

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาโรคเรื้อรัง ซับซ้อนที่ศูนย์ชีวิตนันทโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

อัญชลี อังศรรมรัตน์^{1*}, สมใจ รัตนศรีทอง²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

²ศูนย์ชีวิตนันทโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

Factors that Correlated to Success in Complicated Chronic Diseases Care in Elder at Chiwanan Center, Sawanpracharak Hospital

Aunchalee Aungsathammarat^{1*}, Somjai Rattanasrithong²

¹Pharmacy Department, Sawanpracharak Hospital

²Chiwanan center, Sawanpracharak Hospital, NakhonSawan

หลักการและวัตถุประสงค์: จากรายงานการรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังซับซ้อนรักษาพยาบาลจำนวน 610 ราย ระหว่าง 15 พฤศจิกายน 2555-31 กรกฎาคม 2558 สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ 237 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.85 ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการควบคุมโรคในผู้ป่วยสูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรังซับซ้อนรักษาพยาบาล

วิธีการศึกษา: ศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) ในผู้ป่วยที่รับการรักษา ระหว่าง 1 สิงหาคม 2558-31 กรกฎาคม 2560 โดยศึกษาจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ เยี่ยมบ้าน หรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์โดยสุ่มตัวอย่างจากผู้เข้ารับบริการ 408 ราย

ผลการศึกษา: ผู้สูงอายุที่สุ่มศึกษา 199 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 75 ราย ความดันโลหิตสูง 63 ราย ภาวะไขมันในเลือดสูง 56 ราย และภาวะโรคอื่นๆ 5 ราย ปัจจัยสำคัญในผู้ป่วยที่ควบคุมได้สำเร็จคือ การมีผู้ดูแลใกล้ชิด มีอัตราส่วนแอดมิตต่อ 5.0 (OR 5.0, 95% CI 3.2-7.8) ความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยในการศึกษาข้อมูลโรคและยา มีอัตราส่วนแอดมิตต่อ 4.7 (OR 4.7, 95% CI 2.7-8.0) และการเก็บรักษาถูกต้องมีอัตราส่วนแอดมิตต่อ 2.5 (OR 2.5, 95%CI 1.6-4.0)

สรุป: ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการควบคุมโรคได้สำเร็จคือการมีผู้ดูแลใกล้ชิด การศึกษาภาวะของโรครวมถึงยาที่ผู้ป่วยใช้ และการเก็บรักษาถูกต้อง

Background and Objective: Initial data from 15th November 2012 to 31st July 2015 indicated that there were 610 patients diagnosed with complicated non communicable diseases (NCDs), with 237 patients-accounting for 38.85 percent-whose NCD can be controlled to specific criteria. This study aimed to evaluate the factors leading to successful control of NCDs.

Methods: This was a descriptive study in patients treated during 1st August 2015 to 31st July 2017. Randomized studying 408 patient records and interviewing-both over the phone and in person during home visiting.

Results: Random 199 patients there were diabetes mellitus 75 patients, hypertension 63 patients, dyslipidemia 56 patients and miscellaneous 5 patients. The three largest factors leading to successful control of NCDs were close care of the patient (OR 5.0, 95%CI 3.2-7.8), patient knowledge and outlook in studying the disease and medicine (OR 4.7, 95%CI 2.7-8.0), and proper storage of medicine (OR 2.5, 95%CI 1.6 - 4.0).

Conclusion: Three factors leading to successful control of NCDs are close care of the patient, patient's knowledge and study in diseases and medication, and proper storage of medicine.

Keywords: Elder, non communicable diseases (NCD), Successful factors

*Corresponding Author: Aunchalee Aungsathammarat, Pharmacy Department, Sawanpracharak Hospital, 43 Atthakawee Rd., Paknampo, Mueng, Nakhonsawan 60000, Thailand. E-mail: a.aungsathammarat@gmail.com

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ความสำเร็จในการควบคุมโรค

ศรีนครินทร์เวชสาร 2561; 33(5): 398-403. • Srinagarind Med J 2018; 33(5): 398-403.

