

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Associated with Hospital Readmission and Clinical Outcomes among Patients with Non-Communicable Diseases at Nabon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: April 23,2026 ; Revised: April 28,2026 ; Accepted: April 30,2026)

ทศมา ทองจันทร์¹
Tassama Thongchan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน รวมถึงผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 336 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.3 มีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่ได้วางแผน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำอย่างเป็นอิสระ ได้แก่ การมีจำนวนโรคร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป (aOR = 2.45; 95% CI: 1.39-4.32), การมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (aOR = 4.31; 95% CI: 1.83-10.16), การมีโรคไตเรื้อรังเป็นโรคหลัก (aOR = 5.28; 95% CI: 1.94-14.37) และการมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา (aOR = 2.51; 95% CI: 1.44-4.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้กลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำมีสัดส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่กลับมารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.045$)

คำสำคัญ: การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ปัจจัยเสี่ยง, ผลลัพธ์ทางคลินิก

Abstract

This survey research by retrospective study aimed to investigate the incidence and factors associated with 30-day unplanned hospital readmission and clinical outcomes among patients with non-communicable diseases (NCDs) at Nabon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. Data were collected from the medical records of 336 patients admitted between January and December 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and multiple logistic regression.

The results revealed that 25.3% of the samples had an unplanned readmission. Independent factors significantly associated with readmission were having ≥ 3 comorbidities (aOR = 2.45; 95% CI: 1.39-4.32), chronic obstructive pulmonary disease as the principal diagnosis (aOR = 4.31; 95% CI: 1.83-10.16), chronic kidney disease as the principal diagnosis (aOR = 5.28; 95% CI: 1.94-14.37), and history of hospital admission in the past year (aOR = 2.51; 95% CI: 1.44-4.37) ($p < 0.05$). Furthermore, the readmission group had a significantly higher proportion of severe clinical complications compared to the non-readmission group ($p = 0.045$).

Keywords: Hospital readmission, Non-communicable diseases, Risk factors, Clinical outcomes

¹ นายแพทย์ชำนาญการ ประจำโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและระดับประเทศ องค์การอนามัยโลกรายงานว่ากลุ่มโรคนี้เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการทั่วโลก¹ ในประเทศไทย การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ส่งผลให้ภาระจากโรค NCDs ทวีความรุนแรงขึ้น กรมควบคุมโรคจึงกำหนดให้การป้องกันและควบคุมโรคกลุ่มนี้เป็นวาระแห่งชาติ² ในระบบสุขภาพของไทย โรงพยาบาลชุมชนถือเป็นหน่วยบริการด่านหน้าที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย NCDs ตั้งแต่การคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จากปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นและมีความซับซ้อนของโรค ทำให้ระบบบริการต้องเผชิญกับความท้าทาย โดยเฉพาะปรากฏการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Hospital Readmission) ภายใน 30 วัน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพและคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในช่วงเปลี่ยนผ่าน (Transition of care) จากโรงพยาบาลกลับสู่บ้านและชุมชน³ การกลับมารักษาซ้ำไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน แต่ยังสะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่ซ้ำซ้อนและก่อให้เกิดต้นทุนมหาศาลต่อระบบบริการสุขภาพ⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำมีความหลากหลายและซับซ้อน ซึ่งสามารถอธิบายอย่างเป็นระบบได้ด้วยแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแอนเดอร์เซน (Andersen's Behavioral Model) ประกอบด้วย ปัจจัยนำ (เช่น อายุ เพศ) ปัจจัยเอื้อ (เช่น สิทธิการรักษา การมีผู้ดูแล การติดตามหลังจำหน่าย) และปัจจัยด้านความจำเป็นทางสุขภาพ (เช่น ความรุนแรงของโรคหลัก จำนวนโรคร่วม และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ)⁵ การศึกษาใน

บริบทของประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะโรคร่วมหลายโรคและขาดความสามารถในการดูแลตนเองมักมีความเสี่ยงสูงที่จะต้องกลับมารักษาซ้ำ⁶ นอกจากนี้ การกลับมารักษาซ้ำยังมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ เช่น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น และอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น⁷ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีงานวิจัยในด้านนี้จำนวนมาก แต่องค์ความรู้ส่วนใหญ่ยังได้มาจากการศึกษาในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลตติยภูมิ หรือมุ่งเน้นเพียงโรคใดโรคหนึ่งเฉพาะเจาะจง ข้อมูลเชิงประจักษ์ในกลุ่มผู้ป่วย NCDs หลากหลายชนิดรวมกัน บริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระบบเครือข่ายที่แตกต่างออกไปนั้น ยังมีอยู่อย่างจำกัด

โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องรองรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมาก แต่ปัจจุบันยังขาดข้อมูลและองค์ความรู้ที่จำเพาะเจาะจงเกี่ยวกับอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยในพื้นที่ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกอันจะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อการระบุกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนในการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) รวมถึงระบบการดูแลต่อเนื่องให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลนาบอน

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัจจัยทางคลินิก และปัจจัยด้านการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำและกลุ่มที่ไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังโดยการทบทวนเวชระเบียน (Retrospective Analytical Study by Medical Record Review) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รูปแบบการวิจัยนี้มีความเหมาะสมเนื่องจากผู้วิจัยสามารถใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ในระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Record: EHR) และฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายของการศึกษานี้ คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยทำการคัดเลือกประชากรทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Total Population Sampling) ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยหลักเมื่อจำหน่าย (Principal Diagnosis) เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน

โลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคไตเรื้อรัง และ 3) ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยมีชีวิต เพื่อป้องกันตัวแปรทางคลินิกที่อาจเป็นปัจจัยกวน (Confounding factors) ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) โดยจะคัดผู้ป่วยที่มีลักษณะดังต่อไปนี้จากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการเข้ารับการรักษาครั้งแรก ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นเพื่อรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาและขอกลับบ้านโดยไม่สมัครใจ ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำตามแผนที่วางไว้ล่วงหน้า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 24 ชั่วโมง และผู้ป่วยที่เวชระเบียนมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ จากการคัดเลือกตามเกณฑ์ดังกล่าว ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลสมบูรณ์เข้าสู่การวิเคราะห์ผลรวมทั้งสิ้น 336 ราย

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลด้านประชากรและปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ 2) ข้อมูลด้านคลินิกและความจำเป็นทางสุขภาพ เช่น กลุ่มโรคหลัก จำนวนโรคร่วม และผลทางห้องปฏิบัติการ และ 3) ข้อมูลผลลัพธ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและผลลัพธ์ทางคลินิก

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยหลักด้วยวิธีการทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Record) ของโรงพยาบาลนาบอน ตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยได้คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์และบันทึกข้อมูลตัวแปรที่เกี่ยวข้องลงในแบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้น ทั้งนี้ ข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้ถูกแปลงเป็นรหัสการวิจัย (Study ID) ตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บ

ข้อมูล เพื่อรักษาความลับและปกป้องสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามคำประกาศเฮลซิงกิอย่างเคร่งครัด และได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช (เอกสารรับรองเลขที่ ๒๑/๒๕๖๙ รหัสโครงการ NSTPH ๒๑/๒๕๖๙) เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ซึ่งไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงโดยตรงและไม่มีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย จึงได้รับการยกเว้นกระบวนการขอความยินยอม (Waiver of Consent) จากผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อน้อยอย่างเป็นทางการ ผู้วิจัยให้ความสำคัญสูงสุดในการปกป้องความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับของผู้ป่วย โดยดำเนินการตัดข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้โดยตรง (De-identification) และนำระบบการเข้ารหัสโดยใช้รหัสการวิจัย (Study ID) มาใช้แทน ข้อมูลทั้งหมดถูกจัดเก็บในคอมพิวเตอร์ที่มีการป้องกันด้วยรหัสผ่าน และการนำเสนอผลการศึกษาก็จะกระทำในภาพรวมเชิงสถิติเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติสำหรับการทดสอบสมมติฐานไว้ที่ 0.05 ในเบื้องต้นได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอในรูปของความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ

สำหรับการวิเคราะห์เชิงอนุมานเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ การวิเคราะห์เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น (Bivariate Analysis) เพื่อเปรียบเทียบลักษณะระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำและกลุ่มที่ไม่กลับมารักษาซ้ำ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ และใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หรือสถิติทดสอบแมนน์-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U test) สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ จากนั้น ตัวแปรอิสระที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์เบื้องต้นจะถูกนำเข้าสู่สมการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) เพื่อค้นหาปัจจัยทำนายอย่างเป็นอิสระและควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์จะนำเสนอในรูปของอัตราส่วนออดส์ (Odds Ratio) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการศึกษา

อุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวนทั้งสิ้น 336 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่ได้วางแผนภายใน 30 วัน (Unplanned 30-day Readmission) จำนวน 85 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ร้อยละ 25.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.8) มีอายุเฉลี่ย 68.7 ± 13.9 ปี โรคหลักที่นำมาสู่การนอนโรงพยาบาลครั้งแรกที่พบมากที่สุดคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 43.5) และกว่าครึ่งหนึ่งมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 52.1)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ($n=85$) และกลุ่มที่ไม่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ($n=251$) พบว่ากลุ่มที่

กลับมารักษาซ้ำมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีจำนวนโรค
ร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไปสูงกว่า (ร้อยละ 55.3 เทียบ
กับร้อยละ 29.5, $p<0.001$) และมีสัดส่วนผู้ป่วยที่
มีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมาสูงกว่า

