทรัพย์ ศรีนวลนัต, ประภาพรณ สุคนธ-จิตต์, พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถุขต์, ดอนนา ฮัตเตลสตัน. การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารทหารบก 2563;21(3):243-51.
26. ธรรมนาด เจริญบุญ. ผลการรักษาโรคสมองเสื่อมเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิม-พระเกียรติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557;59(3):313-22.
27. Saragih ID, Tonapa SI, Porta CM, Lee BO. Effects of telehealth intervention for people with dementia and their carers: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. J Nurs Scholarsh 2022; 54(6):704-19.
28. แพงเพชร ศรีบุญลือ, ปารีชาติ เพ็ญสุพรรณ, ณิชชญา บัวละคร, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. ผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านผ่านระบบการแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: การศึกษาย้อนหลัง. ศรีนครินทร์เวชสาร 2565; 37(1):76-81.
29. พิรลักษ์ณ์ ลากหลาย, มารศรี ปิ่นสุวรรณ. การใช้ Telehealth ดูแลผู้ป่วยบาดแผลเรื้อรังในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2564;38(3):304-13.
30. ปรีดา ชุนณรงค์, สายสุนีย์ หวังจิตร. การพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้ระบบการแพทย์-ทางไกลร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง. พัทลุง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง; 2566.
31. ดาราวรรณ รongเมือง, อินทรา สุขรุ่งเรือง, สราพร มัทยาท, ภัทรพงศ์ อุดมพัฒน์, อติญาณ์ ศรเกษตริน, สุทธนันท์ กัลป์กะ และคณะ. การพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง บทเรียนจากระบาดโควิด-19. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(1): 108-27.
32. วิภาวัญย์ อรรณพพรชัย, ชวภณ กิจหิรัญกุล. การประยุกต์ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางไกลชนบท. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2564; 7(3):258-71.

Effect of Treatment for Dementia Patients Using Telemedicine in Elderly Clinic at Wichianburi Hospital

Nutjaree Senirat, M.D.

Wichianburi Hospital, Phetchabun Province, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2024;33(Suppl 2):S332-S344.

Corresponding author: Nutjaree Senirat, Email: nutjareesenirat@gmail.com

Abstract: This study aimed to report the result of treatment for dementia patients with telemedicine in Elderly Clinic at Wichianburi Hospital. Samples were 20 patients with dementia who received treatment in the Elderly Clinic. Data were collected between August 2022 and December 2023. The research instruments included (1) Informant Questionnaire on Cognitive Decline (IQCODE), (2) 14 questions items, (3) WHOQOL-BREF-Thai questionnaire, and (4) Thai Mental State Examination (TMSE). Satisfaction assessment was performed through telemedicine treatment. Data were analyzed descriptively using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation; and analyzing differences in symptoms after treatment by paired t-test statistics at 0 and 6 months. The research results revealed that most patients were male, 65.0%, with the mean age of 74.05 years (SD=7.91). The mean IQCODE before treatment was 4.52 (SD=0.54) and after treatment 4.06 (SD=0.68). The mean for 14 questions-item results before treatment was 49.50 (SD=7.77) and after treatment 43.95 (SD=8.29). The WHOQOL-BREF-Thai before treatment mean average was 68.8 (SD=9.18) and after mean average was 79.4 (SD=7.28), TMSE before treatment mean averaged 13.85 (SD=4.64) and after mean averaged 16.7 (SD=4.15). The study results revealed that the elderly patients had some degree of dementia at first admission. This could be observed from the assessment of brain status in all 4 areas. After using the telemedicine system to treat the patients for 6 months, there was a tendency of improvement among them. In addition, the patients were satisfied with the services provided through the telemedicine system.

Keywords: telemedicine; dementia; elderly