บทนำ

สังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุตามแนวโน้มที่สอดคล้องกับประเทศต่างๆ ทั่วโลก จากการคาดการณ์ของสหประชาชาติ คาดว่าปี พ.ศ.2593 หรือ ค.ศ.2050 ผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีสัดส่วนเป็นประมาณร้อยละ 26.4 โดยในการคาดการณ์ประชากร¹ โดยรวมจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 67 ขณะที่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 300 ในช่วงเวลาดังกล่าว จากแนวโน้มที่ผู้สูงอายุมีสัดส่วนมากขึ้นในประชากรแล้วยังมีอายุยืนยาวมากขึ้น เนื่องจากสภาพแวดล้อมและรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป แต่การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย อวัยวะต่างๆ ที่เสื่อมการทำงานลงไป จะส่งผลให้เกิดภาวะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง^{2,3} (non communicable diseases : NCDs) สูงขึ้นมากในกลุ่มผู้สูงอายุ และนอกจากความเจ็บป่วยที่เป็นผลจากความเปลี่ยนแปลงของร่างกายแล้ว ในผู้สูงอายุยังมีผลเสียอันเนื่องมาจากเภสัชจลนศาสตร์ เภสัชพลศาสตร์ ของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เมื่อมีการใช้ยาต่างๆ กลไกการออกฤทธิ์ การเผาผลาญ การขับยาออกจากร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับผลอันไม่พึงประสงค์ในการใช้ยาได้มากยิ่งขึ้น รวมถึงการควบคุมโรคก็จะยุ่งยากมากยิ่งขึ้นด้วย

ศูนย์ชิวินันท์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ได้บูรณาการบริบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังซับซ้อนที่รักษายาก ตั้งแต่ 15 พฤศจิกายน 2555 จนถึงปัจจุบัน โดยมีบุคลากรของกลุ่มงานเภสัชกรรม ร่วมให้การบริบาลกับสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตลอดมา โดยมีการจัดการให้ความรู้ในเรื่องโรคและการใช้ยา การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังซับซ้อนที่รักษายาก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการออกเยี่ยมตามบ้านของผู้สูงอายุ โดยเภสัชกรที่ปฏิบัติหน้าที่ที่ศูนย์ชิวินันท์ จะทำหน้าที่ในการจ่ายยา ร่วมกับการให้คำแนะนำในการบริหารจัดการยา การเก็บรักษารวมถึงติดตามให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ประเมินผลและตรวจสอบกระบวนการต่างๆ ร่วมกับสหวิชาชีพในระหว่างเยี่ยมบ้าน จากรายงานการดำเนินงานในระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน 2555-31 กรกฎาคม 2558 มีผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังซับซ้อนรักษายากจำนวน 610 ราย สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ของส่วนบริการควบคุมป้องกัน และรักษาโรคไม่ติดต่อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 237 ราย

คิดเป็นร้อยละ 38.85 เพื่อให้บริการที่ศูนย์ชิวินันท์ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังซับซ้อนรักษายากมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการควบคุมโรคในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังซับซ้อนรักษายาก

วิธีการศึกษา

ศึกษาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังซับซ้อนตามการวินิจฉัยของอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งใช้เกณฑ์ตามการควบคุมโรคของส่วนบริการควบคุมป้องกัน และรักษาโรคไม่ติดต่อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หากไม่สามารถควบคุมโรคได้โดยการรักษาตามแผนการรักษาปกติ จะส่งตัวมารักษาที่ศูนย์ชิวินันท์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2558-31 กรกฎาคม 2560 ศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยศึกษาจากการบันทึกแฟ้มเวชระเบียนในข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ การใช้ยา การร่วมกิจกรรม รวมถึงตรวจประเมินค่าผลของการรักษาว่าสามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ การควบคุมโรคของส่วนบริการควบคุมป้องกัน และรักษาโรคไม่ติดต่อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