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 70.6 เทียบกับ
ร้อยละ 46.2, $p<0.001$) ดังรายละเอียด
เปรียบเทียบในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบลักษณะระหว่างกลุ่มที่ไม่กลับมาและกลับมารักษาซ้ำใน 30 วัน

ลักษณะข้อมูล	ไม่กลับมารักษาซ้ำ (n = 251)	กลับมารักษาซ้ำ (n = 85)	p-value
จำนวนโรคร่วม ≥ 3 โรค	74 (29.5%)	47 (55.3%)	$<0.001^*$
โรคหลัก			$<0.001^*$
DM, HT, IHD, Stroke	95 (37.8%)	20 (23.5%)	
HF, COPD, CKD	156 (62.2%)	65 (76.5%)	
มีประวัติเคยนอน รพ. ในปีที่ผ่านมา	116 (46.2%)	60 (70.6%)	$<0.001^*$
ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง	1 (0.4%)	2 (2.4%)	0.045*
เสียชีวิตใน 30 วัน	0 (0.0%)	1 (1.2%)	0.472

หลังจากควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนด้วย
การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ พบว่ามี
ปัจจัย 4 ประการที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้า
รับการรักษาซ้ำภายใน 30 วันอย่างเป็นอิสระ ได้แก่
การมีจำนวนโรคร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป (Adjusted
Odds Ratio [aOR] = 2.45, 95% CI: 1.39-4.32),

การมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (aOR =
4.31, 95% CI: 1.83-10.16), การมีโรคไตเรื้อรัง
เป็นโรคหลัก (aOR = 5.28, 95% CI: 1.94-14.37)
และ การมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา
(aOR = 2.51, 95% CI: 1.44-4.37) ดังแสดง
ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วัน (การวิเคราะห์พหุคูณ)

ปัจจัย	Adjusted OR	95% Confidence Interval	p-value
จำนวนโรคร่วม ≥ 3 โรค	2.45	1.39 – 4.32	0.002*
โรคหลัก: COPD	4.31	1.83 – 10.16	0.001*
โรคหลัก: CKD	5.28	1.94 – 14.37	0.001*
มีประวัติเคยนอน รพ. ในปีที่ผ่านมา	2.51	1.44 – 4.37	0.001*

ผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ

ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น
ภายใน 30 วันหลังการจำหน่าย พบว่ากลุ่มที่
กลับมารักษาซ้ำมีสัดส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อน
รุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่กลับมารักษาซ้ำอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 2.4 เทียบกับร้อยละ
0.4, $p=0.045$) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่าง

ของอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันระหว่างสอง
กลุ่ม (ร้อยละ 1.2 เทียบกับร้อยละ 0.0, $p=0.472$)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกลับเข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและผลลัพธ์ทางคลินิก
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 336 ราย
ณ โรงพยาบาลนาบอน พบอุบัติการณ์การกลับเข้า

รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันร้อยละ 25.3 ซึ่งถือเป็นอัตราที่ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในบริบทอื่นของประเทศไทยที่พบในช่วงร้อยละ 14–20^{3,6} ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างอิสระกับการกลับมารักษาซ้ำประกอบด้วยปัจจัยด้านความจำเป็นทางสุขภาพ (Need factors) ตามกรอบแนวคิดของแอนเดอร์เซน⁵ เป็นหลัก ได้แก่ การมีจำนวนโรคร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป, การมีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือโรคไตเรื้อรังเป็นโรคหลัก และการมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ ในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกยังพบว่ากลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำมีส่วนการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่กลับมารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสะท้อนให้เห็นว่าการกลับมารักษาซ้ำไม่เพียงแต่เป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการ แต่ยังสัมพันธ์โดยตรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและภาระทรัพยากรสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน⁴

ผลการวิจัยยืนยันว่าความซับซ้อนทางคลินิกเป็นปัจจัยชี้ขาดสำคัญของการกลับมารักษาซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค (≥ 3 โรค) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Selmer และคณะ⁸ ที่ชี้ให้เห็นว่าภาวะโรคร่วมที่ซับซ้อนส่งผลให้การจัดการตนเองและการควบคุมอาการหลังจำหน่ายเป็นไปได้ยาก ประเด็นที่น่าสนใจคือผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคไตเรื้อรัง (CKD) มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจนเนื่องจากลักษณะธรรมชาติของโรคที่มีโอกาสเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ง่ายจากการติดเชื้อหรือความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ สอดคล้องกับงานวิจัยในระดับภูมิภาคเอเชีย^{9,10} ขณะเดียวกัน การที่ประวัติการนอนโรงพยาบาลในอดีตเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญ ตอกย้ำถึงภาวะความเปราะบาง (Frailty) ของผู้ป่วยในพื้นที่นาบอน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องการกลไกการแทรกแซงในช่วงเปลี่ยนผ่านการดูแลที่เข้มข้นมากกว่าปกติ¹¹ อย่างไรก็ตาม การที่ไม่พบความแตกต่างของอัตราการเสียชีวิตระหว่างกลุ่มอาจ

