

วารสาร
พฤตนาวิกยาและ
เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
Journal of Gerontology and Geriatric Medicine

ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2561
Vol. 17, No. 3 September - December 2018



สมาคมพฤตนาวิกยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย
Official Publication of the Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine
ISSN 1513-4695



วารสารพญามาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

JOURNAL OF GERONTOLOGY AND GERIATRIC MEDICINE

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ (Advisory Editors)

ศ.นพ.เทพ หิมะทองคำ

Thep Himathongkam

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย

Prasert Assantachai

ศ.ดร.ประนอม โอทกานนท์

Pranom Othaganont

พญ.วันดี โภคะกุล

Vandee Bhokakul

หัวหน้าบรรณาธิการ (Editors-in-chief)

รศ.ทพญ. ดร.ศจี สัตยุตม์

Sajee Sattayut

กองบรรณาธิการ (Editorial board)

ศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

Sasipat Yodpet

ศ.นพ.วีระชัย โค้วสุวรรณ

Weerachai Kosuwon

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

Weerasak Muangpaisan

รศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์

Siriphan Sasat

รศ.ทพญ.ดร.พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์

Patcharawana Srisilapanan

รศ.พญ. วิลัย คุปต์นิรัตย์กุล

Vilai Kuptniratsaikul

รศ.ประคอง อินทรสมบัติ

Prakong Intarasombat

รศ.ดร.ฉันทนา อารมย์ดี

Chantana Aromdee

รศ.ดร.วรรณภา ศรีบุญรัตน์

Wanapa Sritanyarat

ผศ.ดร.อรสา กงตาล

Orasa Kongtaln

พญ.วาราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ

Varalak Srinonprasert

สำนักงาน (Office)

อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา ชั้น 5

The 5th Floor, Chalermprakit Building,

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Dentistry Khon Kaen University,

123 หมู่ 16 ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

123 Mittraparp Highway, Khon Kaen, 40002

โทร. 0-4320-2405 ต่อ 45265

Tel: 043 202 405 ext: 45265

E-mail: journal.ggm@gmail.com

Email: journal.ggm@gmail.com

ผู้จัดการวารสาร (Manager)

วิศรุต พรหมมาลูน

Witsarut Prommaloon

เลขานุการสำนักงานวารสาร (Secretary)

มันทนา ขาวพิมาย

Mantana Kaophimai

เจ้าของ สมาคมพญามาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย
พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Owner: Official Journal of Thai Society of Gerontology
and Geriatric Medicine

Publisher : Khon Kaen University Printing House

คณะกรรมการสมาคมพจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 2561

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย	Prasert Assantachai	นายกสมาคม
รศ.ทพญ. ดร.พัชราวรรณ ศรีศิลปนันท์	Patcharawana Srisilapanan	อุปนายก 1
รศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์	Siriphan Sasat	อุปนายก 2
ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล	Weerasak Muangpaisan	ประธานฝ่ายวิชาการ
รศ.พญ.วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ	Varalak Srinonprasert	ประธานสาขาแพทยศาสตร์
รศ.ดร.นารีรัตน์ จิตรมนตรี	Narirat Jitramontree	เหรัญญิก
พิทวัส อินทรมีทรัพย์	Pittawat Indharameesup	หารายได้
ผศ.ดร.เบญจมาศ ภูมิอินทร์	Benjamas Kutin	ปฏิคม
ผศ.ดร.อารี ชิวเกษมสุข	Aree Cheevakasemsook	นายทะเบียน
ผศ.ดร.พรชัย จุลเมตต์	Pornchai Jullamate	ประชาสัมพันธ์
ผศ.ดร.วิราพรพรรณ วิโรจน์รัตน์	Virapun Wirojratana	เลขานุการและวิเทศสัมพันธ์
รศ.พญ.วิไล คุปต์นิรติศัยกุล	Vilai Kuptniratsaikul	กรรมการกลาง
พญ.พัฒนาดา วัฒนพนม	Pannida Wattanapanom	กรรมการกลาง
ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์	Siriwan Arunthippaitoon	กรรมการกลาง
ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร.เรวดีทรรศน์ รอบคอบ	Raywadeetas Robkob	กรรมการกลาง

สำนักงานสมาคม:

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ตึกหอพักพยาบาล 3 ชั้น 7 เลขที่ 2 ถนนวังหลัง
แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
โทรศัพท์ 02-419-8398 โทรสาร 02-411-5034
E-mail : tggm2009@yahoo.co.th
Department of Preventive and Social Medicine
The 7th Floor, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University
2 Wanglang Road, Bangkok noi, Bangkok 10700, Thailand
Tel. 02-419-8398 Fax. 02-411-5034
E-mail : tggm2009@yahoo.co.th

วารสารพจนานุกรมวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

JOURNAL OF GERONTOLOGY AND GERIATRIC MEDICINE

พ.ศ. ๒๕๖๑ ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๓ กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

สารบัญ

Content

นิพนธ์ต้นฉบับ	Original articles
37 การสำรวจความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วย วิกฤตในหอผู้ป่วยสามัญ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ปทุมพร สุวรรณสัมฤทธิ์, สุธีระ ทองประไพ, รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, วราลักษ์ณ ศรีนนท์ประเสริฐ	Survey of family satisfaction with delivered care in terminally ill patients at siriraj hospital Patumporn Suraarunsumrit, Sutheera Thongpraphai, Rungnirand Praditsuwan, Varalak Srinonprasert
46 การศึกษาการใช้บันทึกช่วยจำเรื่องยาเพื่อช่วยดูแล ผู้สูงอายุเรื่องการให้ยา ที่ห้องยาศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟู สุขภาพผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย จิตาภา ภูวกรกุลวุฒิ	The study of medication memo to support elderly patients with chronic diseases at pharmacy department, elderly health care center the thai red cross society Jidapa Phuwakonkunlawut
53 การศึกษาคำกำลังกล้ามเนื้อมือในผู้สูงอายุในชุมชน พินินทร กองเกตใหญ่, วรินทร์ดา อ่อนคำภา, วันเพ็ญ วงศรีเทพ, วิไล คุปต์นริตศิัยกุล	The study of grip strength in community-dwelling Thai elderly Panintorn Konggateyai, Warinda Onkampa, Wonpen Wongsrithep, Vilai Kuptniratsaikul
62 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกบ้านพักผู้สูงอายุเอกชน สำหรับผู้สูงอายุไทย กรวิชัย ตั้งอยู่ดำรงกุล, วิลาวัลย์ เลาวกุล, สิริพร สาสกุล	Factors affecting the selection of private retirement home for elderly Thai Korravich Tangyudamrongkul, Wilawan Laowakool, Siriporn Sasakul

บทบรรณาธิการ

วารสารพจนานุกรมศาสตร์ผู้สูงอายุ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 นี้ เป็นฉบับสุดท้ายของ ปี พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นที่น่ายินดีที่ บทความทั้งหมดในวารสารฉบับนี้ล้วนเป็นบทนิพนธ์ต้นฉบับ จากหลากหลายสาขาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีความสนใจในพจนานุกรม ประกอบด้วย สาขาพยาบาลศาสตร์ บทความเรื่องการสำรวจความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยสามัญ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช สาขาเภสัชศาสตร์ บทความเรื่อง การศึกษาการใช้บันทึกรายงานผู้ป่วยสูงอายุ เรื่องการใช้ยา ที่ห้องยาศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย สาขากายภาพบำบัด บทความเรื่อง การศึกษาค่ากำลังกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุในชุมชน และบทความเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกบ้านพักคนชราเอกชนสำหรับผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นการศึกษาด้านสังคมจากคณะผู้นิพนธ์สาขาทันตแพทยศาสตร์ เมื่อพิจารณาจากเนื้อหาของบทความและที่มาของบทความและที่มานักวิชาการด้านพจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่ในปัจจุบันได้มีการดำเนินการศึกษาวิจัยแบบสหวิทยาการและผลการวิจัยสามารถนำไปต่อยอดใช้ได้จริงในระบบสาธารณสุข ซึ่งหากจะมีการเผยแพร่ต่อไปในสังคมวิชาการนานาชาติก็จะเป็นประโยชน์ในวงกว้างยิ่งขึ้นไป ทั้งนี้วารสารพจนานุกรมศาสตร์ผู้สูงอายุ ได้ดำเนินการเพื่อรองรับการยกระดับของวารสารในการจัดลำดับของดัชนีวารสารไทย รวมทั้งปรับปรุงรูปแบบเพื่อเตรียมพร้อมสู่การเป็นวารสารระดับสากล ได้แก่ การมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และตีพิมพ์เผยแพร่บทความภาษาอังกฤษโดยไม่จำเป็นต้องมีบทคัดย่อภาษาไทย ทั้งนี้เพื่อเปิดโอกาสให้เกิดการตีพิมพ์จากผู้นิพนธ์จากนานาชาติ

ความสำเร็จและความก้าวหน้าของวารสารพจนานุกรมศาสตร์ผู้สูงอายุ ลุล่วงไปได้ด้วยดีจากการสนับสนุนและให้คำแนะนำของสมาคมพจนานุกรมศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และจากการทำงานที่เข้มแข็ง มีประสิทธิภาพของกองบรรณาธิการวารสาร รวมทั้ง บรรณารักษ์ประจำวารสาร ผู้จัดกรวารสาร และเลขานุการวารสาร ซึ่งต้องขอขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

สำหรับในปีต่อไป เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกวารสารได้ส่งผลงานวิชาการมาตีพิมพ์เผยแพร่ได้สะดวกยิ่งขึ้น วารสารจะมีการปรับปรุงระบบการส่งบทความทางอิเล็กทรอนิกส์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งอำนวยความสะดวกในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเขียนบทความซึ่งผู้สนใจตีพิมพ์เผยแพร่บทความสามารถแจ้งความจำนงและติดต่อได้ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ของสำนักงานวารสารพจนานุกรมศาสตร์ผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของการก่อตั้งวารสารพจนานุกรมศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อให้วารสารได้เป็นสื่อกลางที่ช่วยพัฒนาวงการพจนานุกรมศาสตร์ให้เจริญก้าวหน้าต่อไป



รศ.ดร.ศจี สัตยุตม์

บรรณาธิการ

การสำรวจความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยสามัญ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

Survey of family satisfaction with delivered care in terminally ill
patients at siriraj hospital

ปทุมพร สุอรุณสัมฤทธิ์, สุธีระ ทองประไพ, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Patumporn Suraarunsumrit, Sutheera Thongprapai, Rungnirand Praditsuwan,
Varalak Srinonprasert Department of Medicine Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Received: 28 December 2016
Revived: 9 January 2018
Accepted: 19 September 2018

บทคัดย่อ

การดูแลอย่างเป็นองค์รวมสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจรวมไปถึงการให้ความรู้ความเข้าใจให้กับครอบครัวควบคู่กันไปด้วยมีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทำการสำรวจความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นอันนำมาสู่แนวทางแก้ไขต่อไป ผู้วิจัยได้ศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสอบถามความพึงพอใจในด้านต่างๆ ร่วมกับมีคำถามปลายเปิด ญาติของผู้ป่วยระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ในกลุ่ม ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2554 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2555 รวมเวลา 9 เดือน ซึ่งมีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 50 คน โดยทำการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย ครั้งแรกภายใน 96 ชั่วโมงหลังเข้าโรงพยาบาล และสัมภาษณ์อีกครั้งหลังผู้ป่วยกลับบ้านหรือเสียชีวิต โดยได้ขอความยินยอมญาติในการโทรศัพท์ไปสอบถามญาติของผู้ป่วย ผลการสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วย จากแบบสอบถามปลายเปิดนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าญาติมีความรู้สึว่า ผู้ป่วยยังมีอาการไม่สบายตัวที่พบมากที่สุด คือ อาการเหนื่อย ร้อยละ 46 เมื่อถามถึงความพึงพอใจในภาพรวม ญาติมีความพอใจในการดูแลรักษาในระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลและหลังสิ้นสุดการรักษาเป็นสัดส่วน ร้อยละ 82 และร้อยละ 96 ตามลำดับ ญาติมีความเข้าใจดี ถึงโรคและการดำเนินโรคของผู้ป่วยในระหว่างอยู่โรงพยาบาล และหลังสิ้นสุดการรักษาในสัดส่วน ร้อยละ 56 และร้อยละ 78 ตามลำดับ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยนั้น ได้ครอบคลุมถึงการทำการหัตถการช่วยชีวิต เช่น การนวดหัวใจหากหัวใจหยุดเต้น (ร้อยละ 58), การใส่เครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 74), ร้อยละ 70 ของญาติให้ความเห็นว่าแพทย์ได้เปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลผู้ป่วยในระหว่างอยู่โรงพยาบาล และสัดส่วนเพิ่มเป็นร้อยละ 80 หลังสิ้นสุดการรักษา จึงสรุปได้ว่าการสื่อสารที่ดี สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับญาติผู้ป่วยวิกฤตได้ ฉะนั้นการสื่อสารที่ดีจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่แพทย์ควรคำนึงถึง ในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต

คำสำคัญ: ทักษะการสื่อสาร, ความคิดเห็นของญาติ, ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต, ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต

Abstract

Holistic care for critically ill patients included physical and mental aspects are essential, as well as carrying out adequate counseling and supports for families about patients' condition and progression. The study therefore aimed to survey the relative's satisfaction and hope to unveil the patient's care problems that will lead us to the solutions. The authors conducted a semi-structured interview with families of critically ill patients who admitted to general medical wards at Siriraj hospital between 1 June 2011 and 28 February 2012. 50 participants were included and interviewed within 96 hours after the patient's admission, and the second interviews were conducted after the patients had discharged from hospital or died using telephone interview. All results were analyzed by descriptive analysis. The results showed that the most common uncomfortable symptom was dyspnea at 46%. When we enquired for overall satisfaction, relatives reported that they were satisfied with patients' care during admission and after hospitalization at 82% and 96%, respectively. The proportion of the relatives who reported being well informed about patient's condition and disease progression during and after hospitalization were 56% and 78%, respectively. The information about life saving procedures provided to the relatives cover CPR at 58% and intubation at 74%. The relatives who mentioned that doctor has provided them adequate time for questioning about patient's condition during and after treatment were 70% and 80%, respectively. In conclusions, the results emphasized the important of good communication and counseling that physicians should be aware of when taking care of critically ill patients.