- ภาวะเบาหวาน : ระดับ HbA1C น้อยกว่า 7 และระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหารอยู่ระหว่าง 70-130 mg/dL ในระยะ 3 รอบการนัดติดตามการรักษา
- ภาวะความดันโลหิตสูง : ระดับความดันต่ำกว่า 140/90 mmHg ในระยะ 3 รอบนัดการรักษา
- ภาวะไขมันในเลือดสูง: ระดับLDL ต่ำกว่า 100mg/dL ในระยะ 3 รอบนัดการรักษา
- มีการได้รับการรักษาซ้ำในแผนกผู้ป่วยใน ในรอบ 28 วัน จากสภาวะโรคเดิม

โดยสภาวะดังกล่าวจะประกอบด้วยพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษาในการส่งตัวเข้ารับการรักษาที่ศูนย์ชิวินันท์ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยการดำเนินการที่ศูนย์ชิวินันท์จะบูรณาการร่วมกับสหวิชาชีพ เน้นการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลใกล้ชิด เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจด้านบวก การปรับทัศนคติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการติดตามประเมินผลโดยการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ

ในการศึกษาครั้งนี้ กรณีไม่สามารถสัมภาษณ์ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลใกล้ชิดในระหว่างเยี่ยมบ้านได้ จะสัมภาษณ์ขณะมารับการรักษาตามรอบนัด สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์โดยใช้แนวทางการซักถามแบบเดียวกัน^{3,4} กับคำถามที่ใช้ถามในการเยี่ยมบ้าน โดยคำถามดังกล่าวตรวจสอบและปรับปรุงโดยที่ปรึกษางานวิจัย เพื่อค้นหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จในการควบคุมโรคในผู้ป่วยสูงอายุ ที่เป็นโรคเรื้อรังซับซ้อนรักษายาก รวมถึงการบริหารจัดการยา การบริหารจัดการความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลใกล้ชิด จนถึงความสัมพันธ์ในชุมชน รวมถึงการค้นหาเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากยา ความร่วมมือในการใช้ยา ตลอดจนความคลาดเคลื่อนทางยา⁵ และปัจจัยในการเกื้อหนุนการใช้ยา จากสมาชิกในครอบครัวร่วมด้วย ตามแนวทางการศึกษาก่อนหน้า

การคำนวณขนาดกลุ่มประชากรที่ศึกษา⁶

$$\text{Sample Size} = \frac{\frac{Z^2 \times p(1-q)}{e^2}}{1 + \left(\frac{Z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

N = population size

e = margin of error

z = z-score

กำหนดค่าในการคำนวณดังนี้

N = 408

p = 30%

q = (1-p) = 70%

e = 5%

ผู้สูงอายุ¹: บุคคลผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

เกณฑ์ความสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อรัง : ตามเกณฑ์การรักษามาตรฐานรายโรคของส่วนบริการควบคุมป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

- ภาวะเบาหวาน : ระดับ HbA1C น้อยกว่า 7 และระดับน้ำตาลในเลือดเมื่ออดอาหารอยู่ระหว่าง 70-130 mg/dL ในระยะ 2 รอบการนัดติดตามการรักษา
- ภาวะความดันโลหิตสูง : ระดับความดันต่ำกว่า 140/90 mmHg ในระยะ 3 รอบนัดการรักษา
- ภาวะไขมันในเลือดสูง : ระดับ LDL ต่ำกว่า 100 mg/dL ในระยะ 3 รอบนัดการรักษา
- มีการรับการรักษาซ้ำในแผนกผู้ป่วยในในรอบ 28 วัน จากภาวะโรคเดิม

โดยติดตามจากการบันทึกไว้ในเวชระเบียนตามการวินิจฉัยของแพทย์อาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ กรณีผู้ป่วยมีสภาวะโรครุนแรงกว่า 1 จะทำการวินิจฉัยเป็นกรณีแยกรายโรค