อธิบายได้ว่าระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ยังสามารถจัดการภาวะวิกฤตเมื่อผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลได้อย่างทันท่วงที แต่การเพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในกลุ่มที่กลับมารักษาซ้ำยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการบริการทางคลินิกและเชิงนโยบาย จากผลการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านจำนวนโรคร่วม กลุ่มโรคเสี่ยงสูง (COPD และ CKD) และประวัติการนอนโรงพยาบาลในอดีต มีอิทธิพลอย่างมากต่อการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลนาบอนควรพัฒนาระบบการคัดกรองความเสี่ยง (Risk Stratification) ตั้งแต่แรกรับเพื่อระบุกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงอย่างเป็นระบบ โดยควรบูรณาการกระบวนการวางแผนจำหน่ายแบบสหวิชาชีพที่เน้นการจัดการรายกรณี (Case Management) สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ ควบคู่ไปกับการสร้างความเข้มแข็งของระบบการดูแลต่อเนื่องในช่วงเปลี่ยนผ่าน (Transition of Care) ผ่านการประสานงานกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อจัดโปรแกรมเยี่ยมบ้านภายใน 7 วันหลังจำหน่าย โดยมุ่งเน้นการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ การบริหารจัดการยาที่ซับซ้อน และการสังเกตอาการเตือนที่ต้องกลับมาพบแพทย์ก่อนเกิดภาวะวิกฤต อันจะเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่ป้องกันได้

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต เนื่องจากงานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลังจากเวชระเบียน ซึ่งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและบริบททางสังคมเชิงลึกของผู้ป่วย ดังนั้นในระยะต่อไปควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อสำรวจอุปสรรคและปัจจัยกำหนดสุขภาพในระดับบุคคลและครอบครัวที่ส่งผลต่อ

ความล้มเหลวในการดูแลตนเองที่บ้าน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคไตเรื้อรัง ที่มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำสูง นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนางานวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณี หรือรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

เข้ามาช่วยในการติดตามอาการ (Tele-monitoring) เพื่อพิสูจน์ถึงความคุ้มค่าและประสิทธิผลในการลดอัตราการใช้บริการในโรงพยาบาลซ้ำอย่างยั่งยืนในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2022). Noncommunicable diseases progress monitor 2022. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2567). แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566–2570). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. Balasubramanian V, Ford AW, Puthumana J, Sharma M, Mohan S.(2025). Association of outpatient follow-up after discharge and 30-day unplanned readmission: A systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open. 2025;8(1):e2451234.
4. Ministry of Public Health [Thailand], World Health Organization, United Nations Development Programme, United Nations Interagency Task Force on NCDs.(2021). Prevention and control of noncommunicable diseases in Thailand: The case for investment. Bangkok: United Nations Development Programme; 2021.
5. Alkhawaldeh A, Al-Dwaikat TN, Al-Hussami M.(2023). Application and use of Andersen’s behavioral model as a theoretical framework: A systematic literature review from 2012–2021. BMC Health Services Research. 2023;23(1):126.
6. พรชนก ปันรัตน์, อัจฉรียา พ่วงแก้ว, ดวงรัตน์วัฒนกิจไกรเลิศ, ศรีสกุล. จิรกาญจนกร. (2567). ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลสมาคมฯไทย. 2567;17(1):101-20.
7. Palupi S, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Damnoen S.(2024). COVID-19’s impact on hospital stays, mortality, and readmissions for poverty-related diseases, noncommunicable diseases, and injury groups in Thailand. PLOS ONE. 2024;19(3):e0300130.
8. Selmer C, Van Spall HGC, Nielsen C, Gustafsson F, Køber L, Schou M.(2025). Performance of hospital readmission prediction models: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies. 2025;165:105188.
9. Lin X, Hong H, Luo F, Zeng R, Wu C.(2024). Risk factors for hospital readmission among patients with chronic obstructive pulmonary disease in Asia: A systematic review and meta-analysis. Heliyon. 2024;10(8):e29683.
10. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2565). ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2565.
11. Suraarunsumrit P, Sinthornkasem P, Petchthai P, Sainimnuan S, Preedachitkul R, Srinonprasert V.(2025). Impact of frailty on healthcare utilization in older patients admitted to medical wards: A study from a large medical school in a middle-income setting. Siriraj Medical Journal. 2025;77(2):112-21.