Keywords : Attitude of relatives, Reviews of relatives, Satisfaction in caring for critically ill patients, End of life patients

บทนำ

ผู้ป่วยระยะวิกฤต (Critically ill patients) อันหมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงในระบบต่างๆ ของร่างกาย จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับอวัยวะหลายระบบ และมีโอกาสสูงในการเสียชีวิตในช่วงที่นอนอยู่โรงพยาบาล จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ทั้งทางด้านร่างกายละจิตใจ ของผู้ป่วย รวมถึงครอบครัวควบคู่กันไปด้วย⁽¹⁾ นอกไปจากนั้น การดูแลที่ครอบครัวไม่ได้หมายถึงเฉพาะปัญหาที่เกี่ยวกับตัวโรคเท่านั้น แต่ควรรวมถึงการพูดคุยพยากรณ์โรค และการดูแลผู้ป่วยและญาติในแงุ่มที่เกี่ยวกับการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life care) ด้วย⁽²⁾

ปัญหาที่พบได้บ่อยขึ้นในปัจจุบัน คือระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ต่อการบริการทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึงการดูแลโดยองค์รวม การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรค การพยากรณ์โรค และการวางแผนรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ซับซ้อน และมีความเห็นต่างได้มาก โดยเฉพาะระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย

แต่ยังรวมไปถึงแพทย์กับผู้ป่วย หรือ ผู้ป่วยกับญาติ มีการศึกษาในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่า ความเห็นที่แตกต่าง ของกลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยพอสมควรในหลายๆ แ่งมุม⁽³⁾ ซึ่งความเห็นต่างดังกล่าวทำให้เกิดภาวะตึงเครียดกับหลายๆ ฝ่าย และก่อให้เกิดปัญหาไม่เฉพาะด้านการแพทย์เท่านั้น ยังรวมถึงปัญหาด้านกฎหมาย ด้านเศรษฐกิจ และที่สำคัญคือ ด้านจิตใจ ศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรมและสังคม ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและมีความสลับซับซ้อนมาก⁽⁴⁾

ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วย มีปัจจัยทางวัฒนธรรม สังคม และสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้องอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงไม่เป็นที่น่าแปลกใจว่า เครื่องมือที่ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตมีอยู่ไม่น้อย⁽⁵⁻¹⁰⁾ แต่ก็ยังไม่มีความถี่ใด้ได้รับการยอมรับให้เป็นเกณฑ์มาตรฐานสากล ถึงแม้มีบางงานวิจัย ทำในภูมิภาคเอเชีย⁽¹¹⁾ แต่ก็ยังไม่อาจนำมาใช้โดยตรงได้อย่างเหมาะสมกับขนบธรรมเนียมประเพณีของประเทศไทย ปัจจุบันในประเทศไทย ยังมีการศึกษาวิจัยจำนวนไม่มากนัก⁽¹²⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย

ระยะวิกฤตที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในประเทศไทย ที่ต้องรองรับดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวนมาก ซึ่งรวมไปถึงผู้ป่วยกลุ่มที่จัดว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจากสถิติการรับผู้ป่วยพบเป็นสัดส่วนสูงถึงประมาณ 1 ใน 3 จนถึง 1 ใน 2 ของผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญของอายุรศาสตร์ การวิจัยในเรื่องนี้ในโรงพยาบาลศิริราช จึงน่าจะให้ข้อมูลที่นำไปใช้ประโยชน์และนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระดับโรงพยาบาล และอาจเป็นองค์ความรู้ในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Interview-base, prospective observational, descriptive study ซึ่งจะสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยใช้เทคนิคแบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยครั้งแรกภายใน 96 ชั่วโมงหลังเข้าโรงพยาบาล และสัมภาษณ์อีกครั้งหลังผู้ป่วยกลับบ้านหรือเสียชีวิต โดยใช้การโทรศัพท์ไปสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วย ผลการสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ประชากรที่ศึกษา (Study Population)

ประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มญาติของผู้ป่วยระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การรับเข้าในการศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยระยะวิกฤต ที่เข้าตามเกณฑ์ของผู้ป่วยระยะวิกฤต

2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

เกณฑ์ไม่รับเข้าในการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ไม่สามารถติดต่อญาติสนิทเพื่อรับการสัมภาษณ์ได้ภายใน 96 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การศึกษา

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนในการจัดทำแบบสัมภาษณ์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยระยะวิกฤต

เพื่อการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจในประเทศไทย กลุ่มผู้วิจัยจึงได้ทำการค้นคว้าโดยจัดทำโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง⁽⁵⁻¹⁰⁾ ในด้านการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และประมวลว่ามีหัวข้อใดที่อยู่ในขอบข่ายที่ควรได้รับการประเมิน แล้วคัดเลือกคำถามจากการศึกษาที่มีมาก่อน แล้วนำมาประชุมร่วมกัน ในกลุ่มผู้ทำการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ตั้งแต่ 4-25 ปี) เพื่อทำการคัดเลือกคำถามที่เหมาะสม และ มีการปรับปรุงเพิ่มเติม เพื่อให้ได้คำถามที่เข้ากับวัฒนธรรมไทย โดยคำถามจะเป็นการประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยโดยรวม และประเมินความรู้สึกของญาติ ว่าผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายทางกายใด ๆ หรือไม่ มากน้อยเพียงใด ส่วนในแง่มุมมองของญาติ คำถามจะครอบคลุมถึงความเข้าใจของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรคของผู้ป่วย และความพึงพอใจในการปฏิบัติตัวของแพทย์

2. การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยจะไปประเมินผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ภายในระยะเวลา 96 ชั่วโมงหลังเข้านอนในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลการสัมภาษณ์ที่ครบถ้วนและประเมินว่าผู้ป่วยเข้าตามเกณฑ์การศึกษา (inclusion criteria) หรือไม่ หากเข้าได้ตามเกณฑ์การศึกษา จะเชิญชวนญาติผู้ป่วยให้เข้าร่วมการวิจัย โดยการศึกษาจะมีการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการศึกษารายแรกภายใน 96 ชั่วโมงหลังเข้านอนในโรงพยาบาล โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 15 - 20 นาที และเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล เกี่ยวกับความพึงพอใจตลอดการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วย จะมีการประเมินอีกครั้งหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือออกจากโรงพยาบาลไปแล้วประมาณ 4 - 6 สัปดาห์

3. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประกอบไปด้วยคำถามเรื่อง เพศ อายุ ศาสนา สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเดิมก่อนเข้าโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค

จำนวนเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยวิกฤต การรักษาที่ได้รับ และค่าใช้จ่ายขณะนอนโรงพยาบาล

2. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ป่วย ประกอบไปด้วยคำถามเรื่อง เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว

3. แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยระยะวิกฤต สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยใช้คำถามกึ่งปลายเปิดในการสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วย ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับ อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่ญาติสังเกตเห็น การรับรู้ข้อมูลจากแพทย์เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรคและแนวทางการรักษาผู้ป่วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจจากแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย การสัมภาษณ์จะแบ่งคะแนนเป็น 2 ระดับ โดยรวมกลุ่มที่แสดงความพึงพอใจในระดับมากและมากที่สุดจากในแบบสัมภาษณ์ เป็นความพึงพอใจมาก และกลุ่มที่แสดงความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง น้อย และน้อยที่สุดจากในแบบสัมภาษณ์ เป็นความพึงพอใจน้อย ในการสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยจะทำการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง คือ ในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต

โดยการวิเคราะห์ผลการศึกษาในที่นี้ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะส่วนที่เป็นคำตอบแบบสอบถามแบบมีโครงสร้างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

การพิจารณาด้านจริยธรรม

ในช่วงของการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย และพบว่าญาติมีความไม่พึงพอใจในจุดใด ผู้วิจัยจะทำการแจ้งให้กับแพทย์ผู้ดูแลรับทราบเพื่อพิจารณาให้การรักษาตามความเหมาะสม โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวนประชากรที่ศึกษา (sample size)

เนื่องจากวัตถุประสงค์หลัก ต้องการศึกษาความพึงพอใจของญาติ ซึ่งพิจารณาได้หลายด้าน โดยการศึกษาจะเลือกการมีความไม่สบายกายต่างๆ ซึ่งเคยมีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยวิกฤตมีความซุกถึง 50% (p1)⁽¹⁰⁾

ดังนั้น จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม nQuery Advisor 6.01 โดยการคำนวณโดยใช้ sample size for one proportion เพื่อศึกษาความซุก โดยใช้ $p1 = 0.5$ และให้ ค่าความกว้างของความเชื่อมั่นเป็น 0.2 เมื่อกำหนดค่า $\alpha = 0.05$ และกำหนด power = 80% พบว่า ต้องการจำนวนประชากรศึกษา 47 คน ดังนั้น ผู้ทำการวิจัย จึงเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นญาติผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 50 คน

ระยะการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปรเชิงคุณภาพ เช่น เพศ ซึ่งเป็นข้อมูลแจกแจง นำเสนอเป็น ความถี่และร้อยละ

ตัวแปรเชิงปริมาณ เช่น อายุ เป็นข้อมูลต่อเนื่อง นำเสนอตามลักษณะการแจกแจงข้อมูล หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ นำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ถ้าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ นำเสนอด้วย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด

รายงานความซุกของปัจจัยต่าง ๆ ที่แสดงถึงความพึงพอใจของญาติ เช่น ความซุกของอาการไม่สบายกายต่าง ๆ นำเสนอด้วยค่าร้อยละ และสำหรับปัจจัยที่ใช้แสดงผลเป็นระดับคะแนนของความพึงพอใจ จะรายงานถึงสัดส่วนของบุคคลที่แสดงความพึงพอใจในระดับมากและน้อย โดยรวมกลุ่มที่แสดงความพึงพอใจในระดับมากและมากที่สุดจากในแบบสัมภาษณ์ เป็นความพึงพอใจมาก และกลุ่มที่แสดงความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุดจากในแบบสัมภาษณ์ เป็นความพึงพอใจน้อย การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด ทำในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานญาติที่เข้าร่วมการวิจัย โดยพบว่าการวิจัยนี้ กลุ่มญาติของผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 48 ปี มีผู้หญิงร้อยละ 72 และมีความสัมพันธ์เป็นลูกของผู้ป่วยร้อยละ 60 สามีหรือภรรยาร้อยละ 16 ส่วนระดับการศึกษานั้น พบว่า มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 64 และประมาณร้อยละ 50 มีระดับรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (ไม่ได้แสดงข้อมูลในตาราง)

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยวิกฤต (ตารางที่ 1) พบว่า อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกประมาณ 70 ปี เมื่อแบ่งตามช่วงอายุพบว่าช่วงอายุ 61-90 ปี มีมากที่สุดคือ ร้อยละ 68 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โรคประจำที่เป็นมากที่สุดคือความดันโลหิตสูงร้อยละ 58

รองมาเป็น โรคมะเร็งร้อยละ 34 และเบาหวานร้อยละ 32 ตามลำดับ ผู้ป่วยร้อยละ 46 มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ โดยพบว่าช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนร้อยละ 48 ช่วยเหลือตนเองได้ดีร้อยละ 38 และช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยร้อยละ 14 ตามลำดับ

สำหรับสัดส่วนของผู้ป่วยที่จัดเป็นผู้ป่วยวิกฤตนั้น พบว่ามีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ภาวะหายใจล้มเหลวมากที่สุด

ร้อยละ 48 รองลงมาเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 38 และโรคมะเร็งระยะสุดท้ายร้อยละ 22 ตามลำดับ เมื่อติดตามการรักษามีผู้ป่วยวิกฤตเสียชีวิตในการศึกษาทั้งหมดร้อยละ 38 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาลประมาณ 16 วัน จำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ 28 คน (ร้อยละ 56) จำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย ประมาณ 10 วัน ค่าใช้จ่ายระหว่างนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ประมาณ 36,231 บาท (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าร่วมการศึกษา

ลักษณะของผู้ป่วยวิกฤต	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ, ปี ± ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	70 ± 14
เพศชาย	24 (48)
เพศหญิง	26 (52)
โรคประจำตัว*	48 (96)
ความดันโลหิตสูง	29 (52)
มะเร็ง	17 (34)
เบาหวาน	16 (32)
ไตวายเรื้อรัง	11 (22)
โรคหลอดเลือดหัวใจ	10 (20)

หมายเหตุ *ผู้ป่วยหนึ่งคนอาจมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค

ตารางที่ 2 ผลการรักษาผู้ป่วยวิกฤตในระหว่างอยู่โรงพยาบาลศิริราช

ผลการศึกษา	จำนวน
ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ของการเป็นผู้ป่วยวิกฤต*, คน (ร้อยละ)	
เข้าเกณฑ์ 1 ข้อ	26 (52)
เข้าเกณฑ์ >1 ข้อ	24 (48)
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล, วัน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	16 (1-147)
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต, คน (ร้อยละ)	19 (38)
จำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ, คน (ร้อยละ)	28 (56)
จำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจ, วัน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	10 (1 - 134)
ค่าใช้จ่ายนอนโรงพยาบาล, บาท (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	36,231 (2,789 - 473,502)

หมายเหตุ *เกณฑ์ของการเป็นผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ ภาวะการหายใจล้มเหลว, ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีอวัยวะภายในล้มเหลวตั้งแต่ 1 อวัยวะขึ้นไป, ภาวะหัวใจล้มเหลว, ภาวะอวัยวะภายในล้มเหลวมากกว่า 1 อวัยวะร่วมกับมีโรคมะเร็ง, โรคมะเร็งระยะสุดท้าย, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะสุดท้าย, โรคตับแข็งระยะสุดท้าย, ซึมมากจนไม่สามารถตอบคำถามหรือทำตามสั่งได้ (หลังจากแก้ไขสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้แล้ว), ผู้ป่วยสมองเสื่อมขั้นรุนแรง ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้ และมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันใดๆ

ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยทั้ง 50 ราย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างนอนโรงพยาบาลและหลังออกจากโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต พบว่าความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 82 เป็นร้อยละ 97 และ

95 ตามลำดับ รวมทั้งสัดส่วนของญาติที่เข้าใจดีทั้งตัวโรคและการดำเนินโรคของผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56 เป็น 87 และ 63 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยวิกฤตระหว่างที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล และหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต

ผลการสัมภาษณ์ญาติ จำนวนคน (ร้อยละ)	ระหว่างที่ผู้ป่วย นอนโรงพยาบาล 50	หลังผู้ป่วยออก จากโรงพยาบาล 31	หลังจากผู้ป่วย เสียชีวิต 19
มีความพึงพอใจผลการรักษา (มาก)	41 (82)	30 (97)	18 (95)
ญาติเข้าใจดีเกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรค (มาก)	28 (56)	27 (87)	12 (63)
แพทย์ได้เปิดโอกาสให้ญาติสอบถามข้อมูล (มาก)	35 (70)	25 (81.0)	15 (79)
แพทย์ได้แสดงความเห็นใจและ ให้กำลังใจญาติ (มาก)	31 (62)	23 (74.0)	16 (84)

ผลการศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาของญาติในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 56 ของญาติผู้ป่วยมีความเข้าใจโรคและการดำเนินโรคของผู้ป่วย (ตารางที่ 3) โดยเมื่อวิเคราะห์หลังในรายละเอียดพบว่า ร้อยละ 66 มีความเข้าใจแผนการรักษาผู้ป่วยโดยข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับแผนการรักษานั้นได้ครอบคลุมถึงการทำการหัตถการต่างๆ ได้แก่ การนวดหัวใจ ถ้าหัวใจหยุดเต้นร้อยละ 58 การใส่เครื่องช่วยหายใจถ้า

หยุดหายใจร้อยละ 74 การใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 52 และการให้ยาเพิ่มความดันโลหิตร้อยละ 60 ส่วนในด้านความต้องการของผู้ป่วยพบว่า มีญาติร้อยละ 28 ทราบความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลรักษา และ ร้อยละ 24 ทราบสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการอยู่ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ ต้องการเสียชีวิตที่บ้านในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการศึกษาคำถามความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับรายละเอียดการรักษานักผู้ป่วยในระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลและความต้องการของผู้ป่วย

ความเข้าใจของญาติเกี่ยวกับรายละเอียดการรักษานักผู้ป่วย	จำนวนคน (ร้อยละ)
	50
ญาติเข้าใจดีเกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรค (มาก)	33 (66)
มีความเข้าใจแผนการรักษาผู้ป่วย	29 (58)
ญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการนวดหัวใจ ถ้าหัวใจหยุดเต้น	37 (74)
การใส่เครื่องช่วยหายใจ	26 (52)
การใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ	30 (60)
การให้ยาเพิ่มความดันโลหิต	14 (28)
ญาติทราบความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลรักษา	12 (24)
ญาติทราบสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการอยู่ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต	
- ที่บ้าน	2 (4)
- ที่โรงพยาบาล	10 (20)

การวิจารณ์

จากการศึกษานี้ ความพึงพอใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จัดว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สูงมาก และความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นหลังจากผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้นโดยพบว่าญาติมีความรู้สึกที่ ผู้ป่วยยังมีอาการไม่สบายตัวในด้านต่างๆ อยู่มากพอสมควร โดยเฉพาะอาการเหนื่อย ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 46 และมีอาการปวดร้อยละ 22 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประชากรลักษณะเดียวกันในต่างประเทศพบว่า มีอาการปวดร้อยละ 42 จะมีจำนวนมากที่สุด อาการเหนื่อยร้อยละ 38 รองลงมา⁽¹³⁾ ซึ่งก็จัดว่ามีอาการไม่สบายกายอยู่ในปริมาณไม่น้อยไม่แตกต่างกับการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีคุณภาพที่ดีขึ้น ทางผู้วิจัยเห็นประเด็นนี้ว่าเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญที่แพทย์ผู้ดูแลหรือผู้เกี่ยวข้อง ควรมองหาแนวทางการดูแล โดยช่วยให้แพทย์ได้ตระหนักถึงปัญหาเหล่านี้ และให้การรักษาอย่างเหมาะสม เช่น มีการใช้ยาควบคุมอาการเหนื่อย และอาการปวดให้เพียงพอมากกว่าในปัจจุบันนี้

หากพิจารณาถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย จากการศึกษานี้ แพทย์ได้ให้ข้อมูลครอบคลุมถึงการทำการหัตถการช่วยชีวิตอยู่ในสัดส่วนที่ไม่น้อย เช่น การนวดหัวใจหากหัวใจหยุดเต้นร้อยละ 58 การใส่เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 74 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งพบว่าแพทย์บอกแผนการรักษากับญาติผู้ป่วยครอบคลุมถึงการนวดหัวใจหากหัวใจหยุดเต้น สูงถึงร้อยละ 94⁽¹⁴⁾ ความแตกต่างที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากนโยบายในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน โดยทางมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไว้และแพทย์ได้ปฏิบัติตาม และกลุ่มผู้ป่วยเอง ก็เป็นกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ซึ่งแพทย์อาจมองเห็นว่ามีอาการรุนแรงกว่า จึงมีแนวโน้มจะบอกญาติอย่างครอบคลุมมากกว่า ในขณะที่การศึกษานี้ กลุ่มผู้ป่วยระยะวิกฤตที่เข้าสู่งการศึกษามีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ก่อนเข้าโรงพยาบาล ซึ่งอาจเป็นเหตุให้แพทย์ไม่ค่อยคิดถึงการบอกแผนการดูแลในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น หากพิจารณาว่าร่วมกันว่าความพึงพอใจของญาติจะขึ้นกับการให้ข้อมูลแก่ญาติอย่างเพียงพอ การให้ข้อมูลแก่ญาติให้ครอบคลุมถึง