พฤติกรรมการใช้ยา^{5,7}: การปฏิบัติของผู้สูงอายุในการบริโภคยาเพื่อการบำบัดโรค ได้จากการสัมภาษณ์ในขณะที่มารับการรักษาตามรอบนัด สัมภาษณ์ขณะลงเยี่ยมบ้านหรือจากทางโทรศัพท์

สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวเลขจากเวชระเบียนผู้ป่วยให้ได้ตามจำนวน 199 ราย โดยการสุ่มผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ออนไลน์ (Random number generator : thaiware.com)

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูล โดยอธิบายข้อมูลที่เกี่ยวกับวิธีวิจัยประโยชน์ ตลอดจนการจัดการข้อมูลหลังการสัมภาษณ์โดยการเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวม ไม่มีการระบุรายบุคคล ทั้งนี้ตามผู้สูงอายุและญาติให้ความยินยอม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่35/2560 เมื่อ 28 กันยายน 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
- ข้อมูลที่ได้แบ่งเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มที่สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ และกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ไม่สำเร็จ นำค่าตัวแปรไปวิเคราะห์ทางสถิติ Multiple logistic regression โดยใช้โปรแกรมคำนวณ SPSS ver 22

ผลการศึกษา

ในช่วงเวลาระหว่างการศึกษา ผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งตัวรักษาโรคเรื้อรังซับซ้อนที่ศูนย์ชิววินันท์มีจำนวน 408 ราย จากการสุ่มกลุ่มประชากร จำนวนผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ 199 ราย สามารถแบ่งผู้สูงอายุเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ และกลุ่มควบคุมโรคไม่สำเร็จ ทั้งสองกลุ่มมีอายุใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ย 68.3 และ 67.4 ปี ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.7 และ 59.6 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือต่ำกว่า ในการสัมภาษณ์เชิงลึก การเยี่ยมบ้านโดยภาพรวมได้รับการเยี่ยมบ้าน 42 ราย โดยทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนของการได้รับการเยี่ยมบ้านใกล้เคียงกัน คือกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ ได้รับการเยี่ยมบ้านจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 20) และกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่สำเร็จได้รับการเยี่ยมบ้าน 27 ราย (ร้อยละ 21.7) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้สูงวัยที่ได้รับการรักษาโรคเรื้อรังซับซ้อนที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์ชิวินันท์

กลุ่ม	เพศหญิง (ร้อยละ)	อายุ (เฉลี่ย-ปี)	ระดับการศึกษาปริญญาตรี หรือต่ำกว่า(ร้อยละ)	การเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ)
ควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์	44 (58.7)	68.3	50 (66.7)	15 (20)
ควบคุมโรคไม่สำเร็จ	74 (59.6)	67.4	83 (66.9)	27 (21.7)

พบเป็นผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 75 ราย ความดันโลหิตสูง 63 ราย ภาวะไขมันในเลือดสูง 56 ราย และภาวะโรคอื่นๆ 5 ราย โดยแยกเป็นภาวะไทรอยด์เป็นพิษ 2 ราย ภาวะกรดยูริกในเลือดสูง 1 ราย ภาวะไตเสื่อม 2 ราย ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยภาวะกรดยูริกสูงอายุรแพทย์ลงความเห็นว่าคุณควบคุม

โรคได้ ส่วนภาวะไทรอยด์เป็นพิษและภาวะไตเสื่อมยังอยู่ในระหว่างการควบคุมโรคอยู่ ลักษณะข้อมูลโดยทั่วไปของผู้ป่วยสามารถแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ และกลุ่มควบคุมโรคไม่สำเร็จ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผู้สูงวัยที่ได้รับการรักษาโรคเรื้อรังซับซ้อนแยกตามรายโรค