ทำการหัตถการช่วยชีวิตให้มากขึ้น ในผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ใช่ผู้ป่วยระยะท้าย อาจช่วยทำให้ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ดียิ่งขึ้นไปอีก

นอกจากนั้น ยังพบว่า การให้ข้อมูลของแพทย์ทั้งหมดกับญาติผู้ป่วยในครั้งเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะทำให้ญาติเข้าใจสถานการณ์ทั้งหมดได้ ดังนั้น ควรให้ข้อมูลมากกว่า 1 ครั้งถึงการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย^(15, 16) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่แพทย์ให้ข้อมูลและตอบคำถามได้ชัดเจนและอธิบายแนวทางการรักษาทั้งหมดให้แก่ญาติ⁽¹⁷⁾ มีการศึกษาในปี 2011 ที่ทำในหอผู้ป่วยวิกฤตของสวีเดนเพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่แสดงถึงความพึงพอใจของญาติจำนวนครอบครัวผู้ป่วย 35 ครอบครัว พบว่าระดับของความพึงพอใจญาติขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านแพทย์ การให้ข้อมูลผู้ป่วย การเปิดโอกาสให้ญาติสอบถามและมีส่วนร่วมตัดสินใจการรักษารักษา การแสดงความเห็นอกเห็นใจของแพทย์ และการให้เวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เป็นสิ่งที่สำคัญในการสร้างความพึงพอใจให้กับญาติผู้ป่วย⁽¹⁸⁾ ซึ่งหากดูจากผลการศึกษานี้ จะเห็นได้ว่า ญาติมีความเข้าใจถึงตัวโรคและการดำเนินโรคของผู้ป่วยดีขึ้นในระหว่างอยู่โรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างการสัมภาษณ์ครั้งแรกกับหลังสิ้นสุดการรักษาอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือเวลาที่แพทย์ได้เปิดโอกาสให้ญาติสอบถามข้อมูลผู้ป่วยในระหว่างอยู่โรงพยาบาล และหลังสิ้นสุดการรักษาร้อยละ 70 และร้อยละ 80 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเหล่านี้ น่าจะส่งผลต่อระดับความพึงพอใจของญาติ ประเด็นที่น่าสนใจอีกเรื่อง คือ จำนวนญาติที่ทราบความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลรักษา ซึ่งมีอยู่ร้อยละ 28 และทราบถึงสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการอยู่ในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตร้อยละ 20 ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างน้อย แสดงให้เห็นว่าประชากรส่วนใหญ่ ยังไม่ได้ตระหนักถึงการเตรียมความพร้อมและการวางแผนสำหรับระยะสุดท้ายในชีวิตของตนเอง ดังนั้นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ จะเห็นได้ว่าในประเทศไทยจากการศึกษาในปี 2008 การวางแผนสำหรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะช่วยลดจำนวนการนวดหัวใจเมื่อหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยระยะสุดท้ายลงได้⁽¹⁹⁾

บทสรุป

จากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ยังมีประเด็นต่าง ๆ ที่สามารถพัฒนา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีคุณภาพที่ดีขึ้น อันได้แก่ การสื่อสารที่ดี ให้ข้อมูลแก่ญาติอย่างครอบคลุมต่อเนื่อง และการปรับปรุงการดูแลอาการไม่สบายตัวของญาติ น่าจะทำให้ผู้ป่วยและญาติ ได้รับการดูแลที่สมบูรณ่มากขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และญาติมีความพึงพอใจมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Brill R, Spevetz A, Branson RD, Campbell GM, Cohen H, Dasta JF, et al. Critical care delivery in the intensive care unit: defining clinical roles and the best practice model. *Crit Care Med.* 2001;29(10):2007-19.
2. Curtis JR, Vincent JL. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet.* 2010;376(9749):1347-53.
3. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA.* 2000;284(19):2476-82.
4. นิมนานนิตย์ ส. End of life. *เวชปฏิบัติทรรศน์ 3: งานการศึกษาต่อเนื่อง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล* 2547. p. 575-601.
5. Heyland DK, Tranmer JE, Kingston General Hospital ICURWG. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results. *J Crit Care.* 2001;16(4):142-9.
6. Wasser T, Pasquale MA, Matchett SC, Bryan Y, Pasquale M. Establishing reliability and validity of the critical care family satisfaction survey. *Crit Care Med.* 2001;29(1):192-6.
7. Brown A, Hijazi M. Arabic translation and adaptation of Critical Care Family Satisfaction Survey. *Int J Qual Health Care.* 2008;20(4):291-6.
8. Stricker KH, Niemann S, Bugnon S, Wurz J, Rohrer O, Rothen HU. Family satisfaction in the intensive care unit: cross-cultural adaptation of a questionnaire. *J Crit Care.* 2007;22(3):204-11.
9. Dowling J, Wang B. Impact on family satisfaction: the Critical Care Family Assistance Program. *Chest.* 2005;128(3 Suppl):76S-80S.
10. Wall RJ, Engelberg RA, Downey L, Heyland DK, Curtis JR. Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. *Crit Care Med.* 2007;35(1):271-9.
11. Lee IY CW, MacKenzie AE. Needs of families with a relative in a critical care unit. *J Clin Nurs.* 2000; 9:46-54.
12. ปฐมวดี สิงห์ตง ชจ. การบำบัดทางการพยาบาล สำหรับครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยหนัก : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.* 2011;22.
13. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *JAMA.* 1995;274(20):1591-8.
14. Sudarat S MC, Love EJ, Sitthi-Amorn C. Physicians' attitudes and practices regarding advanced end-of-life care planning for terminally ill patients at Chiang Mai University Hospital, Thailand. *Nursing and Health Sciences* 2009. 2009;11:23-8.
15. Coulter MA. The needs of family members of patients in intensive care units. *Intensive Care Nurs.* 1989;5(1):4-10.
16. Curry S. Identifying family needs and stresses in the intensive care unit. *Br J Nurs.* 1995;4(1):15-9.
17. Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives' experiences of critical care. *Nurs Crit Care.* 2005;10(1):23-30.

18. Karlsson C, Tisell A, Engstrom A, Andershed B. Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. *Nurs Crit Care*. 2011;16(1):11-8.
19. Sittisombut S, Maxwell C, Love EJ, Sithi-Amorn C. Effectiveness of advance directives for the care of terminally ill patients in Chiang Mai University Hospital, Thailand. *Nurs Health Sci*. 2008;10(1):37-42.

การศึกษาการใช้บันทึกช่วยจำเรื่องยาเพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุเรื่องการใช้ยา ที่ห้องยาศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย

The study of medication memo to support elderly patients with chronic diseases
at pharmacy department, elderly health care center the thai red cross society

จิตาภา ภูวกรกุลวุฒิ

งานเภสัชกรรม ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย

Jidapa Phuwakonkunlawut

Pharmacy department, Elderly Health Care Center, the Thai Red Cross Society

Received: 7 September 2018

Revised: 3 December 2018

Accepted: 25 December 2018

บทคัดย่อ

การใช้บันทึกช่วยจำเรื่องยาเพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุเรื่องการใช้ยา มีการดำเนินงานที่ห้องยา ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2560 – เดือนธันวาคม 2560 วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้สมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยาของผู้สูงอายุ ความร่วมมือในการใช้ยา “บันทึกช่วยจำเรื่องยา” เป็นสมุดที่เภสัชกรบันทึกประวัติการใช้ยาประจำตัว ยาที่ใช้เพิ่มเติม ประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุในระหว่างการให้ยา รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการให้ยาให้ผู้ป่วย รวมทั้งใช้รวบรวมข้อมูลการใช้ยาทั้งหมดไปยังบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้ามีการนับเม็ดยาเพื่อดูความร่วมมือในการใช้ยา และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับสมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยาแบบ Visual analog scale โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มที่มารับยารักษาโรคประจำตัวต่อเนื่องที่ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย เข้าร่วมเป็นการเลือกแบบสะดวกจำนวน 207 คน พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 99 มีการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกช่วยจำที่สมบูรณ์ สาเหตุที่ทำให้ไม่สมบูรณ์ คือ ผู้สูงอายุลืมนำบันทึกช่วยจำเรื่องยามา การย้ายถิ่นที่อยู่ตามลูกหลาน การมารับยาระงับทันหัน ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ การไม่ทานยาตามแพทย์สั่ง ผู้สูงอายุที่นำบันทึกช่วยจำเรื่องยามาพร้อมยาที่เหลือจะมีความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างถูกต้องมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้นำสมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยามาร้อยละ 20.71 ปัญหาที่พบในการดำเนินการ คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้นำบันทึกช่วยจำเรื่องยาเมื่อมาพบแพทย์หรือรับยาต่อเนื่อง ผู้สูงอายุเข้าใจผิดว่าต้องเป็นผู้บันทึกลงในสมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยาดด้วยตัวเอง

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ความร่วมมือในการใช้ยา, บันทึกช่วยจำเรื่องยา

Abstract

Elderly Health Care Center, the Thai Red Cross Society had developed medication memo to support elderly patients with chronic diseases during July 2017 to December 2017. Key parameters of patient drug utilization were record by pharmacist including, routine medicine, supplemental drugs, adverse drug events, patient behaviors, drug related problems and collecting patient drug profile to healthcare providers. The data was collected in prospective aspect and evaluate with visual analog scale by the patients, and analyzed by descriptive statistics. About medication memo finding, two hundred and seven patients were

ผู้รับผิดชอบบทความ

จิตาภา ภูวกรกุลวุฒิ

งานเภสัชกรรม ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย

โทร 038-109423 ต่อ 4104

Corresponding author

Jidapa Phuwakonkunlawut, Pharmacy department, Elderly

Health Care Center, the Thai Red Cross Society

E-mail: Romkeaw@yahoo.com

enrolled by convenience sampling in order to evaluate patient compliance of medication memo that 99% of elderly patient get complete information of medication use. The rest are those who forget to bring the memo to hospital, their migration or their emergency visits. The most common drug related problems in elderly patients is non-compliance or not take medicine in accordance with physician prescription. Interestingly, elderly patients who carried medication memo with residual medicine to the clinic had higher tendency to comply with physician prescription than elderly without carrying medication memo 20.71%. The major obstacle to conduct this study is the elderly patients forget to bring the medication memo to the clinic and misunderstood of drug record by themselves.

Keywords : Elderly, memory card, compliance

บทนำ

ผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุข ประกาศว่า ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 64.5 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป 9.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.5 ของประชากร โดยเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 5 แสนคน คาดว่าภายในปี 2568 ไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) จะมีประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ สังคมไทยจึงต้องเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุเดิมที่มีอายุยืนยาวขึ้น เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ และคนวัยทำงานที่กำลังสู่วัยสูงอายุ สิ่งที่มาคือ ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวหลายโรค ไม่ว่าจะเป็โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อและกระดูก เป็นต้น ซึ่งย่อมต้องมีการทานยาหลายชนิดร่วมกัน และใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน รวมทั้งเมื่อมีการเจ็บป่วยอื่นๆ ก็จะมีการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ ความร่วมมือในการใช้ยา⁽²⁾ หมายถึงความเบี่ยงเบนจากแผนการสั่งใช้ยาเนื่องจากการเลือกที่จะไม่ปฏิบัติตามความไม่เข้าใจ หรือการลืมที่ทำให้เกิดอาการที่แย่ง ทำให้มีความเสี่ยงในการใช้ยาซ้ำซ้อน เกิดปัญหายาตีกัน หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาพฤติกรรมและทัศนคติการใช้ชีวิตก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาเป็นที่ทราบกันดีว่าการดื่มสุรา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลต่อการรักษา และการใช้ยาอาจทำให้ระดับยาในเลือดเปลี่ยนแปลง เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จนเป็นอันตรายต่อร่างกายต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลได้ พบว่า 1 ใน 5 ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ามาอนรักษาตัว

ในโรงพยาบาลมีสาเหตุมาจากเรื่องของการใช้ยา โดยที่ร้อยละ 40 มีสาเหตุมาจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง และอีกร้อยละ 60 มาจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา⁽³⁾

ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรหรือการรักษาตนเองโดยไม่ต้องรับประทานยาแผนปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใช้ยาสมุนไพรอาหารเสริมสุขภาพ ร่วมกับยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัวโดยไม่ได้แจ้งให้แพทย์ผู้รักษาทราบ เนื่องจากเกรงว่าแพทย์อาจจะไม่พอใจ จึงส่งผลให้มีข้อมูลการใช้ยาในผู้สูงอายุแต่ละรายไม่ครบถ้วน และอาจเกิดอันตรายจากผลของยาตีกันได้⁽⁴⁾

บทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในการให้คำแนะนำการใช้ยา อาจช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจการใช้ยาได้ในระดับหนึ่ง แต่ปัญหาจากการใช้ยาสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในการใช้ยาของผู้สูงอายุ ดังนั้นการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาที่ดีที่สุด คือ การให้ผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดความตระหนัก ใส่ใจในเรื่องยาที่ใช้ทั้งหมด ผู้สูงอายุรู้จักการดูแลตัวเองด้านยาอย่างแท้จริง “สมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยา” เป็นเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลการใช้ยาทั้งหมด ได้แก่ ประวัติการใช้ยารักษาโรคประจำตัว ยาอื่นๆ หรือสมุนไพรที่ใช้นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ประวัติการแพ้ยาหรืออาการข้างเคียงด้านยาที่เคยเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ พฤติกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ ในระหว่างการใช้ยา เมื่อบุคลากรทางการแพทย์ได้รับข้อมูลเรื่องยา ปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยที่สมบูรณ์ จะช่วยแก้ปัญหาเรื่องการใช้ยาได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้ยาอย่างปลอดภัยและสามารถดูแลตัวเองด้านยาได้ การศึกษาเรื่องสมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยาของผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้สมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยา และความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าที่ห้องยา ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้สมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยา (รูปที่ 1) เกสซ์กรเป็น ผู้ลงบันทึกรายละเอียดการใช้ยาของผู้สูงอายุทุกครั้งที่มา รับประทาน เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางร่างกาย และ

บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ลงบันทึกจะได้ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน อย่างแท้จริง โดยผู้สูงอายุต้องนำสมุดมาทุกครั้ง ที่มาปรึกษาพร้อมยาที่เหลือ มีการนับเม็ดยาเพื่อดูความ ร่วมมือในการใช้ยา และแบบประเมินความพึงพอใจของ ผู้ป่วยแบบ visual analog scale ต่อการได้รับสมุดบันทึก ช่วยจำเรื่องยา เพื่อความสะดวก เข้าใจง่าย เนื่องจาก ผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านแบบประเมินความพึงพอใจได้ เนื่องจากสายตาไม่ดี หรืออ่านหนังสือไม่ออก

ข้อแนะนำเรื่องการใช้ยา

- อ่านฉลากยาให้ละเอียดก่อนใช้ยาทุกครั้ง
- ยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง เช่น ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ควรรับประทานในเวลาเดียวกันทุกวัน เพื่อให้ผลการควบคุมโรค
- ยาที่ต้องทานก่อนอาหาร โดยทั่วไปต้องทานก่อนอาหารเช้าครึ่งถึง 1 ชั่วโมง เพื่อให้อาการดีขึ้นในเวลาที่ยังรับประทานอาหารเช้า หรือเพื่อป้องกันอาการปวดท้องหรือคลื่นไส้ของ ยา ถ้าเป็นยารักษาโรคเบาหวานจำเป็นต้องรับประทานอาหารเช้าจากที่รับประทาน ยาด้วยทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งจะมีอาการใจสั่น หน้ามืด เหงื่อแตก เป็นต้น
- ยาที่ต้องรับประทานหลังอาหารทันที หรือพร้อมอาหาร ต้องทานตัวไม่ให้หมดเวลา และทานยาหลังอาหารทันที เพื่อป้องกันกระเพาะอาหารระคายเคือง อาจทำให้เกิดแผลเลือดออกในกระเพาะอาหารได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหากระเพาะอาหารบางกว่าวัยหนุ่มสาว
- การรับประทานยาให้สม่ำเสมอมีความสำคัญ โดยเฉพาะยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง การจัดการเวลาในการรับประทานยาให้เหมาะสม ลดความเสี่ยงการกำเริบของโรคประจำตัวของผู้ป่วย ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร ไม่ควรปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยาเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ซึ่งส่งผลดีต่อการรักษาหรือของผู้ป่วยเอง
- ยาที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ อาจเกิดยาพิษ ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียร้ายแรงได้ สาเหตุที่พบบ่อยๆ คือ การไปพบแพทย์หลายแห่ง การซื้อยาใช้เอง ดังนั้นทุกครั้งจึงควรมีสมุดบันทึกเรื่องยาที่ใช้ประจำ หรือนำยาที่ใช้เป็นประจำไปด้วยทุกครั้ง เพื่อให้แพทย์หรือเภสัชกรได้ทราบประวัติของยาและแจ้งข้อควรระวังได้ถูกต้อง
- ยาที่ผู้ป่วยได้รับครั้งแรก หรือไม่เคยใช้มาก่อน ต้องสังเกตอาการว่าเกิดจากยาที่ อาจเกิดขึ้นได้ และแจ้งแพทย์หรือเภสัชกร หากเป็นอาการเล็กน้อย ไม่เกิดอันตรายร้ายแรงแล้วร่างกาย เมื่อหยุดอาการเหล่านี้ก็จะหายไป หรือเมื่อใช้ยาต่อเนื่องไป ระยะเวลาหนึ่ง อาการจะลดลงหรือหายไป แต่หากมีอาการมาก จนรู้สึกว่าทนไม่ได้ ควรรีบพบแพทย์หรือเภสัชกร เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เร็วที่สุด ไม่ควรพยายามจะเพราะอาจทำให้โรครุนแรงขึ้นได้