กลุ่ม (จำนวน)	เบาหวาน (75)	ความดันโลหิตสูง (63)	ไขมันในเลือดสูง (56)	อื่น ๆ (5)
ควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ (75)	27	26	21	1
ควบคุมโรคไม่สำเร็จ (124)	48	37	35	4

ผู้สูงวัยที่ไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านจะได้รับการสัมภาษณ์ขณะมารับการรักษาตามรอบนัด และสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ รวมถึงผู้ดูแล โดยคำถามเช่นเดียวกับผู้สูงวัยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน และเมื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ พบว่ามีปัจจัยที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในสองกลุ่มที่แตกต่างกัน คือ การมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และผู้สูงวัยที่มีการศึกษาข้อมูลโรคและยาด้วยตนเอง การเก็บรักษายาได้ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงวัยที่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดในกลุ่มควบคุมโรค

ได้ตามเกณฑ์มีถึง 70 ราย (ร้อยละ 93.3) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่สำเร็จที่มีผู้ดูแล 23 ราย (ร้อยละ 18.5) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการควบคุมโรคในการศึกษาครั้งนี้คือการพบแพทย์ตามนัด การรับยาแทน จำนวนขนานยาที่ใช้ การชื้อยาเอง การชื้อยาสมุนไพร การเยี่ยมบ้าน รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์ชิวินันท์ ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์

ปัจจัย	Odds ratio	95% Confidence interval	p-value
การมีผู้ดูแลใกล้ชิด	5.0	3.2-7.8	0.0000
ศึกษาข้อมูลโรคและยา	4.7	2.7-8.0	0.0000
เก็บรักษายาถูกต้อง	2.5	1.6-4.0	0.0001
พบแพทย์ตามนัด	1.4	0.9-2.0	0.1102
การรับยาแทน	1.3	0.8-2.0	0.3339
จำนวนขนานยา	1.3	0.7-2.4	0.4824
การชื้อยาเอง	1.2	0.8-1.8	0.2944
การใช้สมุนไพรเอง	1.2	0.6-2.1	0.6293
การเยี่ยมบ้าน	1.0	0.6-1.7	0.9336
การเข้าร่วมกิจกรรม	1.0	0.6-1.8	0.9332

จากการศึกษาเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากยา พบว่าในกลุ่มควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มีข้อมูล 3 ราย (ร้อยละ 4) โดยเกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง 3 ราย โดยไม่มีการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และในกลุ่มควบคุมโรคไม่สำเร็จพบเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากยา 5 ราย (ร้อยละ 4) เช่นเดียวกัน โดยการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำทั้ง 5 ราย พบมี 1 ราย ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดย 3 ราย เกิดจากการรับประทานอาหารลดลงจากมือปกติ เนื่องจากมีการเจ็บป่วยอื่นแทรกซ้อน และในผู้ป่วยดังกล่าวมี 1 ราย ที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนอีก 2 ราย เกิดจากการลืมนื้อยาและรับประทานยาซ้ำซ้อน