"บันทึกช่วยจำเรื่องยา"

ชื่อ-สกุล

วิธีการใช้

1. ให้นำส่วนลงบันทึกรายการยาโรคเรื้อรังที่มีการใช้รักษาต่อเนื่อง ก็ได้รับจากโรงพยาบาล (อาจมีมากกว่า 1 แห่ง) กรณีมี รักษา สถานพยาบาลต่างๆ รวมถึงรายการยารุ่นที่มีการใช้ร่วมกันด้วย
2. ใ้จดข้อมูลประจำตัวให้ครบถ้วน โดยเฉพาะเรื่องกรรณบัตรเพื่อจะสามารถติดต่อได้
3. ใ้จดข้อมูลเหตุการณ์กรณการใช้ยา กิจกรรมในชีวิตประจำวันและช่วง การไปทานยาเป็นประจำ
4. หากบันทึกช่วยจำเรื่องยา เช่นนี้เพิ่มหรือต้องการไปบันทึกช่วยจำ เรื่องยา สามารถขอได้ที่ ห้องยา ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย โทร 038-109-423 ต่อ 4104

บันทึกช่วยจำ เรื่องยา

ข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย

ชื่อ

นามสกุล

เพศ ชาย หญิง

HN

บ้านเลขที่ หมู่ ถนน

อำเภอ จังหวัด

โทรศัพท์

ผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีเร่งด่วน

ชื่อ-สกุล ความสัมพันธ์เป็น

โทรศัพท์ E-mail

Facebook Line ID

สิทธิ์การรักษา

การแพทย์

ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา

แพทย์ชื่อ

อาการ

มีบัตรแพทย์ มี ไม่มี

อาหารที่รับประทานประจำ

มีการใช้อาหารเสริม ไม่มี

มี ระบุ

บุพรี สูง น้อยกว่า 20 ซม./วัน ไม่สูง

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ซม./วัน

สุรา ดื่ม ไม่ดื่ม

ออกกำลังกาย ออกกำลังกาย ความถี่

ครั้ง/สัปดาห์

ไม่ออกกำลังกาย

โรคประจำตัวผู้ป่วยและประวัติการใช้ยา

โรค

ชื่อ ร.พ.	ชื่อแพทย์	ชื่อ ร.พ.	ชื่อแพทย์
ยาที่ได้รับ	วัน/เดือน/ปีที่รับยา	ยาที่ได้รับ	วัน/เดือน/ปีที่รับยา
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	
8		8	
9		9	
10		10	

ข้อมูลทั้งหมด

รูปที่ 1 บันทึกช่วยจำเรื่องยา

การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การประเมินผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล (descriptive research) ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2560 - เดือน ธันวาคม 2560 มีกลุ่มผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลประจำตัวต่อเนืองที่ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุสภาาชาตไทย เข้าร่วมเป็นการเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) จำนวน 207 คน

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุกลุ่มที่มาโรงพยาบาลประจำตัวต่อเนืองที่ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภาาชาตไทย เป็นการเลือกแบบสะดวก (convenience Sampling) จำนวน 207 คน เริ่มดำเนินงานตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกรกฎาคม 2560-วันที่ 31 เดือนธันวาคม 2560 ที่ห้องยา ศูนย์ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ สภาาชาตไทย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (N = 207) ที่ได้รับสมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยา

	จำนวน	ร้อยละ	หัวข้อรายการยา/โรค	จำนวน
เพศหญิง	72 คน	34.78	จำนวนรายการยาที่ใช้เฉลี่ย	4.6 รายการ
เพศชาย	135 คน	65.22	จำนวนโรคที่ผู้ป่วยเป็น 1 โรค	39 คน
			จำนวนโรคที่ผู้ป่วยเป็น 2 โรค	115 คน
อายุเฉลี่ย	71.81ปี		จำนวนโรคที่ผู้ป่วยเป็น 3 โรคขึ้นไป	53 คน

พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 99 มีการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกช่วยจำที่สมบูรณ์สาเหตุที่ทำให้ไม่สมบูรณ์คือ ผู้สูงอายุลืมนำบันทึกช่วยจำเรื่องยามา การย้ายถิ่นที่อยู่ตามลูกหลาน การมารับยากระทันหัน ส่วนความพึงพอใจในการใช้สมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยาของผู้สูงอายุจากการวัดโดย visual analog scale พบว่าผู้สูงอายุมีค่ามัธยฐานของระดับความพึงพอใจโดยรวมในการใช้สมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยาอยู่ที่คะแนน 5 คะแนน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) คืออยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด Mean 4.54,SD 0.10,minimum 4.0, maximum 5.0 โดยพบว่า ความถี่ของระดับความพึงพอใจ คือ ระดับ

ความพึงพอใจมากที่สุด (ร้อยละ 54) รองลงมาคือ ระดับความพึงพอใจมาก (ร้อยละ 46) ผู้สูงอายุให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า สมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยาช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง เพิ่มความจำเรื่องยาที่ผู้สูงอายุได้รับ

จากการศึกษาพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้สูงอายุจำนวน 20 ครั้ง การไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่พบมากที่สุดเมื่อเภสัชกรได้ถามผู้สูงอายุถึงเหตุผลในการไม่ใช้ยาตามสั่ง ลักษณะของปัญหามักเกี่ยวข้องกับความคิดและทัศนคติในการดูแลสุขภาพ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาและการแก้ไข

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	จำนวน	วิธีการแก้ไข
1. การไม่ร่วมมือในการใช้ยา	15	เภสัชกรต้องทำความเข้าใจ และซักถามเหตุผลที่ไม่ใช้ยา ไม่สม่ำเสมอหรือไม่ทานยาตามแพทย์สั่ง ซึ่งผู้สูงอายุให้เหตุผลดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - มียาที่รับประทานเยอะแล้วทำให้ไม่ยอมทานยาบางตัวเพื่อลดจำนวนยาที่ทานลง - กลัวยามีผลต่อดับและไตของตนเอง - ผู้ป่วยคิดว่าค่าความดันของตัวเองปกติแล้ว จึงไม่รับประทานยาลดความดันโลหิตอีก - ผู้ป่วยไม่ยอมทานยาตามวิธีใช้ที่แพทย์สั่ง จึงลดขนาดยาเอง - ผู้ป่วยไม่ทานอาหารตามมื้อ จึงไม่ทานยา
1.1 การไม่ทานยาตามแพทย์สั่ง	9	เภสัชกรอธิบายความสำคัญของการรับประทานให้ถูกต้อง สม่ำเสมอ ตรงเวลา เพื่อให้สามารถควบคุมโรคและบรรเทาเป้าหมายในการรักษา เภสัชกรปรับขนาดตัวอักษรของฉลากยาให้มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุอ่านง่ายขึ้น
1.2 การลืมทานยา	2	เภสัชกรต้องคุยและปรึกษากับผู้ดูแล,ญาติที่อยู่บ้านเดียวกัน เพื่อช่วยแก้ปัญหาการลืมทานยา
1.3 การได้รับยาไม่เพียงพอถึงวันนัด	1	เภสัชกรต้องทราบวันนัดและคำนวณจำนวนยาที่ผู้สูงอายุต้องได้รับตามวันนัดของผู้สูงอายุทุกราย รวมถึงเภสัชกรแจ้งให้ผู้สูงอายุที่ติดธุระไปต่างจังหวัดมารับยาก่อนวันนัดได้
1.4 ผู้สูงอายุอ่านหนังสือไม่ออก	1	เภสัชกรพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักมีความจำกัด การเปลี่ยนฉลากยาให้อยู่ในรูปสัญลักษณ์ให้อยู่ในรูปที่สามารถจดจำได้ง่าย สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุทานยาได้อย่างถูกต้อง
1.5 ผู้สูงอายุขาดความตั้งใจในการดูแลสุขภาพตนเอง	2	เภสัชกรส่งปรึกษาที่มพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อให้สามารถติดตามการทานยาได้อย่างต่อเนื่อง
2. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา-ทานยา Amlodipine แล้วขาบวม,ทานยา Metformin, Simvastatin แล้วเวียนหัว	5	เภสัชกรให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในกรณีที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา หรือปรึกษาแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนยาในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทนต่ออาการไม่พึงประสงค์นั้นได้

เภสัชกรพบว่าผู้สูงอายุที่นำสมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยามาพร้อมยาที่เหลือจะมีความร่วมมือในการใช้ยา มีการรับประทานยาได้อย่างถูกต้องมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้

นำสมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยามาร้อยละ 20.71 โดยใช้การนับเม็ดยาที่เหลือของผู้สูงอายุ (Pill count) เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างผู้สูงอายุที่มีการนำบันทึกช่วยจำเรื่องยามาพร้อมยาที่เหลือทุกครั้ง กับผู้สูงอายุที่ไม่ได้นำบันทึกช่วยจำเรื่องยามาพร้อมยาที่เหลือ

อัตราความร่วมมือในการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ* (N = 54)
ผู้สูงอายุที่นำบันทึกช่วยจำเรื่องยามาด้วยทุกครั้งมาพร้อมยาที่เหลือ	36	91.39
ผู้สูงอายุที่ไม่ได้นำบันทึกช่วยจำเรื่องยามาพร้อมยาที่เหลือ	18	70.68
รวม	54	100

*อัตราความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence rate) = $\frac{\text{จำนวนเม็ดยาตามวันนัด} - \text{จำนวนเม็ดยาที่ลืมหาน}}{\text{จำนวนเม็ดยาตามวันนัด}} \times 100$

บทวิจารณ์

จากการศึกษาการใช้สมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยา พบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ เรื่องผู้ช่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยามากที่สุด พบว่าผู้สูงอายุที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง สังเกตจากการนำสมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยาพร้อมยาที่เหลือมาด้วยทุกครั้งที่มารับยา เพื่อให้เภสัชกรตรวจสอบรายการยา และลงบันทึกข้อมูลด้านยาลงในสมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยาให้เป็นปัจจุบัน ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้นำสมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยาพร้อมยาที่เหลือมาให้เภสัชกรตรวจสอบ มักจะไม่ได้ทานยาอย่างถูกต้องไม่ได้ใส่ใจเรื่องผลการรักษาของโรคประจำตัวที่ตนเองเป็นอยู่และไม่ได้มาตามนัดแพทย์

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการศึกษาเรื่องนี้ คือ ระยะเวลาการใช้สมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยาอาจไม่นานพอที่จะเห็นความร่วมมือในการใช้ยาที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อเวลาผ่านไป โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัจจัยด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ผู้สูงอายุที่มีลูกหลานพามาพบแพทย์ พบว่านำสมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยาพร้อมยาที่เหลือมาด้วยทุกครั้งที่มารับยา พร้อมทั้งมีข้อซักถามเรื่องการให้ยาของผู้สูงอายุ และสามารถบอกรายละเอียด การปฏิบัติตัวระหว่างการรับประทานยาที่บ้านให้เภสัชกรทราบ เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาดังด้วยการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ⁽⁵⁾

ข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยในสมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยา ช่วยทำให้เกิดการสื่อสารที่ดี มีความเข้าใจ

ที่ตรงกัน สามารถอธิบายการใช้ยาได้อย่างชัดเจน มีความต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น การให้ข้อมูลเรื่องการรักษาที่เพียงพอและเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยพึงพอใจและเข้าใจในการให้คำปรึกษาของบุคลากรทางการแพทย์⁽⁶⁾

บทสรุป

สมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยาช่วยให้เภสัชกรสามารถค้นหาปัญหาในเรื่องการใช้ยาของผู้สูงอายุแต่ละรายและช่วยให้เภสัชกรประสานงานกับแพทย์และพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้ป่วยมียาเหลือกลับมาเป็นจำนวนมาก เภสัชกรสามารถทวนสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยว่าแพทย์สั่งเปลี่ยนวิธีการรับประทานยาแล้วแต่ผู้ป่วยยังรับประทานยาตามวิธีใช้เดิมหรือไม่ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยา พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 3 รายที่บันทึกการรับประทานลงในสมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยาด้วยตัวเองทุกวัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์ในการบันทึกการรับประทานยาของตัวเองทุกวัน แม้ว่าเภสัชกรได้บอกผู้สูงอายุทุกรายที่รับสมุดบันทึกช่วยจำเรื่องยาคั้งแรกว่า เภสัชกรจะเป็นผู้บันทึกให้เพื่อความถูกต้องครบถ้วนของประวัติการใช้ยาของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางรายที่อ่านหนังสือไม่ออกหรือมองฉลากยาไม่เห็นมักไม่บอกให้แพทย์หรือเภสัชกรทราบ เนื่องจากรู้สึกอาย เมื่อเภสัชกรสอบถามเรื่องการรับประทานยาจากสมุดบันทึกเรื่องยาทำให้เภสัชกรทราบปัญหา และแก้ไขโดยใช้สัญลักษณ์วิธีการใช้ยาแทนการอ่านฉลากยาและส่งต่อข้อมูลไปเยี่ยมบ้านเพื่อทวนสอบการรับประทานยาว่าผู้สูงอายุสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้องหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ประชากรผู้สูงอายุไทย : ปัจจุบันและอนาคต [อินเทอร์เน็ต]. 2557. จาก: https://www.m-society.go.th/article_attach/13225/17347.pdf
2. Chan M, Nicklason F, Vial JH. Adverse drug events as a cause of hospital admission in the elderly. *Intern Med J.* 2001;31:199–205.
3. Passarelli MCG, Jacob-Filho W, Figueras A. Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population: inappropriate prescription is a leading cause. *Drugs Aging.* 2005;22:767–77.
4. อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, นิรนาท วิทยโชคกิติคุณ. พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ.* 2558;9:32–46.
5. เบญจมาศ นาควิจิตร,. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร [ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์]. [กรุงเทพฯ]: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2551.
6. Jin H, Kim Y, Rhie SJ. Factors affecting medication adherence in elderly people. *Patient Prefer Adherence.* 2016;10:2117–25.
7. วณิดา กองแก้ว,. ลักษณะชีวิตสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร [สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ]. [กรุงเทพฯ]: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2549.
8. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med.* 2003;163:2716–24.
9. Midlöv P, Eriksson T, Kragh A. Drug-related problems in the elderly. Springer Science & Business Media; 2009.
10. วีรภัทร วิไลศิลป์ดีเลิศ. ผู้สูงอายุ : ภาวะหรือทรัพยากร [ออนไลน์]. *เสียงผู้สูงอายุ.* 2557;3:10–1.
11. พุทธชาติ มากชุมนุม,. ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก]. [กรุงเทพฯ]: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2558.
12. Turnheim K. Drug therapy in the elderly. *Exp Gerontol.* 2004;39:1731–8.
13. Bressler R, Bahl JJ. Principles of drug therapy for the elderly patient. *Mayo Clin Proc.* 2003;78:1564–77.
14. Huang AR, Mallet L, Rochefort CM, Eguale T, Buckeridge DL, Tamblyn R. Medication-related falls in the elderly: causative factors and preventive strategies. *Drugs Aging.* 2012;29:359–76.