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยสูงวัยรับการรักษาโรคเรื้อรังซับซ้อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ปัจจัย ได้แก่การมีผู้ดูแลใกล้ชิด การศึกษาข้อมูลโรครวมถึงข้อมูลของยาที่รับประทานด้วยตัวผู้สูงวัยเอง และการเก็บรักษายาได้ถูกต้อง โดยปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติอันดับแรก คือ การมีผู้ดูแลใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{6,7} แสดงให้เห็นว่าผู้สูงวัยจะมีปัญหาในการดูแลสุขภาพอันเนื่องมาจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพ และสภาพจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง การมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดจะทำให้คุณภาพการดูแลรักษาที่ดีกว่า และพบว่าผู้สูงวัยสามารถควบคุมโรคได้ดีกว่า มีเหตุแทรกซ้อนจากภาวะเจ็บป่วยน้อยกว่า และอีกสองปัจจัยที่สำคัญคือการศึกษาค้นคว้าข้อมูลโรครวมถึงข้อมูลของยาที่รับประทานด้วยตัวผู้สูงวัยเอง รวมถึงการเก็บรักษายาได้ถูกต้อง เป็นส่วนสำคัญในการรักษาผู้ป่วยสูงวัยเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา นัยพัฒน์⁸ ที่พบว่าผู้สูงอายุในชุมชน บ้านพักข้าราชการโรงพยาบาลพระมงกุฎฯ ร้อยละ 40 ขาดความรู้ในการใช้ยา และมีได้ตรวจสอบวิธีใช้ยาก่อน และมีเพียงร้อยละ 14.7 ที่มีผู้ดูแลใกล้ชิด ซึ่งสัดส่วนของการมีผู้ดูแล ยังน้อยกว่าการศึกษารุ่นนี้ที่พบว่า แม้แต่กลุ่มที่รักษาไม่สำเร็จยังมีผู้ดูแลใกล้ชิดร้อยละ 18.5 และกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ มีผู้ดูแลใกล้ชิดถึงร้อยละ 93.3

จากการดำเนินงานที่ศูนย์ชิวันันท์ จัดบูรณาการบริการผู้ป่วยสูงวัย ไม่ว่าจะการให้ความรู้ในภาวะโรค การปฏิบัติตัว การเก็บรักษาและบริหารจัดการยา การจัดกิจกรรมต่างๆ การติดตามการรักษาโดยการเยี่ยมบ้านของสหวิชาชีพ เพื่อประเมินและให้ความรู้ต่อเนื่องทั้งผู้ป่วยสูงวัยและผู้ดูแล เป็นปัจจัยเบื้องต้นที่จัดให้โดยบุคลากรทางการแพทย์ แต่จากการ

ศึกษา บ่งชี้ว่าผลการรักษาจะดีได้ต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดเป็นลำดับแรก เนื่องจากการผู้สูงวัยยังต้องการความเอาใจใส่และการกระตุ้นจากผู้ดูแลใกล้ชิดในการดูแลตนเอง รวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง⁷ ปัจจัยที่สองคือการพัฒนาความรู้ของผู้สูงวัยเอง ต้องมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตน ตลอดจนการศึกษาถึงยาที่ใช้เป็นสำคัญ เนื่องจากการที่ผู้สูงวัยจะดูแลตัวเองได้นั้นต้องมีความรู้ในโรคและเข้าใจหลักการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง^{5,7} และปัจจัยที่สามซึ่งเกี่ยวข้องกับเภสัชกรโดยตรง คือ การเก็บรักษายาได้ถูกต้อง เป็นสิ่งที่จะต้องเน้นย้ำให้แก่ผู้สูงวัยรวมถึงผู้ดูแลใกล้ชิดให้ตระหนักและดำเนินการเก็บรักษาได้อย่างเหมาะสม^{3,5} จึงจะสามารถควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังซับซ้อนของผู้สูงวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภาวะหลงลืมในการเก็บและการบริหารจัดการยาที่ไม่เหมาะสมพบเจอได้แม้จะได้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง อันเกิดจากความหลงลืมของผู้สูงวัยและการไม่ให้ความสำคัญของผู้ดูแล ดังนั้นการเน้นย้ำในเรื่องการเก็บรักษาการบริหารจัดการยาควรเน้นย้ำอย่างต่อเนื่อง และเป็นจุดสำคัญในการเยี่ยมบ้านจากข้อมูลการเยี่ยมบ้านร่วมกับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ยังพบว่ามีกรณีการรับประทานเอง หรือการใช้สมุนไพรด้วย โดยมีได้ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของชื่นจิตร์ กองแก้ว¹ ที่ได้ศึกษาการใช้ยาในผู้สูงอายุภาคเหนือตอนล่าง พบมีการใช้ยาดังกล่าวร้อยละ 2.8 และมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาร้อยละ 2.4 โดยในการศึกษารุ่นนี้พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 4 ซึ่งทั้งหมดพบในผู้ป่วยสูงวัยที่เป็นโรคเบาหวาน สาเหตุที่พบส่วนหนึ่งเกิดจากที่ผู้สูงวัยป่วยด้วยโรคอื่นซ้ำซ้อน ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลงและก่อให้เกิดสภาวะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น รวมถึงการลืมนื้อยาทำให้รับประทานยาซ้ำซ้อนจนก่อให้เกิดผลดังกล่าว⁷

สรุป

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการควบคุมโรคได้คือ การมีผู้ดูแลใกล้ชิด การที่ผู้สูงวัยศึกษาภาวะของโรครวมถึงยาที่ตนใช้ และมีการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง ตอกย้ำว่าสิ่งสำคัญในการควบคุมโรคคือการดูแลของครอบครัว และความตระหนักในความเจ็บป่วยของผู้สูงวัย รวมถึงการเก็บรักษายา เป็นปัจจัยที่ต้องเน้นย้ำและส่งเสริมให้เกิดสำนึกอย่างต่อเนื่องจะทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดี ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาและส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยที่เจ็บป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่ได้รับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์อาจไม่ได้ให้คำตอบที่ใกล้เคียงข้อมูลแท้จริง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน เนื่องจากการถามคำถามไม่ได้กำหนดระยะเวลาในการสนทนาให้เหมือนกับการเยี่ยมบ้าน ข้อมูลที่ได้ อาจมีความคลาดเคลื่อนบ้าง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเภสัชกรสุรพงษ์ ตูลาพันธุ์ เภสัชกรเชี่ยวชาญ ที่ให้โอกาสได้ปฏิบัติงานร่วมกับสหวิชาชีพ ณ ศูนย์ชิวินันท์ แพทย์หญิงอัปสร จรุงศักดิ์ชัย นายแพทย์เชี่ยวชาญ นายแพทย์ปกรณ์ นาระคล นายแพทย์เชี่ยวชาญ และนางเพ็ญพร ผุงทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้คำปรึกษา แนะนำในการเก็บข้อมูล และประเมินผล ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและร่วมให้ข้อมูลในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชื่นจิตกร กองแก้ว. การใช้ยาในผู้สูงอายุไทยเขตภาคเหนือตอนล่าง ประเทศไทย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
2. Kongkaew C, Noyce PR, Ashcroft DM. Hospital admissions associated with adverse drug reactions: a systematic review of prospective observational studies. *Ann Pharmacother* 2008; 42: 1017-25.

3. Claydon-Platt K, Manias E, Dunning T. Development and evaluation of a screening tool to identify people with diabetes at increased risk of medication problems relating to hypoglycaemia and medication non-adherence. *Contemp Nurse* 2014; 48: 10-25.
4. Kongkaew C, Hann M, Mandal J, Williams SD, Metcalfe D, Noyce PR, et al. Risk factors for hospital admissions associated with adverse drug events. *Pharmacotherapy* 2013; 33: 827-37.
5. Hayes TL, Larimer N, Adami A, Kaye JA. Medication adherence in healthy elders: small cognitive changes make a big difference. *J Aging Health* 2009; 21: 567-80.
6. Calvert SB, Kramer JM, Anstrom KJ, Kaltenebach LA, Stafford JA, Allen LaPointe NM. Patient-focused intervention to improve long-term adherence to evidence-based medications: a randomized trial. *Am Heart J* 2012; 163: 657-65.e1.
7. Claydon-Platt K, Manias E, Dunning T. The barriers and facilitators people with diabetes from a nonEnglish speaking background experience when managing their medications: a qualitative study. *J ClinNurs* 2014; 23: 2234-46.
8. วาสนา นัยพัฒน์. ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรม การใช้ยาของผู้สูงอายุ ในชุมชนบ้านพักข้าราชการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* 2553; 3: 2-14.