การศึกษาค่ากำลังกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุในชุมชน

The study of grip strength in community-dwelling Thai elderly

พนินทร กองเกตใหญ่¹ วรินทร์ดา อ่อนคำภา¹ วันเพ็ญ วงศรีเทพ² วิลัย คุปต์นิรติศัยกุล³

¹นักกิจกรรมบำบัด สาขากิจกรรมบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

²เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

³รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Panintorn Konggateyai¹ Warinda Onkampa¹ Wonpen Wongsrithep² Vilai Kuptniratsaikul³

¹Occupational Therapy, Rehabilitation Medicine Department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

²General Administration Officer, Rehabilitation Medicine Department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

³Associate Professor, M.D.Rehabilitation Medicine Department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Received: 17 October 2018
Revised: 16 November 2018
Accepted: 19 December 2018

บทคัดย่อ

กำลังกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุมีประโยชน์ การประเมินทำได้ง่าย สะดวก สามารถใช้เป็นตัวทำนายพยากรณ์โรค และเป็นตัวชี้บ่งถึงผลลัพธ์ของการรักษาในบางโรค งานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่ากำลังกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุในชุมชนอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงครามรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการประเมินกำลังกล้ามเนื้อด้วยเครื่อง Jamar hand-held dynamometer ผู้ร่วมวิจัยใช้มือข้างถนัดบีบก้านของเครื่องให้แรงที่สุดเท่าที่ทำได้ 2 ครั้ง มีระยะพัก 2 นาที เลือกค่าที่มากที่สุด ค่าปกติของกำลังกล้ามเนื้อในเพศชายเท่ากับ 26 กิโลกรัม ส่วนเพศหญิงมีค่าเท่ากับ 18 กิโลกรัม วิเคราะห์หาค่ากำลังกล้ามเนื้อแยกตามเพศ ตามอายุ และตามช่วงอายุต่างๆ รวมถึงวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกายและกำลังกล้ามเนื้อขาควอดไตรเซพ ผลการศึกษามีผู้ร่วมโครงการจำนวน 243 ราย ผู้ที่มีกำลังมือน้อยกว่าค่าปกติร้อยละ 36.6 (95%CI: ร้อยละ 30.8 - 42.8) ค่าเฉลี่ยกำลังกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชนคือ 22.2 ± 7.0 กิโลกรัม เพศชายมีค่ากำลังกล้ามเนื้อมากกว่าเพศหญิง (27.9 ± 8.1 กิโลกรัม และ 20.2 ± 5.2 กิโลกรัม ตามลำดับ) กำลังกล้ามเนื้อลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (23.8 ± 6.9 กิโลกรัม ในช่วงอายุ 60-69 ปี, 20.6 ± 6.8 กิโลกรัม ในช่วงอายุ 70 - 79 ปี, และ 18.6 ± 5.1 กิโลกรัม ในช่วงอายุมากกว่า 80 ปี) มีเพียงสองปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกำลังกล้ามเนื้อ คือ อายุ และกำลังกล้ามเนื้อขาควอดไตรเซพ ด้วยค่า adjusted odds ratio เท่ากับ 3.27 (95%CI: 1.75, 6.11) ในกลุ่มอายุ 70 - 79 ปี และ 4.47 (95%CI: 1.71, 11.70) ในกลุ่มอายุที่มากกว่า 80 ปี และ 3.02 (95%CI: 1.53, 5.95) สำหรับผู้ที่มีกำลังมือน้อยกว่าปกติ โดยสรุปกำลังกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุเพศชายที่อาศัยในชุมชนมีค่ามากกว่าเพศหญิง และกำลังกล้ามเนื้อลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในเพศหญิงและชาย ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับกำลังกล้ามเนื้อคือ อายุและกำลังกล้ามเนื้อขาควอดไตรเซพ ควรมีการตรวจวัดกำลังกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุเพื่อการคัดกรองสุขภาพตั้งแต่ระยะแรก โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี

คำสำคัญ : กำลังกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุ ชุมชน ปัจจัย

ผู้รับผิดชอบบทความ

วิลัย คุปต์นิรติศัยกุล

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding author

Vilai Kuptniratsaikul

Associate Professor, Rehabilitation Medicine Department,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Vilai.kup@mahidol.ac.th

Tel: 662-419-7508, 662-419-8726, Fax: 662-411-4813

Abstract

Hand grip strength in the elderly is useful as it can be easily and quickly evaluated. In addition, it can be used as a predictor or indicator for outcome of treatment in some diseases. Therefore, our study aimed to investigate the hand grip strength in the elderly in the community at Amphawa district, Samut Songkhram Province and related factors. Demographic data was recorded. Hand grip strength was measured by Jamar hand-held dynamometer (Perston Jackson, Michigan, 49203, USA). The participant was asked to squeeze the stalk of the hand-held dynamometer as strong as they can twice with 2 minutes rest. The highest value was selected. The normal value for grip strength in male and female were 26 and 18 kilograms respectively. Hand grip strength was analyzed according by age and sex. Factors related to grip strength was analyzed including sex, age, body mass index and quadriceps strength. According to studies, it has been found that 243 participants were recruited with 74.5% female and average age of 69.7 ± 6.9 years. Prevalence of low grip strength was 36.6% (95% CI: 30.8 - 42.8%). The mean grip strength of the participant was 22.2 ± 7.0 kg. The male had greater hand grip strength than female (27.9 ± 8.1 kg. and 20.2 ± 5.2 kg, respectively). Grip strength decreased with increasing age (23.8 ± 6.9 kg in 60-69 years, 20.6 ± 6.8 kg. in 70-79 years and 18.6 ± 5.1 kg. in age over 80 years). There are two factors related to low grip strength including age and quadriceps strength with the adjusted odd ratio 3.27 (95%CI: 1.75, 6.11) in age 70 - 79 year; 4.47 (95% CI: 1.71, 11.70) in age more than 80 years and 3.02 (95% CI: 1.53, 5.95) in low quadriceps strength group. In conclusion, grip strength in community aging male is more than aging female. It decreases with increasing age in both genders. Factors related to grip strength are age and Quadriceps strength. Grip strength measurement is recommended for screening in elderly living in the community, especially age more than 80 years.

Keywords : Hand grip strength, elderly, community, factor

บทนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั่วโลก และประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่กำลังเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2543-2544 กล่าวคือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศและในปีพ.ศ. 2553 พบว่าประชากรสูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 13 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (จำนวนประชากร 65.9 ล้านคน) และคาดการณ์ว่าสัดส่วนนี้จะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 20 ของประชากรในปี 2568¹ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีมักพบปัญหาความเสื่อมถอยของสมรรถภาพความสามารถด้านต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นสิ่งพึงปรารถนาของทุกคน ลดการพึ่งพาผู้อื่นแต่ธรรมชาติของผู้สูงอายุกลับตรงข้ามโดยพบความเสื่อมถอยของระบบต่างๆ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบความยืดหยุ่นของหลอดเลือดที่ลดลง ส่วนระบบกระดูกพบความหนาแน่นมวลกระดูกลดลงทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนหรือระบบกล้ามเนื้อ พบการลีบลงของกล้ามเนื้อที่มากขึ้นตามวัย อันนำไปสู่โรคกล้ามเนื้อพร่อง เป็นต้น²

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อดังกล่าวข้างต้น พบว่ามวลกล้ามเนื้อที่ลดลงตามวัยจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนย้ายตนเอง รวมถึงการเคลื่อนที่อย่างไรก็ตามในการประกอบกิจวัตรประจำวันเหล่านั้น จำต้องอาศัยการทำงานของมือ แขน หรือ กล้ามเนื้อรยางค์ส่วนบนนั่นเอง กำลังกล้ามเนื้อมือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการหยิบจับสิ่งของ และช่วยให้การประกอบกิจวัตรประจำวันที่สมบูรณ์แบบ จากการทบทวนวารสารที่เกี่ยวข้องพบงานวิจัยอย่างเป็นระบบในผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นที่มีอายุระหว่าง 67.0 - 79.8 ปีจำนวน 15,784 รายพบว่าค่าเฉลี่ยกำลังกล้ามเนื้อมือในเพศชายมีค่าเท่ากับ $33.11(95\%CI: 32.27, 33.96)$ กิโลกรัม ส่วนเพศหญิงเท่ากับ $20.92(95\%CI: 20.45, 21.39)$ กิโลกรัม³ นอกจากนี้ Dodds และคณะรายงานถึงจำนวนผู้ที่มีกำลังกล้ามเนื้อมือน้อย (ต่ำกว่า 2 SD ของเพศเดียวกัน) จะเพิ่มขึ้นอย่างมากเมื่ออายุมากขึ้น โดยประมาณ 1 ใน 4 ของคนที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีกำลังกล้ามเนื้อมือน้อยกว่าปกติ (ชายพบร้อยละ 23 หญิงพบร้อยละ 27)⁴ นอกจากนี้มีการศึกษาของไทยโดยปิยะภัทร ตันติแพทยางกูร

และคณะรายงานกำลังกล้ามเนื้อมือในประชากรทั่วไปที่มาเที่ยวชมงานสัปดาห์สุขภาพดี มีอายุเฉลี่ย 44 ปี (พิสัย 8-96 ปี) มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 12.5 ซึ่งมีอาจเป็นตัวแทนของประชากรสูงวัยได้ดีเพียงพอ⁵

นอกจากนี้ผู้รายงานถึงความสัมพันธ์ของกำลังกล้ามเนื้อมือที่น้อยกว่าปกติกับระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่ยาวขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁶ นอกจากนี้มีการนำการวัดกำลังกล้ามเนื้อมือไปใช้ในการทำนายพยากรณ์โรค เช่น การศึกษาของ Kim และคณะรายงานว่าความแข็งแรงของทั้งกำลังกล้ามเนื้อมือและกำลังกล้ามเนื้อขาเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่จะทำนายอัตราการตาย และระดับความสามารถที่ลดลงในอนาคตได้ดีกว่าการใช้มวลกล้ามเนื้อ⁷ ส่วน Petersen และคณะกล่าวว่ากำลังกล้ามเนื้อมือที่ลดลงตามวัย จะเป็นตัวทำนายความพิการในอนาคต รวมทั้งการเกิดภาวะเปราะบาง และการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด (cognition) ในผู้สูงอายุ⁸

เนื่องจากกำลังกล้ามเนื้อมือมีผลต่อการทำนายพยากรณ์โรค รวมทั้งอัตราการตาย การวัดกำลังกล้ามเนื้อมือซึ่งเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ใช้อุปกรณ์ราคาไม่แพง และสามารถชี้แทนกำลังกล้ามเนื้อต่างๆ ในร่างกายได้ ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงค่ามาตรฐานของกำลังกล้ามเนื้อมือในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยในชุมชนรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่อนุมัติ Si 032/2016) และเป็นส่วนหนึ่งของการออกหน่วยในกิจกรรมเพื่อสังคมของภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช ณ ชุมชนอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์ทุกรายที่มาร่วมงานโดยเกณฑ์คัดเข้าคือผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีทั้งสองเพศที่มาร่วมงานมีสุขภาพดี และไม่มีภาวะผิดปกติของระบบประสาท เช่น ออกรักษาหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงส่วนบนอ่อนแรง รวมถึงไม่มีการอักเสบของข้อกระดูกส่วนบนโดยเฉพาะข้อมือและข้อนิ้วมือ ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ไม่สามารถเดินได้และไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ

ผู้สูงอายุ 243 รายที่มาร่วมงานจะได้รับการศึกษาประวัติข้อมูลพื้นฐานในด้าน อายุ เพศ น้ำหนักตัว

ส่วนสูง โรคประจำตัว ประวัติข้อเข่าเสื่อม ประวัติปวดหลัง คำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (น้ำหนัก/ส่วนสูงเป็นเมตร²) ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 23.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่ามีน้ำหนักมากกว่าปกติ⁹ วัดกำลังกล้ามเนื้อขาควอดไตรเซฟด้วยเครื่อง hand-held dynamometer-Lafayette Manual Muscle Test System (MMT) model 01163 (Lafayette Instruments, Lafayette, IN, USA) โดยให้ผู้สูงอายุนั่งเก้าอี้มีพนักพิง และห้อยเท้าในท่าเข่างอ 90 องศา ผู้ตรวจวางเครื่องมือ dynamometer หน้าข้อเท้าเหนือตาตุ่มใน ขณะทดสอบผู้ตรวจจะขอให้ผู้สูงอายุเหยียดเข่าขึ้นให้ขาขนานพื้น โดยต้องออกแรงต้านกับผู้ตรวจในทำนนานประมาณ 5 วินาที ให้ผู้สูงอายุลองทำก่อนทดสอบจริง 1 ครั้งในขาข้างถนัด โดยมีระยะพัก 2 นาทีระหว่างการทดสอบ ค่าปกติของกำลังกล้ามเนื้อขาควอดไตรเซฟในเพศชายต้องมากกว่า 18 กิโลกรัม และเพศหญิงต้องมากกว่า 16 กิโลกรัม¹⁰

นอกจากนี้คณะผู้วิจัยทำการประเมินกำลังกล้ามเนื้อมือโดยใช้เครื่อง hand-held dynamometer (Jamar hand dynamometer, Preston Jackson, Michigan, 49203, USA) ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับวัดกำลังกล้ามเนื้อในงานวิจัยผู้สูงอายุ¹¹ วิธีการวัดคือจัดทำให้ผู้สูงอายุนั่งเก้าอี้ แขนแนบลำตัว งอข้อศอกเป็นมุมฉากในท่า neutral และกระดกข้อมือเล็กน้อย ขณะกำก้านให้กระชับ (รูปที่ 1) ผู้สูงอายุจะได้รับอนุญาตให้ทดลองก่อนทำการวัดกำลังกล้ามเนื้อจริง 1 ครั้ง หลังจากนั้นจะทดสอบจริงโดยให้นั่งในท่าดังกล่าวแล้วใช้มือข้างถนัดบีบก้านของเครื่อง hand-held dynamometer ให้แรงที่สุดเท่าที่ทำได้ 2 ครั้ง โดยมีระยะพัก 2 นาที เลือกค่าที่มากที่สุด ค่าปกติของกำลังกล้ามเนื้อมือในเพศชายเท่ากับ 26 กิโลกรัม ส่วนเพศหญิงมีค่าเท่ากับ 18 กิโลกรัม¹² วิเคราะห์หาค่ากำลังกล้ามเนื้อแยกตามเพศตามอายุ และตามช่วงอายุต่างๆ ทั้งในเพศชายและเพศหญิง รวมถึงวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกายและกำลังกล้ามเนื้อขาควอดไตรเซฟ ส่วนสถิติที่ใช้คือ Chi-square test สำหรับ univariate analysis และสถิติ multiple logistic regression สำหรับ multivariate analysis ส่วนข้อมูลพื้นฐานแสดงเป็นจำนวน (ร้อยละ) ในข้อมูลเชิงคุณภาพ และแสดงค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ



รูปที่ 1 แสดงท่าทางการวัดกำลังกล้ามเนื้อมือโดยใช้เครื่อง hand-held dynamometer (Jamar hand dynamometer)

ผลกรวิจัย

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 243 ราย มีอายุเฉลี่ย 69.7 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.9 ปี) เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.5 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.3) อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มีเพียงร้อยละ 10.3 ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี โรคประจำตัวที่พบบ่อยเรียงตามลำดับ

ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 55.1) โรคปวดหลัง (ร้อยละ 44.0) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 36.6) ประวัติโรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 36.2) และเบาหวาน (ร้อยละ 19.3) ผู้ร่วมโครงการมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.7) มีดัชนีมวลกายที่มากกว่า 23.0 กิโลกรัม/เมตร² (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่ร่วมโครงการตรวจวัดกำลังกล้ามเนื้อมือ

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน 243 ราย
อายุ (ปี) : ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	69.7 \pm 6.9
อายุ (ปี) : n (%)	
60 - 69	132 (54.3%)
70 - 79	86 (35.4%)
80+	25 (10.3%)
เพศ : n (%)	
ชาย	62 (25.5%)
หญิง	181 (74.5%)
โรคประจำตัว : n (%)	
เบาหวาน	47 (19.3%)
ความดันโลหิต	134 (55.1%)
ไขมันในเลือดสูง	89 (36.6%)
ประวัติโรคข้อเข่าเสื่อม	88 (36.2%)
ประวัติปวดหลัง	107 (44.0%)
ดัชนีมวลกาย : n (%)	
ต่ำกว่ามาตรฐาน (<18.5 กก/ม ²)	21 (8.6%)
น้ำหนักปกติ (18.5 - 23.0 กก/ม ²)	77 (31.7%)
น้ำหนักเกิน (>23.0 กก/ม ²)	145 (59.7%)

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยกำลังกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุในชุมชนคือ 22.2 ± 7.0 กิโลกรัม หากแยกตามเพศพบว่าเพศชายมีค่ากำลังกล้ามเนื้อมากกว่าเพศหญิง กล่าวคือ 27.9 ± 8.1 กิโลกรัม และ 20.2 ± 5.2 กิโลกรัม ตามลำดับ และพบว่ากำลังกล้ามเนื้อลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นคือ 23.8 ± 6.9 กิโลกรัม ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี 20.6 ± 6.8 กิโลกรัม ในช่วงอายุ 70 - 79 ปี และ 18.6 ± 5.1 กิโลกรัม ในช่วงอายุมากกว่า 80 ปี นอกจากนี้ยังพบการลดลงของกำลังกล้ามเนื้อตามวัยที่เด่นชัดในเพศชาย (31.2 ± 7.3 กิโลกรัม ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี

25.9 ± 8.1 กิโลกรัม ในช่วงอายุ 70 - 79 ปี และ 20.9 ± 4.0 กิโลกรัม ในช่วงอายุมากกว่า 80 ปี) ส่วนเพศหญิงกำลังกล้ามเนื้อมีแนวโน้มลดลงตามวัยเช่นกัน (21.9 ± 5.3 กิโลกรัม ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี 17.9 ± 4.0 กิโลกรัม ในช่วงอายุ 70 - 79 ปี และ 18.0 ± 5.3 กิโลกรัม ในช่วงอายุมากกว่า 80 ปี) (ตาราง 2) หากใช้ค่าจุดตัดกำลังกล้ามเนื้อปกติในเพศชายคือ มากกว่า 26 กิโลกรัม และเพศหญิงมากกว่า 18 กิโลกรัม พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีค่ากำลังเมื่อน้อยกว่าปกติจำนวน 89 รายจากจำนวนทั้งสิ้น 243 รายหรือ คิดเป็นร้อยละ 36.6 (95%CI: ร้อยละ 30.8 - 42.8)

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของกำลังกล้ามเนื้อในกลุ่มเพศชายและหญิงตามกลุ่มอายุต่าง ๆ

อายุ (ปี)	จำนวน	ชาย	จำนวน	หญิง	จำนวน	รวม
60-69	28	31.2 ± 7.3	104	21.9 ± 5.3	132	23.8 ± 6.9
70-79	29	25.9 ± 8.1	57	17.9 ± 4.0	86	20.6 ± 6.8
80+	5	20.9 ± 4.0	20	18.0 ± 5.3	25	18.6 ± 5.1
รวม	62	27.9 ± 8.1	181	20.2 ± 5.2	243	22.2 ± 7.0

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกำลังกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุชุมชนวิเคราะห์แบบ Univariate analysis

ปัจจัย	กำลังกล้ามเนื้อ [†]		Crude odds ratio (95% CI)	p-value [#]
	ผิดปกติ (n = 89)	ปกติ (n = 154)		
เพศ				0.026*
- หญิง	59 (66.3%)	122 (79.2%)	1.00	
- ชาย	30 (33.7%)	32 (20.8%)	1.94 (1.08, 3.49)	
อายุ (ปี)				<0.001*
- 60 - 69	30 (33.7%)	102 (66.2%)	1.00	
- 70 - 79	44 (49.4%)	42 (27.3%)	3.56 (1.98, 6.41)	
- 80+	15 (16.9%)	10 (6.5%)	5.10 (2.08, 12.52)	
ดัชนีมวลกาย				0.037*
- มากกว่าปกติ (>23.0 kg/m ²)	44 (49.4%)	101 (65.6%)	1.00	
- ปกติ (18.5-23.0 kg/m ²)	34 (38.2%)	43 (27.9%)	1.82 (1.02, 3.22)	
- น้อยกว่าปกติ (<18.5 kg/m ²)	11 (12.4%)	10 (6.5%)	2.53 (1.00, 6.38)	
กำลังกล้ามเนื้อขาควอดไตรเซ็ป[‡] (n = 235)				<0.001*
- ปกติ	54 (63.5%)	127 (84.7%)	1.00	
- น้อยกว่าปกติ	31 (36.5%)	23 (15.3%)	3.17 (1.69, 5.93)	

[#]Chi-square test * Statistically significant

[†]กำลังกล้ามเนื้อปกติในเพศชายคือ มากกว่า 26 กิโลกรัม และเพศหญิงมากกว่า 18 กิโลกรัม

[‡]กำลังกล้ามเนื้อขาควอดไตรเซ็ปปกติในเพศชายคือ มากกว่า 18 กิโลกรัม และเพศหญิงมากกว่า 16 กิโลกรัม

ตาราง 3 แสดงการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกำลังกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุในชุมชนพบว่าทั้งเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และกำลังกล้ามเนื้อขาดไตรเซพล้วนมีความสัมพันธ์กับกำลังกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยค่า crude odds ratio (OR) ดังแสดงในตาราง 3 ภายหลังจากการทำ multivariate analysis โดยใช้สถิติ multiple logistic regression พบว่ามีเพียงสองปัจจัยเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์จริงกับกำลังกล้ามเนื้อ คือ อายุ และกำลังกล้ามเนื้อขาด

ไตรเซพ โดยอายุที่มากมีความสัมพันธ์กับกำลังกล้ามเนื้อที่น้อยกว่าปกติ โดยกลุ่มอายุ 70-79 ปี มีค่า adjusted OR เท่ากับ 3.27 (95%CI: 1.75, 6.11) และในกลุ่มอายุที่มากกว่า 80 ปีมีค่า adjusted OR เท่ากับ 4.47 (95% CI: 1.71, 11.70) เท่าของคนที่มีอายุ 60-69 ปี และผู้ที่มีกำลังกล้ามเนื้อขาดไตรเซพน้อยกว่าปกติสัมพันธ์กับกำลังกล้ามเนื้อที่น้อยกว่าปกติด้วยค่า adjusted OR เท่ากับ 3.02 (95%CI: 1.53, 5.95) เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่มีกำลังกล้ามเนื้อขาดไตรเซพปกติ (ตาราง 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกำลังกล้ามเนื้อที่น้อยกว่าปกติในผู้สูงอายุชุมชนวิเคราะห์แบบ Multivariate analysis

ปัจจัย	Crude odds ratio (95% CI)	Adjusted odds ratio (95% CI)	p-value [#]
เพศ			0.172
- หญิง	1.00	1.00	
- ชาย	1.94 (1.08, 3.49)	1.59 (0.82, 3.08)	
อายุ (ปี)			<0.001*
- 60 - 69	1.00	1.00	
- 70 - 79	3.56 (1.98, 6.41)	3.27 (1.75, 6.11)	
- 80+	5.10 (2.08, 12.52)	4.47 (1.71, 11.70)	
ดัชนีมวลกาย			0.159
- มากกว่าปกติ (>23.0 kg/m ²)	1.00	1.00	
- ปกติ (18.5-23.0 kg/m ²)	1.82 (1.02, 3.22)	1.65 (0.88, 3.13)	
- น้อยกว่าปกติ (<18.5 kg/m ²)	2.53 (1.00, 6.38)	2.15 (0.77, 6.06)	
กำลังกล้ามเนื้อขาดไตรเซพ[‡]			0.001*
- ปกติ	1.00	1.00	
- น้อยกว่าปกติ	3.17 (1.69, 5.93)	3.02 (1.53, 5.95)	

[#]Multiple logistic regression *Statistically significant

[‡]กำลังกล้ามเนื้อขาดไตรเซพปกติในเพศชายคือ มากกว่า 18 กิโลกรัม และเพศหญิงมากกว่า 16 กิโลกรัม

บทวิจารณ์

ในการศึกษานี้พบว่าเพศชายมีกำลังกล้ามเนื้อมากกว่าเพศหญิง ซึ่งผลเป็นเช่นเดียวกับการศึกษาของ VanHarlinger และคณะที่ศึกษาค่าปกติในประชากร 180 ราย อายุระหว่าง 20 - 64 ปี พบว่าเพศชายมีกำลังกล้ามเนื้อมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกล้ามเนื้อทุกมัด¹³ มีรายงานหนึ่งกล่าวว่าการกำลังกล้ามเนื้อในเพศหญิงอยู่ประมาณร้อยละ 57 ของเพศชายเท่านั้น¹⁴

และยังพบว่ากำลังกล้ามเนื้อจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น คงเป็นเพราะมวลกล้ามเนื้อที่ลดลงจากขบวนการเสื่อมถอยของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีหลายการศึกษาที่พบผลเช่นเดียวกับการศึกษานี้ คือเพศชายมีกำลังกล้ามเนื้อมากกว่าในเพศหญิง รวมทั้งกำลังกล้ามเนื้อลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาของ Guede Rojas และคณะที่ศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน อายุเฉลี่ย 72 ปี¹⁵ หรือการศึกษาของ Eksioğlu. ที่ศึกษาในอาสาสมัครอายุ

18-69 ปี อาชีพต่าง ๆ¹⁴ นอกจากนี้ทั้งสองงานวิจัยยังพบว่า มือข้างถนัดมีกำลังกล้ามเนื้อมือมากกว่ามือข้างไม่ถนัด แต่ในการศึกษานี้ทำในมือข้างถนัดเท่านั้น ส่วนรายงานของ Kamide และคณะ ซึ่งทำในประชากรสูงอายุชาวญี่ปุ่น จำนวนกว่าสองหมื่นรายพบว่าค่าเฉลี่ยกำลังกล้ามเนื้อมือ ในเพศชายมีค่ามากกว่าการศึกษา (33.11 เปรียบเทียบกับ 27.9 กิโลกรัม) อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุในโครงการนี้มีค่าเฉลี่ยอายุที่มากกว่าการศึกษาของ Kamide และคณะ³

ส่วนงานวิจัยของไทย ปิยะภัทร ตันติแพทยากร และคณะรายงานการศึกษากำลังกล้ามเนื้อมือในประชากรที่มาเที่ยวชมงานสัปดาห์สุขภาพดี จำนวน 744 รายที่มีอายุเฉลี่ย 44 ปี (พิสัย 8 - 96 ปี) พบค่ากำลังกล้ามเนื้อเฉลี่ยมีค่า 34.4 ± 10.4 กิโลกรัม⁵ ซึ่งมีค่ามากกว่าการศึกษานี้ (22.2 ± 7.0 กิโลกรัม) นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์แยกตามเพศ การศึกษานี้พบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีค่ากำลังกล้ามเนื้อเฉลี่ยน้อยกว่าค่าเฉลี่ยจากการศึกษาของปิยะภัทร ตันติแพทยากรและคณะ (27.9 ± 8.1 กิโลกรัม เปรียบเทียบกับ 39.9 ± 6.4 กิโลกรัมในเพศชาย และ 20.2 ± 5.2 กิโลกรัมเทียบกับ 23.8 ± 5.2 กิโลกรัมในเพศหญิง) คงเนื่องจากการศึกษาของปิยะภัทรและคณะมีจำนวนของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพียง 93 ราย จากทั้งสิ้น 744 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 โดยมีได้ระบุอายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้สูงอายุ อีกทั้งมิได้ระบุสัดส่วนของผู้สูงอายุ ช่วงต้น (60 - 69 ปี) ช่วงกลาง (70 - 79 ปี) และผู้สูงอายุ ช่วงปลาย (มากกว่า 80 ปี) ว่ามีจำนวนอย่างน้อยเพียงไร การที่จำนวนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุนี้นี้มีจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 12.5 จึงอาจไม่ใช่ตัวแทนที่ดีของค่ากำลังกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุ อีกทั้งการศึกษาของปิยะภัทร ตันติแพทยากร และคณะเป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ร่วมงานสัปดาห์สุขภาพ จึงพออนุมานได้ว่าน่าจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุช่วงต้นหรือช่วงกลางที่สามารถเดินได้ และเป็นผู้มีความสนใจในเรื่องสุขภาพตนเอง

ในเรื่องของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกำลังกล้ามเนื้อในการศึกษานี้พบว่าอายุและกำลังกล้ามเนื้อขาควอดไตรเซ็ปส์มีความสัมพันธ์กับกำลังกล้ามเนื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะภัทร ตันติแพทยากรและคณะ ที่พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ อายุ กำลังกล้ามเนื้อขาควอดไตรเซ็ปส์ ความสูง และเพศ⁵ และเช่นเดียวกับการศึกษาของ Spruit และคณะที่ศึกษาในประชากรสูงอายุของประเทศอังกฤษจำนวน 502,713 รายพบว่า มีเพียง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกำลังกล้ามเนื้อ คือ

ความสูง และอายุ¹⁶ ในส่วนของปัจจัยเรื่องอายุนั้น มีหลายงานวิจัยที่ให้ผลเหมือนกับการศึกษา^{3, 14, 15} ทั้งนี้คงเนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นมีสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุที่เป็นไปในทางเสื่อม (physiologic changes and degenerative process) อีกทั้งการใช้งานที่ลดลง (disuse atrophy) ยังมีรายงานการลีบลงของกล้ามเนื้อทั้งกล้ามเนื้อแขนและกล้ามเนื้อขาในผู้สูงอายุ แต่อัตราการลีบของกล้ามเนื้อขาพบมากกว่ากล้ามเนื้อแขน (ร้อยละ 15 และร้อยละ 10 ตามลำดับ)¹⁷

การศึกษากำลังกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุมีประโยชน์ เป็นการคัดกรองที่ทำได้ง่าย สะดวก สามารถใช้เป็นตัวทำนายพยากรณ์โรคได้ เช่น ระยะเวลานอนโรงพยาบาล⁶ อัตราตาย และระดับความสามารถที่ลดลงในอนาคต⁷ มีการนำการวัดกำลังกล้ามเนื้อมาร่วมทำนายหรือเป็นตัวชี้บ่งถึงผลลัพธ์ของการรักษา เช่น การศึกษาของ Di Monaco และคณะที่ว่ากำลังกล้ามเนื้อเป็นตัวทำนายถึงผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยในและที่การติดตาม 6 เดือนในผู้ป่วยหญิงที่มีกระดูกสะโพกหัก¹⁸ หรืออีกการศึกษาหนึ่งของ Beseler และคณะที่ว่า กำลังกล้ามเนื้อมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเดินในกลุ่มผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹⁹ ดังนั้นการแนะนำให้มีการวัดกำลังกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุควรรวมอยู่ในวิธีคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือ เป็นการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุที่มาร่วมงานกิจกรรมเพื่อสังคม ซึ่งอาจไม่ใช่ตัวแทนผู้สูงอายุไทยทั้งสิ้น เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้มีสุขภาพดีพอสมควร อีกทั้งผู้วิจัยมิได้สอบถามถึงการงานอาชีพเดิมว่ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการใช้มือในการทำงานหรือไม่ และจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการอาจมีไม่มากเพียงพอ การศึกษาในอนาคต ควรทำในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากเพียงพอและมีภูมิลำเนาในแต่ละภาคของประเทศที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรสูงอายุของทั้งประเทศได้ นอกจากนี้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออาจมีส่วนสัมพันธ์กับมวลกล้ามเนื้อ แต่งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมเพื่อสังคม จึงมุ่งเน้นการบริการผู้สูงอายุในชุมชนที่มารับบริการตรวจวัดสมรรถภาพหลายๆ ด้าน ซึ่งต้องใช้เวลาพอสมควร อีกทั้งการวัดมวลกล้ามเนื้อ จำเป็นต้องใช้เครื่องวัดมวลกล้ามเนื้อโดยเฉพาะ (Bioimpedance Analysis; BIA) ซึ่งมีราคาแพง และ

ไม่มีใช้ในหน่วยงาน ทำให้การวิเคราะห์มุ่งเน้นเฉพาะกำลังกล้ามเนื้อเฉลี่ยในกลุ่มอายุต่างๆ ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในเวชปฏิบัติได้โดยสะดวก

บทสรุป

กำลังกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุเพศชายที่อาศัยในชุมชนมีค่ามากกว่าเพศหญิง และกำลังกล้ามเนื้อลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในเพศหญิงและชาย ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับกำลังกล้ามเนื้อคือ อายุและกำลังกล้ามเนื้อขาควอดไตรเซฟ ควรแนะนำให้มีการวัดกำลังกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุเพื่อการคัดกรองสุขภาพในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่วัยแรก โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี

เอกสารอ้างอิง

- เฉลิมพล แจ่มจันทร์. ข้อพิจารณามโนทัศน์ใหม่ของ “นิยามผู้สูงอายุ” และ “อายุเกษียณ” ในประเทศไทย. วารสารประชากร. กันยายน 2555-กุมภาพันธ์ 2556; 4 : 131-50.
- วิไล คุปต์นิริตศิษกุล. ความสำคัญของการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ. ใน:วิไล คุปต์นิริตศิษกุล, บรรณาธิการ. การฟื้นฟูผู้สูงอายุในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. ลีฟวิง; 2561. หน้า 3-26.
- Kamide N, Kamiya R, Nakazono T, Ando M. Reference values for hand grip strength in Japanese community-dwelling elderly: a meta-analysis. *Environ Health Prev Med.* 2015;20:441-6.
- Dodds RM, Syddall HE, Cooper R, Benzeval M, Deary IJ, Dennison EM, et al. Grip strength across the life course: normative data from twelve British studies. *PLoS One.* 2014;9:e113637.
- Tantibhaedhyangkul P, Kuptniratsaikul V, Tosayanonda O. Grip and Quadriceps strength: Normative values in the Thai population. *Siriraj Hosp Gaz.* 2001; 53: 224-30.
- Simmonds SJ, Syddall HE, Westbury LD, Dodds RM, Cooper C, Aihie Sayer A. Grip strength among community-dwelling older people predicts hospital admission during the following decade. *Age Ageing.* 2015;44:954-9.
- Kim YH, Kim KI, Paik NJ, Kim KW, Jang HC, Lim JY. Muscle strength: A better index of low physical performance than muscle mass in older adults. *Geriatr Gerontol Int.* 2016;16: 577-85.
- Petersen I, Pedersen NL, Rantanen T, Kremen WS, Johnson W, Panizzon MS, et al. G×E Interaction Influences Trajectories of Hand Grip Strength. *Behav Genet.* 2016;46:20-30
- WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet.* 2004; 363: 157-63.
- Assantachai P, Muangpaisan W, Intalapaporn S, Sitthichai K, Udompunturak S. Cut-off points of quadriceps strength, declines and relationships of sarcopenia-related variables among Thai community-dwelling older adults. *Geriatr Gerontol Int.* 2014; 14 Suppl 1:61-8.
- Buckinx F, Croisier JL, Reginster JY, Dardenne N, Beaudart C, Slomian J, et al. Reliability of muscle strength measures obtained with a hand-held dynamometer in an elderly population. *Clin Physiol Funct Imaging.* 2017;37:332-40.
- Chen LK, Liu LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Bahyah KS, et al. Sarcopenia in Asia: consensus report of the Asian Working Group for Sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc.* 2014; 15: 95-101.
- Van Harlinger W, Blalock L, Merritt JL. Upper limb strength: study providing normative data for a clinical handheld dynamometer. *PM R.* 2015;7:135-40.

14. Eksioglu M. Normative static grip strength of population of Turkey, effects of various factors and a comparison with international norms. *Appl Ergon.* 2016;52:8-17.
15. Guede Rojas F, Chiroso Ríos LJ, Vergara Ríos C, Fuentes Contreras J, Delgado Paredes F, Valderrama Campos MJ. Association of grip strength with gender age and handedness in 116 older people. *Rev Med Chil.* 2015;143: 995-1000.
16. Spruit MA, Sillen MJ, Groenen MT, Wouters EF, Franssen FM. New normative values for handgrip strength: results from the UK Biobank. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14:775. e5-11.
17. Janssen I, Heymsfield SB, Wang ZM, Ross R. Skeletal muscle mass and distribution in 468 men and women aged 18-88 yr. *J Appl Physiol.* 2000;89: 81-8.
18. Di Monaco M, Castiglioni C, De Toma E, Gardin L, Giordano S, Tappero R. Handgrip strength is an independent predictor of functional outcome in hip-fracture women: a prospective study with 6-month follow-up. *Medicine (Baltimore).* 2015;94:e542.
19. Beseler MR, Rubio C, Duarte E, Hervás D, Guevara MC, Giner-Pascual M, et al. Clinical effectiveness of grip strength in predicting ambulation of elderly inpatients. *Clin Interv Aging.* 2014;9:1873-7.

ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกบ้านพักผู้สูงอายุเอกชนสำหรับผู้สูงอายุไทย

Factors affecting the selection of private retirement home for elderly Thai

กรวิชัย ตั้งอยู่ดำรงกุล^{1,2}, วิลาวลัย เลาวกุล², สิริพร ศาสกุล³

¹นักวิจัย คลินิกทันตกรรมสไมล์เวิลด์ จังหวัดเชียงใหม่

²คณะทันตแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเนชั่น

³คณะทันตแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

Korravich Tangyudamrongkul^{1,2}, Wilawan Laowakool², Siriporn Sasakul³

¹Smile World Dental Clinic, Chiang Mai

²Faculty of Dentistry, Nation University

³Faculty of Dentistry, Western University

Received: 1 December 2018
Revised: 20 December 2018
Accepted: 25 December 2018

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกบ้านพักผู้สูงอายุเอกชนสำหรับผู้สูงอายุไทยในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่อาศัยในจังหวัดเชียงใหม่ ในการใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2561 มีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 439 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 30.6 มีรายรับ ระหว่าง 30,001 - 40,000 บาท ด้านการเลือกบ้านพัก พบว่า ร้อยละ 79.5 เลือกห้องพักเดี่ยว ร้อยละ 43.1 ยินดีจ่ายค่าห้องพักในอัตรา 1,001 - 1,500 บาทต่อวัน ร้อยละ 35.1 ยินดีจ่ายในอัตรา 20,001 - 30,000 บาทต่อเดือน ปัจจัยด้านความเป็นส่วนตัว ความสะดวกในการเข้าถึง ระบบรักษาความปลอดภัย ขนาดของห้องพักและช่องทางในการจองห้องพัก มีอิทธิพลต่อการเลือกบ้านพักผู้สูงอายุเอกชน อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านที่ตั้งของบ้านพักผู้สูงอายุ มีผลกระทบน้อยต่อการเลือกบ้านพักเอกชนของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : บ้านพักผู้สูงอายุเอกชน, การเลือก, ผู้สูงอายุ

Abstract

This study aimed primarily to investigate the factors affecting the selection of private retirement home for elderly Thai in Chiang Mai, Thailand. A questionnaire was utilized to collect data from elderly Thai living in Chiang Mai, Thailand during their utilizing private healthcare services in Chiang Mai, Thailand from January to June, 2018. Participants were 439 males and females with age 60 years old and over. The data analysis was conducted through descriptive statistical analysis. The results indicated the majority (30.6%) chose single room, 43.1% were willing to pay 1,001 - 1,500 Baht per day per room, 35.1% were willing to pay 20,001 - 30,000 Baht per month. Privacy, convenient to access, security system, size of room and different channel for reservation had an influencing on their selection of private retirement home. However, the factor of location had less impact on their selection of private retirement home.

Keywords : Private Retirement Home, Selection, Elderly People, Long Term Care, Aged Care Facilities

ผู้รับผิดชอบบทความ

ทพ.ดร.กรวิชัย ตั้งอยู่ดำรงกุล

นักวิจัย คลินิกทันตกรรมสไมล์เวิลด์ จังหวัดเชียงใหม่

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น

E-mail: korcm12smile@gmail.com

Corresponding author

Dr. Korravich Tangyudamrongkul

Smile World Dental Clinic

Faculty of Dentistry, Nation University

E-mail: korcm12smile@gmail.com

Introduction

Demand for private retirement home and care, including aged care facilities are expected to grow. The probability of utilization of private retirement home is relying on the readiness of private sectors to develop and marketing facilities to meet the needs of elderly both Thais and foreigners. The global larger proportion of elderly people demographic change results directly from the combination of low birth rate and increased longevity of citizen have a profound effect on the support ratio, defined as the number of workers per retiree¹. People are living longer, but that does not necessarily mean that they are living healthier. The increase in our aging population presents many opportunities and also several infrastructure challenges that we need to prepare for.

According to a survey by the United Nations, Department of Economic and Social Affairs¹, the proportion of the ageing population will be double; Thailand is the second largest proportion of ageing country in Asean. The number of elderly persons (defined as aged 60 and over) in Thailand has grown rapidly and will continue to move forward². Since 1960 the number of elderly people in the Thai population has increased seven-fold from approximately 1.5 million to 10.7 million by 2015 or 16% of the total population. Future population ageing will occur even more rapidly with the number of elderly persons projected to increase to over 20 million by 2035, of this number more than 30% of the population. Moreover, within the next few years, persons 60 and older will outnumber children under age 15 for the first time in Thai history³. Clearly, Thailand needs to urgently prepare ways and means of accommodating its aging population. This will involve the government, private sectors, community and family, especially in the areas of aged care facilities, ensuring enough accommodation for retirement, comfortable and social integration for better quality of life⁴⁻⁶.

Global ageing population presents opportunities to individuals and society to prepare for. However, as with any major demographic change, it also presents challenges on the business movement to develop facilities for the needs of this group, especially long-term care facilities. Traditionally, elderly Thais prefer to live in their own home and community and care by their children or other relatives^{7, 8}. The rise of nuclear family and the reduced number of children taking care of their parent add up to the need of external care⁹. This has prompted a paradigm shift in private retirement home and long term care from caring to curing illness to fostering quality of life of the elderly people¹⁰. The term "retirement homes" comprises all types of housing for elderly persons, from independent living apartments to aged care facilities, home healthcare and other age care related services. Long term care facilities for elderly people in Thailand are much fewer and new services in number compared to western countries due to the Thai traditional culture of caring elder people¹¹. But modern Thai culture in caring their elderly persons had been change massively, due to their families; relatives cannot look after by the younger generation in a home environment anymore⁹. Therefore, there is a great demand for private retirement home or long term care facilities to assist elderly people both Thai and foreign residents.

Choosing an aged care facility can be a very challenging decision to make for Thai elderly people or relative to be considered. Often, a decision is made under pressure, due to a sudden event that results in a loved one no longer being able to care for themselves in their own home. Perceived factors that influencing selection of aged care facilities is important for elderly people or relative to be considered before making a decision to use their services. Research on the factor of their selecting health care services has been extensive in acute care settings, whereas there has been only

limited research in residential aged care settings¹². Therefore, research into the factor influencing selection of aged care facilities need to be further investigating, especially in the Thai environment setting. The objective of this study was to investigate factors affecting the selection of private retirement home for elderly people living in Chiang Mai, Thailand.

Samples and Methods

The samples were composed of 477 elderly people living in Chiang Mai, both males and females with age 60 years old and over, whom utilizing private healthcare services in Chiang Mai, Thailand from January to June, 2018.

The research instrument consisted of two parts: Part one is a close-ended questionnaire examines general information of elderly people. Part two: Using Likert scale questionnaire 5 level rating their selection factors in choosing private retirement home. The questionnaire was reviewed by two academic expertise and testing reliability and validity by pre-test and post-test before collecting data. The data analysis was conducted through the use of descriptive statistical analysis.

For the current study, 477 questionnaires were collected for investigating the factors affecting the selection of private retirement home from elderly people who live in Chiang Mai, Thailand both males and females with age 60 years old and over in private healthcare services during January to June, 2018. Thirty-eight questionnaires were discarded since they were not properly completed, leaving a final sample of 439. This study used purposive sampling

to include only those attend the private health care facilities in Chiang Mai City area. In administering questionnaires, the researcher and assistance researcher (1) explained the purpose of the study, (2) obtained the informed consent form, and (3) explained how to fill out the questionnaires.

For data analysis, statistical analysis was carried out using SPSS 20.0 software to analyze the samples' personal. Descriptive statistics was used for interval scale items of elderly people selection including the mean for central tendency and standard deviations for variability

Results

The survey produced full responses from 439 of 477; for an overall response rate of 92.0%. The respondents' characteristics are summarized in Table 1.

As shown in Table 1, out of 439 respondents, the number of females (76.1%) was much greater than that of males (23.9%). The age group was between 60 to 65 years old (67.7%). Most of them were married (64.0%). For education level of respondent mostly was bachelor degree (64.0%). For their income mostly earn between 30,001 to 40,000 baht per month (30.6%). Lastly, most of them lived with their couple (54.4%).

Regarding type of room and cost of private retirement home, most of respondents prefer single room (79.5 %) and prefer cost of service between 1,001 to 1,500 baht per day (43.1%) and 20,001 to 30,000 baht per month (35.1%) as shown in Table 2.

Table 1 Personal information of the samples

No.	Personal Information	Frequency (n = 439)	Percentage (%)
1. Sex		105	23.9
	Male	334	76.1
	Female		
2. Age group (years)			
	60-65	297	67.7
	65-70	130	29.6
	71 over	12	2.7
3. Marital status			
	Single	67	15.3
	Married	281	64.0
	Divorce	40	9.1
	Separate	51	11.6
4. Education level			
	Under bachelor degree	51	11.6
	Bachelor degree	281	64.0
	Higher than bachelor degree	107	24.4
5. Income (Baht)/month			
	< 10,000	22	5.0
	10,001 - 20,000	35	8.0
	20,001 - 30,000	81	18.5
	30,001 - 40,000	135	20.6
	40,001 - 50,000	91	20.7
	> 50,000	75	17.1
6. Current living			
	Alone	112	25.5
	With couple	239	54.4
	With son or daughter	41	9.3
	Other	47	10.7

Table 2 Type of retirement room and cost of private retirement home

No.	Type and cost of private retirement home	Frequency (n = 439)	Percentage (%)
1.	Type of accommodation	105	23.9
	Single room	349	79.5
	Two bed in one room	51	11.6
	Four bed in one room	39	8.9
	More than four bed in one room		
2.	Rate of service/day (Baht)		
	Less than 500	66	15.0
	501 - 1,000	130	29.1
	1,001 - 1,500	189	43.1
	More than 1,501	54	12.3
3.	Rate of service / month (Baht)		
	Less than 10,000	118	26.9
	10,001 - 20,000	121	27.7
	20,001 - 30,000	154	35.1
	More than 30,001	46	10.5

For the factor that influencing elderly people selection of private retirement home in Chiang Mai, Thailand. Respondents were asked to rank six factors that influenced their selection of private retirement home. "Privacy" was ranked first among all the respondents, followed by "Convenient

to access." For "Security system" and "Size of room" were considered equally importance of their choice of selection. "Different channel for reservation" and "Location" was considered to be less important, respectively. A summary of these findings is shown in Table 3

Table 3 Factor selecting private retirement home

Factor	Mean (X)	S.D.
1. Privacy	4.82	.61
2. Convenient to access	4.78	.57
3. Security system	4.68	.59
4. Size of room	4.68	.60
5. Different channel for reservation	4.23	.98
5. Location	3.98	.92

Discussion

Changing economic and social contexts in Thai society resulting from an aging population have raised demand for long term care businesses¹³. Taking care of elder relatives is of great importance

in Thai culture⁸. Currently, the situation is changing due to economic growing and urbanization restrain the time available to care for elder family members¹⁴. Long term care businesses will be a good opportunities arising from the Thai aging population.

According to the Ministry of Commerce, Department of Business Development¹⁵; elder care businesses in Thailand are grouped into 2 types: Short term care and Long term care. For short term care focuses on services and support for daily activities offered both within and outside care facilities. This also includes activities for senior citizens to relax and socialize as well as health care services for those with chronic diseases who require constant care. On the other hand, long term care focuses on residential facilities for elderly people to move into. These facilities aim to provide convenience after retirement, especially for those who would otherwise live alone. The issue of moving from home to long term care among Thai citizen usually arises when people are older or critical illness. But there are many factors that affect elderly people decision making, whether they would like to move into retirement home or not. Therefore, this research is investigating those factors that impact their decision making moving into retirement home especially in a private sector. The information of respondents from this research mainly is female (76.1%) as shown in Table 1 and average age between 60 to 65 years old (67.7%). Most of them were married (64.0%) and lived with their couple (54.4%). Majority of respondents had a bachelor degree level (64.0%) and receive an income on the average between 30,001 to 40,000 baht per month (30.8%). According to information of respondent profile, the majority of respondent are on urbanization and socialization because of their level of education and average receiving an income quite high compare to Thai government normal wages scale for bachelor degree graduated.

Regarding their selecting on room type of retirement home or housing and cost of private retirement home and services, most of respondents prefer single room (79.5 %) and prefer cost of service between 1,001 to 1,500 baht per day (43.1%) and 20,001 to 30,000 baht per month (35.1%) as shown

in Table 2. These finding figures present a realistic data for long term care providers to be considered in developing facilities to meet the needs of elderly people who will be utilizing their facilities. Level of education of an individual has a profound impact on health benefit and associated with socioecological health model of their belief¹⁶ and strongly linked to health determinants such as health behaviours, risky contexts and preventative service use in healthcare. Its represents self-concepts and attitudes towards their needs; control over decisions making for long-term care, over their daily lives^{17, 18}.

For the factor that influencing elderly people selection of private retirement home in Chiang Mai, Thailand. Finding from Table 3. Respondents were ranking the important factors respectively: "Privacy" was ranked highest among 6 factors had been examined. Elderly people are concerning on their own rights to privacy. Respect people's right is the most important for Thai culture¹⁴. Privacy is open to interpretation and means different things to different people. To respect people's privacy, private retirement home and their services must be personalized as much as possible. "Convenient to access"; the perception of respondents are concerning on the facilities emergency medical services are not available on premises, how is transportation to access. "Security system" elderly people living on their own or living in their traditional home can leave them vulnerable to a wide variety of things. Retirement home secured grounds and ever-ready staff is a great system to protect elderly people who are increasingly vulnerable as they get older. "Size of room" facility size has a positive and direct impact on social interaction in the retirement home. It provides more care and social connection^{19, 20}. "Different channel for reservation" channel for respondent to communicate or get reservation services are one of the factor that respondent are care for. Care services for long-term care is different from other health care service, so it

is crucial to find out which what is the right channel of communication for reservation and services. Lastly "Location", respondent do not concern much on this factor. Mostly, private retirement home develop on the good location, easy to access with their family. That's why most of respondent from this research do not concern this factor.

The finding of this study suggested that, Thai elderly people are concerning many factors to select their retirement home. It is unique on the Thai cultural setting environment. Therefore, service providers should pay more attention to the important of these factors in affecting elderly people's needs and be more sensitive to respect elderly people's right to privacy.

There were several limitations to this study. First, the data were collected from private healthcare services environment, it might have been those had a better socio-economic status than other group of elderly people who lived in the different socio-economic setting. Future studies should conduct surveys on the generalized current status of elderly people. Second, this study investigated the factors affecting the selection of private retirement home for elderly Thai, this research focusing on elderly Thai context whom will be the bigger users in the future, but there are many groups who will be using facilities as well, therefore, it might be better to continue further investment in difference context, results will bring a better decision making information for service providers to develop facilities to meet their needs.

Conclusion

The results of this study illuminate some key factors that influenced elderly Thai decision making in selecting private retirement home in Chiang Mai, Thailand. Ageing population creating an opportunity for every sectors to be concerned to developed products to meet their need. Private retirement is one the sector needs to be urgently

investigation, especially, policy maker and Thai regulator need to investigate the need of retirement home for elderly Thai and create a beneficial scheme for caregivers and service providers in caring elderly people in long term care setting. The research finding had shown that "Privacy" and "Convenient to access" were the two most important factors for elderly Thai when selecting their private retirement home, depending on facilities infrastructure such as type of room, and cost of service. This research found that mostly elderly stay with their couple and had a better economic status. So, there will be a great demand for private retirement home to care for elderly Thai and foreigner who plan to retire in Thailand. Furthermore, hospitality of Thai medical professional services and Thai culture in respecting elderly people will bring into attention in a better care.

References

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects: the 2017 revision. Key findings and advance tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248. New York: United Nations; 2017.
2. Knode J, Teerawichitchainan B, Prachuabmoh V, Pothisiri W. The situation of Thailand's older population:an update based on the 2014 survey of older persons in Thailand. Chiang Mai: Help Age International; 2015.
3. Prasartkul P, Vapattanawong P, Kanchanachitra M, Chuanwan S, Rittirong J, Saena K. et al. Situation of The Thai elderly. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Nakhorn Pathom : Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2016.
4. Khan AR, Tahir I. Influence of social factors to the quality of life of the elderly in Malaysia. Open Med J. 2014; 1:29-35.

5. Vitman A, Lecovich E, Alfasi N. Ageism and social integration of older adults in their neighborhoods in Israel. *Gerontologist*. 2014; 54 :177-89.
6. Li S, Hagan K, Grodstein F, VanderWeele TJ. Social integration and healthy aging among U.S. women. *Prev Med Rep*. 2018;9:144-8.
7. Knodel J, Chayovan N. Population ageing and the well-being of older persons in Thailand. Michigan: Populations Studies Center, University of Michigan: Institute for Social Research; 2008.
8. Thanakwang K, Isaramalai S, Hatthakit U. Thai cultural understandings of active ageing from the perspectives of older adults: a qualitative study. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2014;18: 152-65.
9. Knodel J, Kespichayawattana J, Wiwatwanich S, Saengtienchai C. The future of family Support for Thai elderly: views of the populace. Population Studies Center Research Report 12-779. Michigan: Populations Studies Center, University of Michigan: Institute for Social Research; 2012.
10. Curry N, Castle-Clarke S, Hemmings N. What can England learn from the long-term care system in Japan?. Research report 2018. London :The Nuffield Trust; 2018.
11. Sasat S, Choowattanapakorn T, Pukdeeprom T, Lertrat P, Aroonsang P. Long-term care institutions in Thailand. *J Health Res*. 2013;27:413-8.
12. Kebede A, Hassen K, Nigussie Teklehaymanot A. Factors associated with institutional delivery service utilization in Ethiopia. *Int J Womens Health*. 2016;8:463-75.
13. Knodel J, Teerawichitchainan B, Pothisiri W. Caring for Thai older persons with long-term care needs. Research Collection School of Social Sciences. Paper No.1945. Bangkok : Chulalongkorn University;2016.
14. Manasatchakun P, Roxberg A, Asp M. Conceptions of healthy aging held by relatives of older persons in Isan-Thai culture: a phenomenographic study. *J Aging Res*. 2018: 3734645. doi:10.1155/2018/3734645. eCollection 2018.
15. Thai Franchise Center. Manual business of eldercare home [Internet]. 2005 [cited 2018 Nov 22]. Available from: http://thaifranchise-download.com/dl/11_13_Manual_Eldercare.pdf
16. Zimmerman EB, Woolf SH, Haley A. Understanding the relationship between education and health: a review of the evidence and an examination of community perspectives [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 22]. Available from: <https://bit.ly/2mKZYMi>
17. Baker DP, Leon J, Smith Greenaway EG, Collins J, Movit M. The education effect on population health: a reassessment. *Popul Dev Rev*. 2011;37:307-32.
18. Kumpunen S, Trigg L, Rodrigues R. Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2014.
19. Ramsay JD, Sainfort F, Zimmerman D. An empirical test of the structure, process, and outcome quality paradigm using resident-based, nursing facility assessment data. *Am J Med Qual*. 1995;10:63-75.
20. Moos RH, Lemke S. Evaluating residential facilities:The multiphasic environmental assessment procedure. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications;1996.

The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine: Aims and Scopes

The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine has been an official journal of the Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine, a non-profit organization, since 2000. The academic issues are managed independently by the editor-in-chief and editorial board of the journal aiming to publish original research, clinical and review articles in relation to gerontology and geriatric medicine enhancing the learning and development of multidisciplinary field for worldwide older persons. The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine, 3 issues per year, welcomes submission from the multidisciplinary field of health care services and their related sciences.

Instruction for Authors

The Editors are invite the authors to submit the following articles as follows:-

Categories of the Articles

1. **Review Articles:** an article with technical knowledge collected from journals or textbooks and is profoundly analyzed and criticized.
2. **Case Reports or Case Study:** a report of an update case or case series or case study in community related to gerontology which has been carefully analyzed and criticized with scientific observation.
3. **Original Articles:** a research report which has never been published elsewhere and represent new and significant contributions to gerontology.
4. **Letter to the Editor:** a brief question or comment that is useful for readers.

Manuscript Submission

The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine only accepts online submission.

The manuscript must be submitted via electronic address. Registration by corresponding author is required for submission. We accept articles written in both English and Thai. However for Thai article, English title page abstract are required whereas for English article, there is no need for Thai abstract submission. The main content of manuscript must be submitted as .doc or .docx. All figures and tables should be submitted as separated files (1 file for each figure or table). The figures and diagrams must be original. The acceptable file formats for figures and diagrams are .tif, .bmp and .jpeg with resolution at least 300 dpi.

Manuscript revision

The manuscript is process by peer revision. The reviewers will consider quality of manuscript based on scientific matters. The comments and suggestion will be sent confidentially to the editor-in-chief. The editor in chief will synthesize and summarize these to the author(s) with unidentified reviewers.

Contact Address

Journal of Gerontology and Geriatric Medicine office, The 5th Floor, Chalermprakiat Building, Faculty of Dentistry Khon Kaen University, 123 Mittraparp Highway, Khon Kaen, 40002
Tel: 043 202 405 ext: 45265 Email: journal.ggm@gmail.com

Manuscript Preparation

1. For English article, use font of Cordia New Style size 14 in a standard A4 paper (21.2 x 29.7 cm) with 2.5 cm margin on all four sides. The manuscript should be typewritten with double-spacing.

2. For Thai article, use font of Cordia New Style size 14 in a standard A4 paper (21.2 x 29.7 cm) with 2.5 cm margin on all four sides. The manuscript should be typewritten with 1.5 line spacing. Thai article must provide English title page abstract, tables and legends.

3. Numbers of page must be on the top right corner. The length of article should not exceed 10 pages of the journal (approximate 24-28 pages A4, not including figures and tables)

4. Measurement units such as length, height, weight, capacity etc. should be in metric units. Temperature should be in degree Celsius. Pressure units should be in mmHg. The hematologic measurement and clinical chemistry should follow International System Units or SI.

5. Standard abbreviation must be used for abbreviation and symbols. The abbreviation should not be used in the title and abstract. Full words of the abbreviation should be referred at the end of the first abbreviation in the content except the standard measurement units.

6. Every illustration including tables must be referred in the contents. The alphabets in the illustrations and tables must be in English. Numbers are used in Arabic form and limited as necessary.

Preparation of the Articles

1. Title Page

The first page of the article should contain the following information

- Category of the manuscript
- Article title
- Authors' names and affiliated institutions
- Author's details (name, mailing address, E-mail, telephone and FAX number)
- Corresponding author

2. Abstract

The abstract must be typed in only one paragraph. Only English abstract is required for English article. Both English and Thai abstracts are required for Thai article and put in separate pages. The abstract is written in structured patterns composed of background and aims, materials or subjects and methods, results and conclusion. Do not refer any documents, illustrations or tables in the abstract. The abstract must not exceed 300 words.

3. Text

The text of the original articles should be organized in sections as follows

- **Introduction:** indicating reason or importance of the research or study or review, objective, scope of the study. Introduction should review new documents in order to show the correlation of the contents in the article and original knowledge. It must also clearly indicate the hypothesis.

- **Materials and Methods:** comprising details of materials and methods used in the study for readers to be able to repeat such as chemical product names, types of experimental animals, details of patients including sources, sex, age etc. It must also indicate name, type, specification, and other information of materials for each method. For a research report performed in human subjects, authors should indicate that the study was performed according to the ethical Principles for Medical Research and Experiment involving human subjects such as Declaration of Helsinki 2000 or has been approved by the ethical committees of the local institute which the research was conducted.

- **Results:** presenting the discovery of experiments or researches or clinical outcome. It should be categorized and related to the objectives of the articles. The results can be presented in various forms such as words, tables,

graphs or illustrations etc. Avoid repeating the results both in tables and in paragraph. Emphasize only important issues.

- **Discussion:** explaining the synthesized results comparing with the others published work. The advantages and disadvantages of the materials and methods can be mentioned. The discovery and/or important issues needs to be emphasized. New suggestion, problems and threats from the experiment or study can be stated only in case they are based on the results and scopes of the experiment and study.

- **Conclusion:** stating the brief results and the conclusions of the analysis.

- **Acknowledgement:** mentioning the institutes or persons helping the authors, especially on capital sources of researches and numbers of research funds (if any).

- **References** including every concerned document that the authors referred in the articles in modified Vancouver style.

Writing the References

The references of both Thai and English articles must be written based on the original language of the articles. The reference system for the Journal of Gerontology and Geriatric Medicine is the modified Vancouver system, using Arabic numbers, making order according to the texts chronologically. All texts are in normal font, no bold and no italics.

Sample of references from articles in Journals

- Mauri MC, Paletta S, Maffini M, Colasanti A, Dragogna F, Di Pace C, et al. Clinical pharmacology of atypical antipsychotics: an update. EXCLI J 2014;13:1163–91.

- Kongmalai P, Karunasumetta C, Kuptarnond C, Prathanee S, Taksinachanekij S, Intanoo W, et al. The posterior pericardiotomy.

Does it reduce the incidence of postoperative atrial fibrillation after coronary artery bypass grafting? J Med Assoc Thai 2014;97 (Suppl 10):S97-104.

- สมศักดิ์ เทียมเก่า. การพัฒนาเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองภาคอีสาน. ว. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย 2558;14:3–13.

Sample of references from books and other monographs

Authors being writers

- Carroll QB. Radiography in the digital age: physics, exposure, radiation biology. 2nd ed. Springfield (IL): Charles C. Thomas; 2014.

- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, ดลฤดี สองทิศ. ตำราวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2556.

Authors being both writer and editor

- Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET, editors. Advanced practice nursing: an integrative approach. 5th ed. St. Louis (MO): Elsevier/Saunders; 2014.

- กนิษฐา ไทยกล้า, จิตรลดา อารีย์สันติชัย, ดาริกา ไสงาม, มานพ คณะโต, รัตนา จารุเบญจ, รุ่งภา คำผาง, และคณะ, บรรณาธิการ. สังเคราะห์สถานการณ์สารเสพติด พ.ศ. 2545-2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2556.

Books with authors for each separate chapter and also have editor

- Aldridge J, Sourkes BM. The psychological impact of life-limiting conditions on the child. In: Goldman A, Hain R, Liben S, editors. Oxford textbook of palliative care for children. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 78-89.

- วิชัย เส้นทอง. Chest pain. ใน: กาญจนา จันทร์สูง, ประณีติ หงสประภาส, บรรณาธิการ. อการวิทยาทางอายุรศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558. หน้า 165–70.

Institutional authors

- World Health Organization. The ASSIST project-alcohol, smoking and substance involvement screening test. Geneva : WHO; 2013.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนัก; 2557.

Sample of references from academic conferences**Conference proceedings**

- Proceeding the 4th International LDRG-KKU and Saraburi Hospital Symposium 2014 on "Lasers in Dentistry: Research transferring to practice": 31 July - 1 August 2014, The Greenery Resort Khao Yai, Thailand. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014.

Conference paper

- Chintim P, Heebthamai T, Phanombualert J. Microleakage of self-etch adhesive system in Class V cavities etched by Er:YAG laser with different pulse modes. In: Proceeding the 4th International LDRG-KKU and Saraburi Hospital Symposium 2014 on "Lasers in Dentistry: Research transferring to practice": 31 July - 1 August 2014; The Greenery Resort Khao Yai, Thailand. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014. p. 21-6.
- อรุณี เจตศรีสุภาพ. ธาลัสซีเมีย: อดีต ปัจจุบันและอนาคต. ใน: พจน์ ศรีบุญลือ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการประจำปี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ครั้งที่ 28 ประจำปี 2555: 40th Anniversary of MD@KKU moving forwards the to 50th of Asia: วันที่ 10-12 ตุลาคม 2555; ขอนแก่น. ขอนแก่น: ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555. หน้า 3-13.

Samples of reference from thesis

- Sattayut, S. A study of the influence of low intensity laser therapy on painful temporomandibular disorders. [Ph.D. Dissertation in Oral and Maxillofacial Surgery]. London : The Royal London School of Medicine and Dentistry University of London; 1998.
- วนาพร เขี่ยมมะ. การพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. [การศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สูงอายุ]. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2558.

Samples of reference in electronic format**Article on website only (with doi)**

- Phababpha S, Kukongviriyapan U, Pakdeechote P, Senggunprai L, Kukongviriyapan V, Settasatian C, et al. Association of arterial stiffness with single nucleotide polymorphism rs1333049 and metabolic risk factors. Cardiovasc Diabetol 2013;12:93. doi: 10.1186/1475-2840-12-93

Online only article (without doi)

- National Health and Medical Research Council. How NHMRC develops its guidelines [Online]. 2009 [cited 2016 Dec 20]: Available from: <https://goo.gl/H0CtWj>
- Phababpha S, Kukongviriyapan U, Pakdeechote P, Senggunprai L, Kukongviriyapan V, Settasatian C, et al. Association of arterial stiffness with single nucleotide polymorphism rs1333049 and metabolic risk factors.
- Cardiovasc Diabetol [serial online] 2013 Jun 21 [cited 2016 Dec 20];12: [8 screens]. Available from: <http://bit.ly/2fQ9CNL>

- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ผู้สูงอายุ: ทิศทางการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในประเทศไทย [ออนไลน์] 9 กันยายน 2556 [อ้างเมื่อ 20 ธันวาคม 2559]. จาก <http://goo.gl/BrQpLI>

Paper presented

- Chowchuen B, Thanaviratananich S, Chichareon KA, Auvichipotchana C, Godfrey K. Multi-center study of oral clefts and associated abnormalities in Thailand: the epidemiologic data and need of health care service. Paper presented at 10th International Congress on Cleft Palate and Related Craniofacial Anomalies; 2005 September 4-8; Durban, South Africa.

Preparation of the Review articles and Case reports

Review articles and case reports should follow the same format with separate pages for Abstract, Introduction, Contents or Case report, Discussion, Conclusion, Acknowledgement and References.

The Editorial and Peer Review Process

The submitted manuscript will be reviewed by at Least 2 qualified experts in the respective fields. In general, this process takes around 4 - 8 weeks before the author be notified a consideration for minor correction or major correction or accept for publication with correction or reject for publication. However, the editor-in-chief and editorial board have all right to consider the final decision for publication.

The author should realize the importance of correct format manuscript, which would affect the duration of the review process and the acceptance of the articles. The Editorial office will not accept a submission if the author has not supplied all parts of the manuscript as outlined in this document.

Copyright

Upon acceptance, copyright of the manuscript must be fully transferred to The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine.