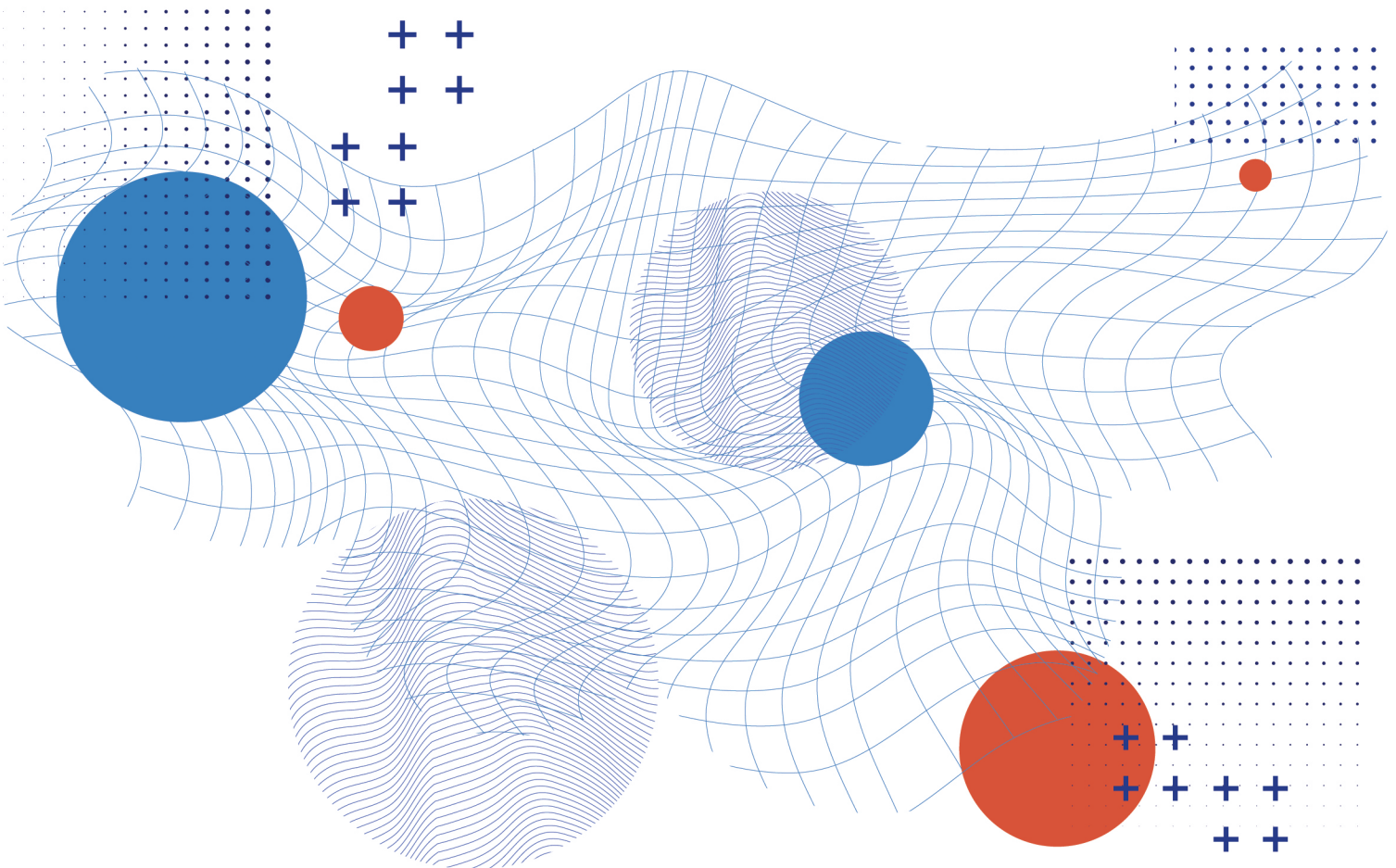




# วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

## Journal of Primary Care and Family Medicine



ISSN : 2651-0553



- **ความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณฉบับภาษาไทย** 1  
*ชนกิจ รุ่งเรืองรัตนกุล, เสาวนันท บำเรอราช, พรปวีณ์ พฤกษ์ปิติกุล*
- **ผลกระทบของมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การศึกษาในข้อมูลวัดซ้ำ** 13  
*อารยา ดำเนินสวัสดิ์, ณภัทร เพชรกัปป์, พรวิภา ปันทะ, วรารัตน์ ทาตายุ, วิน เตชะเคหะกิจ*
- **ผลกระทบทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดตรังระหว่างการระบาดของโรค COVID-19** 21  
*จิตราวรรณ จันทร์มา*
- **ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ** 33  
*รุ่งทิวา กังวานสุระ, ทนงสรรค์ เทียนถาวร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, กุลเชษฐ เกษะโกมล*
- **ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริหารจัดการด้านบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิตามหลักการบริหารจัดการทางระบาดวิทยาเพื่อรับมือกับการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 1 และ 2 ใน จ.พิษณุโลก พ.ศ. 2563** 45  
*ศศิธร ศรีโพธิ์ทอง, วิโรจน์ วรณภีระ*
- **ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและมีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ณ โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่** 59  
*ลฎาภา สามัคคีธรรม, ปองปรีดา แสนจิตต์, กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์, วิชุดา จิรพรเจริญ, พิชชา เครือแปง, นพคุณ นันทศุภาวัฒน์*

# Content

PCFM

PCFM 2565;5(1): Jan-Mar

## ORIGINAL ARTICLE

- **Validity and Reliability of the Thai version of the Holistic Well-Being Scale** 1  
*Thanakij Rungrueangrattanukul, Sauwanan Bumrerraj, Pornpawee Prukpitikul*
- **Impact of health literacy intervention on health outcomes among type 2 diabetes patients: A repeated-measure study** 13  
*Araya Dumnurnsawat, Napat Phetkub, Wararat Thatayu, Win Techakehakij*
- **Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Trang province** 21  
*Chittrawan Janma*
- **Factors affecting older adults' decision-making on having a Living will** 33  
*Rungthiwa Kangwansura, Tanongson Tienthavorn, Patsri Srisuwan, Kulachade Gesakomol*
- **Health Care Practitioners' Opinions towards Health Care Management in Primary Care According to Epidemiologic Management Principles in the first and second waves of COVID-19 outbreak in Phitsanulok Province, 2019** 45  
*Sasitorn Sripotong, Wiroj Wannapira*
- **Medication adherence and associated factors in elderly with Diabetes Mellitus and multimorbidities at Sarapee Hospital, Chiang Mai** 59  
*Lhadapha Samakkeethum, Pongpreeda Saenchitta, Kanokporn Pinyopornpanish, Wichuda Jiraporncharoen, Phitcha Khruempaeng, Nopakoon Nantsupawat*

PCFM



## The Journal of Primary Care and Family Medicine

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

### ที่ปรึกษา (Advisor)

พญ. สุพัตรา ศรีวณิชชากร

พญ. สายรัตน์ นกน้อย

### บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

ผศ.ดร.นพ. ชัยสิทธิ์ อังกุระวารานนท์

นพ. สดางค์ ศุภผล

### รองบรรณาธิการ (Editors)

นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

นพ. ปกรณ์ ทองวิไล

ผศ. พญ. กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์

### กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ผศ. นพ. กฤษณะ สุวรรณภูมิ

พญ. สุกัญญา หังสพฤกษ์

พญ. อรุณี ทิพย์วงศ์

ผศ. นพ. นนท โสวัณณะ

พญ. ศิริินภา ศิริพร ณ ราชสีมา

รศ. พญ. ปัทมา โกมุกบุตร

รศ. พญ. สรญา แก้วพิบูลย์

ดร. พญ. จิรฐา บุตรแก้ว

ทพญ. ปิยะดา ประเสริฐสม

ภก. ชีรภัทร์ ฉันทพันธ์

ดร. สุรศักดิ์ อธิมานนท์

น.ส.ผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ

รศ. ดร. พญ. ชาญรัตน์ อโนทัยสินทวี

รศ. นพ. กรภัทร มยุระสาคร

พญ. สударัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล

พญ. อรวรรณ ตะเวทิพงศ์

ผศ. นพ. กิตติพล นาควิโรจน์

ดร. นพ. วิน เตชะเคหะกิจ

ผศ. ดร. พญ. ศิรินาถ ตงศิริ

รศ. นพ. อภิชัย วรรณนะพิศิษฐ์

ภก. จตุพร ทองอิม

ผศ. ดร. ภัทระ แสนไชยสุริยา

คุณสุรรัตน์ ธนากิจ



## นิพนธ์ต้นฉบับ

### ความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ฉบับภาษาไทย

ธนกิจ รุ่งเรืองรัตนกุล, พ.บ., แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ชั้นปีที่ 3,

เสาวนันท บำเรอราช, พ.บ., อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว, พรปวีณ์ พฤกษ์ปิติกุล, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

#### ผู้รับผิดชอบบทความ:

ธนกิจ รุ่งเรืองรัตนกุล, พ.บ.,  
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น  
40002, ประเทศไทย

Email: thanarun@kku.ac.th

Received: Oct 19, 2021;

Revised: Dec 7, 2021;

Accepted: Jan 28, 2022

#### บทคัดย่อ

**ที่มา:** การมีสุขภาพดีทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญของการมีสุขภาพดีที่สมบูรณ์และถือเป็นมาตรฐานสูงสุดของการดูแลสุขภาพ (highest standards of health) ปัจจุบันมีงานวิจัยหลายฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในต่างประเทศระบุว่า การมีสุขภาพดีทางจิตวิญญาณส่งผลต่อผลการรักษาไปในทางบวกทั้งทางด้านร่างกาย และทางด้านทางจิตใจ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีแบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ใช้ง่าย เป็นมาตรฐาน และเหมาะสมกับการใช้ในบริบทของสังคมไทย

**วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนา ทดสอบความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ฉบับภาษาไทย

**วัสดุและวิธีการ:** สร้างแบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ฉบับภาษาไทย จากการค้นหาแบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณจากทั่วโลก ทั้งหมด 21 แบบประเมิน จนได้แบบประเมินที่มีเนื้อหาเหมาะสมกับบริบทสังคมไทย และครอบคลุมทุกมิติของสุขภาวะทางจิตวิญญาณ คือ Holistic Well-Being Scale พัฒนาขึ้นโดย Dr. Chan H.Y. Celia และคณะ แล้วนำมาแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นจึงนำมาหาดัชนีความสอดคล้องและดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา พร้อมทั้งหาความเที่ยงเชิงความคงที่และหาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน

**ผลการศึกษา:** แบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นมีความตรงและความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ดีและยอมรับได้ โดยมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา อยู่ที่ 1.00 ในทุกข้อคำถาม มีค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ อยู่ที่ 0.701-0.901 เมื่อตัดข้อมูลของลำดับที่ 56 ออก เนื่องจากมีความแตกต่างของคะแนนจากการวัดซ้ำสูงผิดปกติ และมีความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน โดยวัดจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alfa coefficient) อยู่ในช่วง 0.603-0.857 เมื่อวิเคราะห์แยกระหว่างชั้นพรีคลินิกกับชั้นคลินิก เนื่องจากทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันของลักษณะการใช้ชีวิต รูปแบบการเรียนการสอน รูปแบบการทำงาน และความกดดัน ซึ่งอาจส่งผลต่อคำตอบที่ได้

**สรุป:** แบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ฉบับภาษาไทย ที่ถูกพัฒนาขึ้นมีความตรงผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และความเที่ยงเชิงความคงที่ที่อยู่ในเกณฑ์ที่ดี และความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

**คำสำคัญ:** สุขภาวะทางจิตวิญญาณ, แบบประเมิน, ความตรง, ความเที่ยง

## ORIGINAL ARTICLE

# Validity and Reliability of the Thai version of the Holistic Well-Being Scale

**Thanakij Rungrueangrattanakul**, 3<sup>rd</sup> Residency Training in Family Medicine, **Sauwanan Bumrerraj, M.D.**, Family medicine, **M.Sc.**, **Pornpawee Prukpitikul, M.D.**, Dip. Thai Board of Family medicine

*Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen*

**Corresponding author :**

Thanakij Rungrueangrattanakul, MD., Division of Family Medicine, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University  
Email: thanarun@kku.ac.th

Received: October 19, 2021;

Revised: December 7, 2021;

Accepted: January 28, 2022

**ABSTRACT**

**Background:** Spiritual well-being is a key component of healthy status and is considered the highest standards of health. International publications state that spiritual well-being affects the treatment results in a positive way, both physically and psychological aspects. However, at present, there is no simple, standardized and suitable spiritual well-being assessment that used in the context of Thai society.

**Objective:** To develop and evaluate the validity and reliability of the Thai version of the Holistic Well-Being Scale.

**Methods:** A Thai version of the Spiritual Health Assessment Questionnaire from searching 21 global spiritual health assessment questionnaires was developed. This assessment was obtained with the content appropriate to the context of Thai society and covering all dimensions of spiritual well-being, the Holistic Well-Being Scale, developed by Dr. Chan H.Y. Celia et al. The questionnaire was translated from English into Thai language as a result questionnaire was then used to analyzed the Index of item objective congruence (IOC) and Scale content validity index (S-CVI). The stability and internal consistency were also determined.

**Results:** The content validity index of The Thai version of Holistic Well-Being Scale was 1.00 for all questions. The stability coefficient was 0.701-0.901, after the 56th data was removed due to an abnormally high difference in scores from repetition. Internal consistency which was calculated from Cronbach's alpha coefficient, was in the range of 0.603-0.857, when analyzed separately between preclinical medical student and clinical medical student due to the two groups have different lifestyles which can affect the answer.

**Conclusion:** The Thai version of Holistic Well-Being Scale demonstrated good content validity, good stability and acceptable internal consistency.

**Keyword:** spiritual health, assessment, validity, reliability

## บทนำ

ปี พ.ศ. 2548 องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization) ได้ประกาศว่า การมีสุขภาพดีทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญของการมีสุขภาพดีที่สมบูรณ์ และถือเป็นมาตรฐานสูงสุดของการดูแลสุขภาพ (highest standards of health) ปัจจุบันมีงานวิจัยหลายฉบับตีพิมพ์ในต่างประเทศ ระบุว่า การมีสุขภาพดีทางจิตวิญญาณ ส่งผลต่อผลการรักษาไปในทางบวกทั้งทางด้านร่างกาย<sup>1</sup> เช่น ระดับความปวด<sup>2,3</sup> การดูแลสุขภาพ<sup>4</sup> การออกกำลังกาย<sup>5</sup> การฟื้นตัวหลังการทำการกายภาพบำบัด<sup>6,7</sup> การให้ความร่วมมือในการรักษา<sup>8</sup> ไปจนถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>9-12</sup> และทางด้านทางจิตใจ เช่น ความพึงพอใจในชีวิต<sup>7</sup> ความรู้สึกมีความสุข<sup>13</sup> ความมั่นใจในตัวเอง<sup>14-16</sup> การนอนหลับ<sup>17</sup> ภาวะเครียด<sup>15,18</sup> ความรู้สึกสิ้นหวัง<sup>19,20</sup> ภาวะซึมเศร้า<sup>19-23</sup> ไปจนถึงอัตราการฆ่าตัวตาย<sup>20</sup>

การมีสุขภาพดีทางจิตวิญญาณไม่ได้เป็นเพียงเรื่องความเชื่อหรือหลักคำสอนทางศาสนาเท่านั้น แต่มีส่วนที่สำคัญกว่า เช่น ความสามารถในการให้อภัยต่อตัวเองและผู้อื่น ความสามารถในการยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความสามารถในการรับรู้ร่างกายและจิตใจในปัจจุบันขณะ ความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ภายใน การใช้ชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง ความเชื่อใจในตัวเอง ความสงบสุขจากภายใน ความรู้สึกรักตัวเองและผู้อื่น การรู้สึกขอบคุณต่อสิ่งรอบข้าง การมีคำตอบในกับตัวเองสำหรับคำถามสำคัญในชีวิต การมีเป้าหมายในการใช้ชีวิต การรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย การรู้สึกถึงการเชื่อมโยงกันกับบุคคลรอบข้าง การรู้สึกถึงความเป็นหนึ่งเดียวกับธรรมชาติ เป็นต้น<sup>24-28</sup>

อย่างไรก็ตาม จากการสืบค้นข้อมูลในวารสารของประเทศไทย พบว่าในปัจจุบันการมีสุขภาพทางจิตวิญญาณที่ดี ยังเป็นประเด็นที่ยังไม่ได้รับความสนใจมากนักในประเทศไทย รวมทั้งยังไม่มีแบบประเมินสุขภาพทางจิตวิญญาณที่ใช้อย่างเป็นมาตรฐาน และเข้ากับบริบทสังคมไทย

จากการสืบค้นงานวิจัยเพิ่มเติมในต่างประเทศ พบว่ามีแบบประเมินทางจิตวิญญาณที่ได้รับการพัฒนาเป็นจำนวนมาก<sup>29,30</sup> โดยรวบรวมมาได้ทั้งหมด 21 แบบประเมิน ได้แก่ The Spirituality Index of Well-being (SIWB)<sup>31</sup>, The Spiritual Well-Being Scale (SWS)<sup>32</sup>, The Func-

tional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being (FACIT-Sp)<sup>33</sup>, WHOQOL-SR-PB<sup>34</sup>, BENEFIT Scale, EORTIC QLC-SWB32<sup>35</sup>, SpREUK, Brief Serenity Scale, The Spirituality Scale<sup>36</sup>, The Ironson-Woods Spirituality/ Religiosity Index, The Brief Multidimensional Measure of Religiousness/ Spirituality (BMMRS)<sup>37</sup>, The Spiritual Involvement and Beliefs Scale<sup>38</sup>, The Brief Pictorial Instrument for Assessing Spirituality, The Index of Core Spiritual Experience (INSPIRIT)<sup>27</sup>, The Daily Spiritual Experience Scale (DSES)<sup>28</sup>, Nonattachment Scale-Short Form (NAS-SF)<sup>39</sup>, The SHALOM tool, Spiritual Needs Questionnaire, The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP), The Spiritual Needs Inventory (SNI)<sup>40</sup> และ Holistic Well-Being Scale<sup>26</sup> ซึ่งในแต่ละแบบประเมินมีจุดเด่นและจุดด้อย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันไป<sup>29,30</sup> ส่วนใหญ่จะศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง<sup>36</sup> โรคมะเร็ง<sup>33,41</sup> ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรักษาแบบประคับประคอง<sup>35</sup> หรือเป็นการศึกษาในผู้ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยมะเร็ง<sup>40</sup> จึงมีบางคำถามที่ไม่เหมาะสำหรับการใช้ในบุคคลทั่วไป รวมถึงพบว่าหลายแบบประเมินมีการกล่าวถึงพระเจ้า<sup>27,28,32,35</sup> หรือตัวตนชั้นสูง<sup>36-38</sup> ซึ่งไม่เหมาะกับการใช้ในบริบทของสังคมไทย นอกจากนี้บางแบบสอบถามยังมีจำนวนข้อในแบบประเมินเยอะมากจนทำให้ยากต่อการทำแบบประเมิน<sup>34</sup>

จากแบบประเมินทางจิตวิญญาณทั้งหมดที่กล่าวมามีเพียง Holistic Well-Being Scale<sup>26</sup> ที่มีเนื้อหาที่เหมาะสมกับการใช้บริบทสังคมไทย เหมาะกับการใช้ในบุคคลทุกประเภท และมีเนื้อหาที่ครอบคลุมในทุกมิติของสุขภาพทางจิตวิญญาณ ทางคณะวิจัยจึงตัดสินใจเลือก Holistic Well-Being Scale สำหรับการแปลมาใช้เป็นภาษาไทย

Holistic Well-Being Scale ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Dr. Chan H.Y. Celia และคณะ ที่ Department of Social Work and Social Administration, The University of Hong Kong ซึ่งได้รับการออกแบบให้เหมาะกับการใช้ในบุคคลทุกประเภท โดยแบบสอบถามมีอยู่ทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งออกเป็นความทุกข์ (affliction) 14 ข้อ ประกอบด้วย ความเปราะบางทางอารมณ์ 5 ข้อ



ความไม่สุขสบายทางร่างกาย 5 ข้อ  
 ความสับสนทางจิตวิญญาณ 4 ข้อ และความสงบสุขทางจิตใจ (equanimity) 16 ข้อ ประกอบด้วย  
 การปล่อยวาง 5 ข้อ  
 การรับรู้อย่างมีสติ 4 ข้อ  
 ความมีชีวิตชีวา 4 ข้อ  
 การดูแลตนเองทางจิตวิญญาณ 3 ข้อ  
 โดยแบบสอบถามทั้ง 30 ข้อ จะให้ตอบเป็นระดับความเห็นด้วยไล่ตั้งแต่ 1 ถึง 10 โดย 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยเลย และ 10 หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด ซึ่งแบบประเมินฉบับนี้สามารถจัดเรียงให้อยู่ใน 1 หน้ากระดาษขนาด A4 จึงสะดวกต่อการใช้งานจริง

นอกจากนี้ Holistic Well-Being Scale ได้รับการทดสอบความเที่ยงภายใน (internal reliability) เป็นที่เรียบร้อยแล้ว พบว่าค่า Cronbach's alphas อยู่ในช่วงตั้งแต่ 0.670 ถึง 0.892 รวมถึงได้รับการทดสอบความตรงสู่สมบูรณ (convergent validity) กับแบบสอบถามด้านต่าง ๆ ที่เคยได้รับการพัฒนามาก่อน พบว่า มีความสัมพันธ์กับความหมายของการมีชีวิต คุณภาพชีวิต อารมณ์ความรู้สึก และความหวัง<sup>26</sup>

ทางคณะวิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการมีแบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณในประเทศไทย จึงได้ติดต่อกับ Dr. YL Fung (Post-doctoral Fellow Department of Social Work and Social Administration, The University of Hong Kong) ผู้ประสานงานสำหรับการใช้และแปลผล Holistic Well-Being Scale เพื่อขออนุญาตเพื่อนำมาแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งทาง Dr. YL Fung มีความยินดีอย่างมากสำหรับการจัดทำ Holistic Well-Being Scale ฉบับภาษาไทย ทางทีมงานวิจัยโดยขอเรียกแทนว่า แบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณฉบับภาษาไทย เนื่องจาก คำถามแต่ละข้อในแบบสอบถามจะเชื่อมโยงถึงความทุกข์ และความสงบสุขทางจิตใจ ซึ่งในบริบทของสังคมไทย จะเกี่ยวเนื่องกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณมาก กว่าสุขภาวะแบบองค์รวมที่จะมีเรื่องของครอบครัว ชุมชน และสังคม เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยจะนำแบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นมาวิเคราะห์ ความตรงและความเที่ยงตามหลักการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมิน เพื่อที่จะสามารถ

นำแบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ฉบับภาษาไทยฉบับนี้ไปใช้งานต่อในงานวิจัยต่าง ๆ ในอนาคตต่อไป งานวิจัยฉบับนี้ จึงถือเป็นก้าวแรกที่สำคัญ สำหรับการศึกษาวิจัยด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณในประเทศไทย

โดยในระยะ 15 ปีที่ผ่านมา จำนวนนักศึกษาแพทย์ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ตลอดจนการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น<sup>42-45</sup> ซึ่งถือเป็นภาวะเร่งด่วนที่สำคัญที่ควรริบหาสาเหตุและวิธีป้องกันอย่างรวดเร็วที่สุด ทางคณะวิจัยจึงเลือกเริ่มต้นเก็บข้อมูลจากในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ โดยจะมีการจัดทำโครงการวิจัยต่อยอดต่อไป ซึ่งจะใช้แบบสอบถามและข้อมูลที่ได้จากการทำโครงการวิจัยฉบับนี้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยวัตถุประสงค์หลักในการศึกษาวิจัย คือ เพื่อพัฒนาทดสอบคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ฉบับภาษาไทย

## วัสดุและวิธีการ

### วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ นักศึกษาแพทย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา 2564 โดยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 1,664 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา 2564 ชั้นปีที่ 1-6 ที่ได้รับการสุ่มแบบ Stratified random sampling ผ่านโปรแกรม Random Number Generator ชั้นปีละ 10 คน รวมเป็นจำนวน 60 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เหมาะสมต่อการทดสอบความตรง (validity) และความเที่ยง (reliability)<sup>46</sup> รวมถึงเหมาะสมต่อการทำ Stratified random sampling ในแต่ละชั้นปี

### เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

#### เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

นักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ชั้นปีที่ 1-6 ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก

ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพทางจิตที่อยู่ในระหว่างการรักษา

เกณฑ์การถอนตัว

ผู้ร่วมวิจัยปฏิเสธการทำแบบประเมินต่อ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ**

ข้อมูลประชากรศาสตร์ (demographic data) ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี ศาสนา

แบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ฉบับภาษาไทย โดยมีแบบสอบถามอยู่ทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งออกเป็น ความทุกข์ 14 ข้อ ประกอบด้วย ความเปราะบางทางอารมณ์ 5 ข้อ ความไม่สุขสบายทางร่างกาย 5 ข้อ ความสับสนทางจิตวิญญาณ 4 ข้อ และความสงบสุขทางจิตใจ 16 ข้อ ประกอบด้วย การปล่อยวาง 5 ข้อ การรับรู้อย่างมีสติ 4 ข้อ ความมีชีวิตชีวา 4 ข้อ การดูแลตนเองทางจิตวิญญาณ 3 ข้อ

ซึ่งแบบสอบถามทั้ง 30 ข้อ จะให้ตอบเป็น ระดับความเห็นด้วยไล่ตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วยเลย และ 10 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

โดยที่เปลี่ยนจาก 1 ถึง 10 เป็น 0 ถึง 10 เนื่องจากในบริบทของสังคมได้ เลข 0 มักได้รับการแทนความรู้สึกว่าไม่เห็นด้วยเลย และเลข 5 มักได้รับการแทนความรู้สึกเป็นกลาง ๆ ซึ่งหากเป็น 1 ถึง 10 เลข 5 จะสื่อถึงความรู้สึกค่อนข้างน้อยเล็กน้อยจากจำนวนและลำดับของตัวเลข

**การสร้างแบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ฉบับภาษาไทย**

ในเรื่องความตรงทำโดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1 และทีมงานวิจัยที่เข้าใจเนื้อหา แปลแบบประเมินจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 2 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสามารถใช้ทั้งสองภาษาได้เป็นอย่างดี ทำการแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นทำจึงการเปรียบเทียบแบบประเมินชุดต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับ และทำการปรับปรุงจนเนื้อหาและใจความสำคัญทั้งหมดสอดคล้องกัน แล้วจึงนำแบบสอบถามที่ได้มาหาดัชนีความสอดคล้อง และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในสุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นอย่างดี

สำหรับความเที่ยงจะบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรม SPSS โดยใช้วิธีวัดซ้ำและนำคะแนนทั้ง 2 ชุด

มาหาค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ (stability coefficient) ร่วมกับการหาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยสูตรการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alfa coefficient)

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

เก็บข้อมูลจากการทำแบบประเมินโดยอาสาสมัครที่สุ่มได้ทุกคนจะได้รับใบชี้แจงรายละเอียดงานวิจัย และข้อมูลทั้งหมดถือเป็นความลับและใช้สำหรับงานวิจัยเท่านั้น

การเก็บข้อมูลจะถูกจัดขึ้นในช่วงเวลาบ่ายของวันพุธ จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นกลางสัปดาห์ จึงเป็นวันที่มีความเหมาะสมสำหรับการเก็บข้อมูลเพื่อเป็นตัวแทนของสัปดาห์นั้น ๆ และระยะห่าง 1 สัปดาห์ถือเป็นช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม เนื่องจาก เป็นช่วงเวลาที่นานพอให้ผู้ร่วมวิจัยจะได้จดจำคำตอบเดิม ร่วมกับจะตรงกับวันพุธซึ่งเป็นวันเดียวกันกับที่เก็บข้อมูลในครั้งแรก จึงสามารถช่วยลดปัจจัยรบกวนต่าง ๆ ได้ โดยการเก็บข้อมูลจะทำในช่วงที่ห่างจากการสอบและวันหยุดยาวอย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพื่อลดปัจจัยรบกวนทางจิตใจที่อาจส่งผลถึงคำตอบที่ได้ และลงข้อมูลโดยใช้วิธีการข้อมูลแบบ double data entry เพื่อลดโอกาสในการเกิดความผิดพลาดในขั้นตอนการลงข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS Version 26 ตามลำดับดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ความตรงของแบบประเมิน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence) และดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index)

วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมิน โดยการหาความเที่ยงเชิงความคงที่ (stability) ด้วยวิธีวัดซ้ำ (test-retest method) ซึ่งจะได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่จากการใช้สถิติ Pearson's product moment correlation และการหาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

## ผลการศึกษา

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบข้อมูลดัง [ตารางที่ 1](#)

สำหรับการวิเคราะห์ความตรงของแบบประเมิน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องในครั้งแรก พบว่า มีดัชนีความสอดคล้องกันอยู่ที่ 0.33-1.00 จึงได้ทำการปรับปรุงแบบประเมินตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน และได้ทำดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งมีเกณฑ์ในการประเมินที่ละเอียดมากขึ้น ในครั้งที่ 2 หลังปรับปรุงแบบประเมินตามคำแนะนำ พบว่ามีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ที่ 1.00 ในทุกข้อคำถาม ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้

สำหรับการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมิน โดยการหาความเที่ยงเชิงความคงที่ด้วยวิธีวัดซ้ำ ซึ่งจะได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ จากการใช้สถิติ Pearson's product moment correlation ได้ข้อมูลออกมาตาม [ตารางที่ 2](#) โดยค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่อยู่ที่ 0.711-0.901 ยกเว้นปัจจัยด้านการตระหนักรู้ (mindful awareness) ที่อยู่ที่ 0.689 แต่เมื่อลบข้อมูลของลำดับที่ 56 ออกเนื่องจากมีความแตกต่างของคะแนนจากการวัดซ้ำสูงผิดปกติ จะทำให้ปัจจัยด้านการตระหนักรู้ มีค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่อยู่ที่ 0.701 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบประเมิน

มีความเที่ยงจากการทดสอบด้วยวิธีวัดซ้ำ และการหาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ข้อมูลออกมาตาม [ตารางที่ 3](#) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ในช่วง 0.603-0.857 ยกเว้น ปัจจัยด้านความมีชีวิตชีวา (general vitality) กับปัจจัยด้านการดูแลจิตวิญญาณของตนเอง (spiritual self-care) ที่อยู่ที่ 0.580 กับ 0.555 ตามลำดับ แต่เมื่อวิเคราะห์แยกระหว่างชั้นพรีคลินิกกับชั้นคลินิก เนื่องจากทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันของลักษณะการใช้ชีวิต รูปแบบการเรียนการสอน รูปแบบการทำงาน และความกดดัน พบว่าปัจจัยด้านความมีชีวิตชีวา ในชั้นคลินิกมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ที่ 0.665 และปัจจัยด้านการดูแลจิตวิญญาณของตนเองในชั้นพรีคลินิกมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค อยู่ที่ 0.603 ซึ่งอยู่ในช่วงที่ยอมรับได้

## วิจารณ์

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงของแบบประเมินสุขภาพทางจิตวิญญาณ ฉบับภาษาไทย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ คือ นักศึกษาแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีการศึกษา 2564 ชั้นปีที่

[ตารางที่ 1.](#) ข้อมูลทางประชากร (demographic data)

ข้อมูล	ความถี่	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เพศ				
หญิง	38	63.3		
อายุ			20.70	1.759
18	9	15.0		
19	9	15.0		
20	8	13.3		
21	12	20.0		
22	10	16.7		
23	11	18.3		
24	1	1.7		
ศาสนา				
พุทธ	56	93.3		
คริสต์	1	1.7		
ไม่นับถือศาสนา	3	5.0		

ตารางที่ 2. การหาความเที่ยงเชิงความคงที่ (Stability)

ความเที่ยงเชิงความคงที่ (stability)	สถิติที่ใช้	Mean/median (pre)	SD (pre)	n (pre)	Mean/median (post)	SD (post)	n (post)	Coefficient of stability	P value Exact Sig. (2-tailed)	95% C.I.
Spiritual wellness	Pearson Correlation	56.12	32.613	60	54.57	36.708	60	0.881**	<0.001	0.8078, 0.9274
Affliction	Pearson Correlation	47.08	20.679	60	46.93	22.339	60	0.890**	<0.001	0.8218, 0.9331
Equanimity	Pearson Correlation	103.20	15.214	60	101.50	19.121	60	0.781**	<0.001	0.6575, 0.8636
Factor1 (Emotional vulnerability)	Pearson Correlation	24.93	8.467	60	24.80	9.707	60	0.885**	<0.001	0.8140, 0.9299
Factor 2 (Bodily irritability)	Pearson Correlation	14.47	8.719	60	14.73	9.718	60	0.818**	<0.001	0.7120, 0.8876
Factor 3 (Spiritual disorientation)	Pearson Correlation	8.28	8.045	60	7.40	7.937	60	0.901**	<0.001	0.8390, 0.9399
Factor 4 (Non-attachment)	Pearson Correlation	30.38	6.901	60	29.67	8.006	60	0.767**	<0.001	0.6372, 0.8545
Factor 5 (General vitality)	Pearson Correlation	30.65	4.599	60	30.13	4.945	60	0.689**	<0.001	0.5273, 0.8025
Factor 5 (General vitality) เมื่อลบข้อมูลลำดับที่ 56	Pearson Correlation	30.86	4.325	59	30.20	4.958	59	0.701**	<0.001	0.5439, 0.8106
Factor 6 (General vitality)	Pearson Correlation	25.93	4.846	60	25.35	6.028	60	0.711**	<0.001	0.5578, 0.8174
Factor 7 (Spiritual self-care)	Pearson Correlation	16.23	4.458	60	16.35	5.470	60	0.763**	<0.001	0.6314, 0.8519

ตารางที่ 3. การหาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (Internal consistency)

ความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน	สถิติที่ใช้	Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items	Cronbach's Alpha	95% C.I.
Factor 1 (Emotional vulnerability)	Reliability Statistics	24.87	82.268	9.070	5	0.719	0.631 0.792
Factor 2 (Bodily irritability)	Reliability Statistics	14.60	84.528	9.194	5	0.736	0.654 0.804
Factor 3 (Spiritual disorientation)	Reliability Statistics	7.84	63.513	7.969	4	0.857	0.810 0.894
Affliction	Reliability Statistics	47.31	447.257	21.148	14	0.855	0.813 0.890
Factor 4 (Non-attachment)	Reliability Statistics	30.03	55.520	7.451	5	0.747	0.668 0.812
Factor 5 (Mindful awareness)	Reliability Statistics	30.39	22.677	4.762	4	0.661	0.550 0.750
Factor 6 (General vitality)	Reliability Statistics	25.64	29.744	5.454	4	0.580	0.443 0.691
Factor 6 (General vitality) Pre-Clinic	Reliability Statistics	26.28	24.545	4.954	4	0.461	0.197 0.653
Factor 6 (General vitality) Clinic	Reliability Statistics	25.00	34.610	5.883	4	0.665	0.502 0.785
Factor 7 (Spiritual self-care)	Reliability Statistics	16.29	24.696	4.969	3	0.555	0.397 0.677
Factor 7 (Spiritual self-care) Pre-Clinic	Reliability Statistics	17.07	25.860	5.085	3	0.603	0.390 0.750
Factor 7 (Spiritual self-care) Clinic	Reliability Statistics	17.92	22.484	4.742	3	0.598	0.228 0.683
Equanimity	Reliability Statistics	102.35	296.750	17.226	16	0.829	0.781 0.871

1-6 ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้าใจในภาษาเป็นอย่างดี เหมาะแก่การให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแบบประเมิน และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทีมงานวิจัยสนใจศึกษาต่อยอด เพื่อหาความสัมพันธ์กับภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัญหาทางสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

งานวิจัยนี้ได้นำแบบประเมิน Holistic Well-Being Scale มาแปลเป็นภาษาไทย โดยทีมงานวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่เข้าใจในเนื้อหาและมีความสามารถในการใช้ภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี จากนั้นจึงได้ทำการแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความสามารถใช้ทั้งสองภาษาได้เป็นอย่างดีอีก 2 ท่าน และทำการปรับปรุงเนื้อหาและใจความสำคัญทั้งหมด สอดคล้องกัน โดยทดสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตใจและจิตวิญญาณอีก 3 ท่าน พบว่าแบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณที่ได้รับการปรับปรุงขึ้น มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ที่ 1.00 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แสดงถึงผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าข้อคำถามมีความถูกต้อง ครบถ้วน สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการประเมิน แล้วจึงนำมาวัดค่าความเที่ยง โดยทดสอบในนักศึกษาแพทย์ จำนวน 60 คน ห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยมีค่าความเที่ยงจากการทดสอบซ้ำ หลังจากที่ได้ลบข้อมูลที่มีความคาดเคลื่อนออก มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี แสดงถึงข้อคำถามมีความชัดเจน ผู้ตอบให้คำตอบในทิศทางเดิมในการทดสอบซ้ำ และหาความสอดคล้องภายในจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคคำนวณได้อยู่ในช่วง 0.603-0.857 จากการวิเคราะห์ในกลุ่มย่อย (subgroup analysis) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ถึงดี แสดงถึงการมีความสอดคล้องกันของข้อคำถามในการประเมินตามวัตถุประสงค์ในแต่ละด้าน

โดยจากการวิเคราะห์เพิ่มเติมในปัจจัยด้านความมีชีวิตชีวาเกี่ยวกับปัจจัยด้านการดูแลจิตวิญญาณของตนเอง (spiritual self-care) ที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ต่ำกว่าเกณฑ์เมื่อทำการวิเคราะห์โดยรวม พบว่า ข้อคำถามด้านความมีชีวิตชีวาที่ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของปัจจัยด้านความมีชีวิตชีวา มีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ คือ ข้อคำถาม “ฉันนอนหลับได้เป็นอย่างดี” คะแนนที่ได้มีความแตกต่างกับข้อคำถามอื่น ๆ ในปัจจัย

ด้านความมีชีวิตชีวาในนักศึกษาแพทย์ชั้นพรีคลินิก แสดงให้เห็นว่าข้อคำถาม “ฉันนอนหลับได้เป็นอย่างดี” เป็นข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมในการประเมินความมีชีวิตชีวาในนักศึกษาแพทย์ชั้นพรีคลินิก แต่สามารถใช้ได้ดีในชั้นคลินิก ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาแพทย์ชั้นพรีคลินิกมีคะแนนในข้อคำถาม “ฉันกระตือรือร้นกับชีวิตของฉัน” “ฉันมีสมาธิจดจ่ออย่างเต็มที่กับสิ่งที่ฉันกำลังทำ” “ฉันรู้สึกมีพลังงานเต็มเปี่ยม” ที่สอดคล้องกันแต่คะแนนในข้อคำถาม “ฉันนอนหลับได้เป็นอย่างดี” สูงกว่า ข้ออื่น อาจเป็นเพราะชั้นพรีคลินิกมีเวลาในการนอนอย่างเพียงพอต่างจากชั้นคลินิกที่มีการอยู่เวรทำงานข้ามคืน

ส่วนข้อคำถามด้านการดูแลจิตวิญญาณของตนเอง (spiritual self-care) พบว่า ข้อคำถามที่ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของปัจจัยด้านการดูแลจิตวิญญาณของตนเอง มีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ คือ ข้อคำถาม “ฉันมีชีวิตที่เต็มไปด้วยศาสนา/จิตวิญญาณ” คะแนนที่ได้มีความแตกต่างกับข้อคำถามอื่นๆ ในปัจจัยด้านด้านการดูแลจิตวิญญาณของตนเองในนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก แสดงให้เห็นว่าข้อคำถาม “ฉันมีชีวิตที่เต็มไปด้วยศาสนา/จิตวิญญาณ” เป็นข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมในการประเมินการดูแลจิตวิญญาณของตนเองในนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก แต่สามารถใช้ได้ดีในชั้นพรีคลินิก ทั้งนี้เนื่องมาจากนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกมีคะแนนในข้อคำถาม “ฉันมักแสวงหาความสุขสบายจากภายใน” “ฉันสามารถดูแลความต้องการทางร่างกายและจิตใจของฉันได้” ที่สอดคล้องกัน แต่คะแนนในข้อคำถาม “ฉันมีชีวิตที่เต็มไปด้วยศาสนา/จิตวิญญาณ” ต่ำกว่าข้ออื่น อาจเป็นเพราะคำว่า ศาสนา/จิตวิญญาณ เป็นคำศัพท์ที่ห่างไกลจากการใช้ชีวิตประจำวันสำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกในยุคปัจจุบัน

แบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดสุขภาวะทางจิตวิญญาณได้เป็นอย่างดี เนื่องจากการวัดความเที่ยงและความตรงของแบบสอบถาม มีการแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ มีการตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มีการทดสอบซ้ำในช่วงเวลาและระยะห่างที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงปัจจัยที่อาจส่งผลต่อคำตอบที่ได้ มีการคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มเป็น Stratified random sampling จึงลดโอกาสเกิด selective bias อีกทั้งแบบประเมินฉบับนี้เป็นแบบประเมินที่ถูกออกแบบให้ใช้งานสะดวก และครอบคลุม ทุกข้อคำถามได้รับการจัดสรรอยู่ใน 1 หน้ากระดาษ A4 มีเนื้อหาที่ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาวะทางจิตวิญญาณ สำหรับข้อจำกัดในการทำวิจัยนี้ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาแพทย์ซึ่งมีระดับการเรียนรู้ที่สูงกว่าบุคคลทั่วไป อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนที่แท้จริงของประชากรทั่วไปได้

## สรุป

แบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความตรงผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และความเที่ยงเชิงความคงที่อยู่ในอยู่ในเกณฑ์ที่ดี และความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เหมาะแก่การนำไปพัฒนาและวิจัยต่อยอดต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

ด้านการพัฒนาเครื่องมือ เนื่องจากแบบประเมินฉบับนี้ได้รับการแปลมาจาก Holistic Well-Being Scale จึงสามารถพัฒนาเครื่องมือเพิ่มเติมโดยการเลือกใช้คำที่สอดคล้องกับความหมายเดิมในต้นฉบับ ซึ่งอาจทำให้ค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ของปัจจัยด้านการตระหนักรู้ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของปัจจัยด้านความมีชีวิตชีวา และปัจจัยด้านการดูแลจิตวิญญาณของตนเองดีขึ้นได้ โดยสามารถติดต่อกับทีมงานวิจัยได้โดยตรงเพื่อขอรายละเอียด และข้อมูลเพิ่มเติมก่อนนำไปดัดแปลง

ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิจัยต่อยอด สามารถนำแบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ฉบับภาษาไทย ฉบับนี้ไปเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในประชากรทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ยังคุมไม่ดี ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงบุคคลทั่วไปที่ยังไม่เป็นโรคที่สามารถติดตามต่อเนื่องเพื่อดูการเกิดโรคในอนาคต เช่น โรคแพ้นิวรณ์ตัวเอง โรคสมองเสื่อม โรคมะเร็ง

ด้านการสร้างแนวทางสำหรับการพัฒนาสุขภาวะทางจิตวิญญาณ สามารถนำแบบประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ฉบับภาษาไทย ฉบับนี้ ไปทดสอบก่อน/หลังทำการแทรกแซง (intervention) เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงไปของสุขภาวะทางจิตวิญญาณในแต่ละด้าน สำหรับการสร้างแนวทางที่เหมาะสมที่สุดในการพัฒนาสุขภาวะทางจิตวิญญาณในแต่ละด้านต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้มีแหล่งทุนจากเงินทุนวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ. นพ.ตรีศ ธีระกุลพิศุทธิ์ และ อ.พญ.อิสราภรณ์ เทพวงษา ที่ให้ความกรุณาเป็นที่ปรึกษาในการแปลย้อนกลับและให้คำแนะนำสำหรับการปรับปรุงการใช้ภาษาในแบบประเมิน และขอขอบพระคุณ รศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และ อ.นพ.พรพรช โนนจ้อย ที่คอยให้คำปรึกษาเรื่องการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและคำแนะนำในการปรับปรุงแบบประเมินให้เข้ากับการใช้ในบริบทของสังคมไทย อีกทั้งขอขอบพระคุณ รศ.ดร.นพ.สมพงษ์ ศรีแสนปาง ผศ.ดร.ศิรินทิพย์ บุญจรัสสิริบุญ และคุณแก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์ ที่ให้ความรู้และคำปรึกษาด้านการใช้สถิติ และสอนการใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

1. Jim HSL, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*. 2015;121:3760-8.
2. Sollgruber A, Bornemann-Cimenti H, Szilagyi IS, Sandner-Kiesling A. Spirituality in pain medicine: A randomized experiment of pain perception, heart rate and religious spiritual well-being by using a single session meditation methodology. *PLoS ONE*. 2018;13:1-18.
3. Harris JI, Usset T, Krause L, Schill D, Reuer B, Donahue R, et al. Spiritual/religious distress is associated with pain catastrophizing and interference in veterans with chronic pain. *Pain Medicine (United States)*. 2018;19:757-63.
4. Latchman L. African American Spirituality and Diabetes Self-Care. *Home Healthc Now*. 2018;36:324-5.

5. Fournier AL. The Relationships among Spirituality, Self-Esteem, and Participation in Physical Activity in Late Adolescent and Young Adult Females. Graduate School- Newark Rutgers, the State University of New Jersey [Internet]. 2017;1-93. [cited 2020 June 20]. Available from: <https://doaj.org/article/f820bd6e28cf44988e96d72e946a06ff>
6. Johnstone B, Yoon DP. Relationships between the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality and health outcomes for a heterogeneous rehabilitation population. *Rehabili Psychol*. 2009;54:422-31.
7. Waldron-Perrine B, Rapport LJ, Hanks RA, Lumley M, Meachen S-J, Hubbarth P. Religion and spirituality in rehabilitation outcomes among individuals with traumatic brain injury. *Rehabili Psychol*. 2011;56:107-16.
8. Shahin W, Kennedy GA, Stupans I. The impact of personal and cultural beliefs on medication adherence of patients with chronic illnesses: A systematic review. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:1019-35.
9. Mishra SK, Togneri E, Tripathi B, Trikamji B. Spirituality and Religiosity and Its Role in Health and Diseases. *J Relig Health*. 2017;56:1282-301.
10. Lamé IE, Peters ML, Vlaeyen JWS, Kleef M v., Patijn J. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Eur J Pain*. 2005;9:15-24.
11. Kandasamy A, Chaturvedi SK, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian J Cancer*. 2011;48:55-9.
12. Pilger C, Molzahn AE, Pilotto de Oliveira M, Kusumota L. The relationship of the spiritual and religious dimensions with quality of life and health of patients with chronic kidney disease: an integrative literature review. *Nephrol Nurs J*. 2016;43:411-26.
13. Siqueira J, Fernandes NM, Moreira-Almeida A. Association between religiosity and happiness in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. *J Bras Nefrol*. 2019;41:22-28.
14. Joshanloo M, Daemi F. Self-esteem mediates the relationship between spirituality and subjective well-being in Iran. *Int J Psychol*. 2015;50:115-20.
15. Papazisis G, Nicolaou P, Tsiga E, Christoforou T, Sapountzi-Krepia D. Religious and spiritual beliefs, self-esteem, anxiety, and depression among nursing students. *Nurs Health Sci*. 2014;16:232-8.
16. To SM, Tam HL, Ngai SSY, Sung WL. Sense of meaningfulness, sources of meaning, and self-evaluation of economically disadvantaged youth in Hong Kong: Implications for youth development programs. *Children and Youth Services Review*. 2014;47(P3):352-61.
17. Ji XW, Chan CHY, Lau BHP, Chan JSM, Chan CLW, Chung KF. The interrelationship between sleep and depression: a secondary analysis of a randomized controlled trial on mind-body-spirit intervention. *Sleep Med*. 2017;29(2017):41-6.
18. Heidari M, Ghodusi Borujeni M, Kabirian Abyaneh S, Rezaei P. The effect of spiritual care on perceived stress and mental health among the elderlies living in nursing home. *J Relig Health*. 2019;58:1328-39.
19. Heidari M, Borujeni MG, Rafiei H. The assessment effect of spiritual care on hopelessness and depression in suicide attempts. *J Relig Health*. 2019;58(4):1453-61.
20. Talib MA, Abdollahi A. Spirituality moderates hopelessness, depression, and suicidal behavior among malaysian adolescents. *J Relig Health*. 2017;56:784-95.
21. Kim SS, Hayward RD, Gil M. Family interdependence, spiritual perspective, self-transcendence, and depression among Korean College Students. *J Relig Health*. 2018;57:2079-91.
22. Reynolds N, Mrug S, Hensler M, Guion K, Madan-Swain A. Spiritual coping and adjustment in adolescents with chronic illness: A 2-year prospective study. *J Pediatr Psychol*. 2014;39:542-51.
23. Koenig HG. Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195:389-95.
24. VanderWeele TJ, Balboni TA, Koh HK. Health and spirituality. *JAMA*. 2017;318:519-520.
25. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *J Palliat Med*. 2014;17:642-56.
26. Chan CHY, Chan THY, Leung PPY, Brenner MJ, Wong VPY, Leung EKT, et al. Rethinking Well-Being in terms of affliction and equanimity: development of a Holistic Well-Being Scale. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*. 2014;23:289-308.
27. VandeCreek L, Ayres S, Bassham M. Using INSPIRIT to conduct spiritual assessments. *J Pastoral Care*. Spring 1995;49:83-9.
28. Underwood LG. The daily spiritual experience scale: Overview and results. *Religions*. 2011;2:29-50.
29. Austin P, Macdonald J, MacLeod R. Measuring spirituality and religiosity in clinical settings: A scoping review of available instruments. *Religions*. 2018;9:70.
30. de Meezenbroek EJ, Garssen B, van den Berg M, van Dierendonck D, Visser A, Schaufeli WB. Measur-



- ing spirituality as a universal human experience: a review of Spirituality Questionnaires. *J Relig Health*. 2012;51:336-54.
31. Daaleman TP, Frey BB. The spirituality index of well-being: A new instrument for health-related quality-of-life research. *Ann Fam Med*. 2004;2:499-503.
  32. Hussey T. Nursing and spirituality. *Nurs Philos*. 2009; 10:71-80.
  33. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med*. 2002;24:49-58.
  34. Skevington SM, Gunson KS, O'Connell KA. Introducing the WHOQOL-SRPB BREF: Developing a short-form instrument for assessing spiritual, religious and personal beliefs within quality of life. *Qual Life Res*. 2013;22:1073-83.
  35. Vivat B, Young TE, Winstanley J, Arraras JI, Black K, Boyle F, et al. The international phase 4 validation study of the EORTC QLQ-SWB32: A stand-alone measure of spiritual well-being for people receiving palliative care for cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26:1-19.
  36. Delaney C. The Spirituality Scale: development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. *J Holist Nurs*. 2005;23(2):145-67.
  37. Johnstone B, Bhushan B, Hanks R, Yoon DP, Cohen D. Factor structure of the brief multidimensional measure of religiousness/spirituality in US and Indian samples with traumatic brain injury. *J Relig Health*. 2016;55:572-86.
  38. Hatch RL, Naberhaus DS, Hellmich LK. The Spiritual Involvement and Beliefs Scale. Development and testing of a new instrument. *J Fam Pract*. 1998;46:476-86.
  39. Chio FHN, Lai MHC, Mak WWS. Development of the Nonattachment Scale-Short Form (NAS-SF) Using Item Response Theory. *Mindfulness*. 2018;9:1299-308.
  40. Buck HG, McMillan SC. A psychometric analysis of the spiritual needs inventory in informal caregivers of patients with cancer in hospice home care. *Oncol Nurs Forum*. 2012;39E332-9.
  41. Fischbeck S, Maier BO, Reinholz U, Nehring C, Schwab R, Beutel ME, et al. Assessing Somatic, Psychosocial, and Spiritual Distress of Patients with Advanced Cancer: Development of the Advanced Cancer Patients' Distress Scale. *Am J Hosp Palliat Care*. 2013;30:339-46.
  42. Torales J, Kadhum M, Zárata G, Barrios I, González I, Farrell SM, et al. Wellbeing and mental health among medical students in Paraguay. *Int Rev Psychiatry*. 2019;31:598-602.
  43. Wilkes C, Lewis T, Brager N, Bulloch A, MacMaster F, Paget M, et al. Wellbeing and mental health amongst medical students in Canada. *Int Rev Psychiatry*. 2019;31:584-7.
  44. Esan O, Esan A, Folasire A, Oluwajulugbe P. International Review of Psychiatry Mental health and wellbeing of medical students in Nigeria : a systematic review. *Int Rev Psychiatry*. 2019;31:661-72.
  45. Castaldelli-Maia JM, Lewis T, Marques dos Santos N, Picon F, Kadhum M, Farrell SM, et al. Stressors, psychological distress, and mental health problems amongst Brazilian medical students. *Int Rev Psychiatry*. 2019;31:603-7.
  46. Hobart JC, Cano SJ, Warner TT, Thompson AJ. What sample sizes for reliability and validity studies in neurology? *J Neurol*. 2012;259:2681-94.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ผลกระทบของมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การศึกษาในข้อมูลวัดซ้ำ

อารยา ดำเนินสวัสดิ์, พ.บ., ภ.บ., แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ชั้นปีที่ 3, ณภัทร เพชรกัปป์ พ.บ.,  
พรวิภา ปันทะ, พ.บ., วรรัตน์ ทาตายุ, พ.บ., วิน เตชะเคหะกิจ, พ.บ., ประ.ด.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง

### ผู้รับผิดชอบบทความ:

อารยา ดำเนินสวัสดิ์, พ.บ., กลุ่ม  
งานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาล  
ลำปาง จังหวัดลำปาง

Email: Talk2araya@hotmail.  
com

Received: October 20, 2021;

Revised: December 7, 2021;

Accepted: February 1, 2022

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพและต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการเข้ารับมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ที่สถานบริการปฐมภูมิหัวเวียง จังหวัดลำปาง

**วัตถุประสงค์และวิธีการ:** การวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้นแบบกลุ่มเดียวโดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง (pre-experimental one-group pretest-posttest design by retrospective data collection) นี้ทำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งได้เข้ารับมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพที่สถานบริการปฐมภูมิหัวเวียง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2563 การวิจัยนี้ได้วัดผลลัพธ์ของมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยทำการเปรียบเทียบระดับ fasting blood sugar (FBS) และ hemoglobin A1c (HbA1c) ของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับมาตรการ นอกจากนี้ ยังเปรียบเทียบปริมาณยาที่ใช้และต้นทุนทางยา ก่อนและหลังได้รับมาตรการด้วย Paired sample t-test ถูกใช้ในการเปรียบเทียบปริมาณยาเบาหวานที่จ่ายและต้นทุนของยา การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นในข้อมูลวัดซ้ำถูกใช้เพื่อทดสอบผลของมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการควบคุมเบาหวาน

**ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดจำนวน 81 คน ถูกรวมในการศึกษา โดย 57 คน (ร้อยละ 70.4) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.95 ปี ผลจากการวิเคราะห์ถดถอยชี้ให้เห็นว่า มาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถลดทั้งระดับ FBS และ HbA1c ได้ 46.4 มก. ต่อดล. ( $p < 0.001$ ) และร้อยละ 0.3 ( $p = 0.044$ ) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามไม่มีความแตกต่างของจำนวนชนิดยาเบาหวานที่จ่ายและราคาจ่ายต่อวัน เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมมาตรการ

**สรุป:** การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ามาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถทำให้ผลลัพธ์ของโรคเบาหวานดีขึ้น โดยไม่เพิ่มต้นทุนค่ายา งานวิจัยในภาคหน้า ควรมีการติดตามผลในระยะยาวของมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในบริบทการให้บริการระดับปฐมภูมิอื่น ๆ เพื่อให้เข้าใจการคงอยู่ของประสิทธิผลของมาตรการมากขึ้น

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ทางสุขภาพ, เบาหวานชนิดที่ 2, ระดับน้ำตาลในเลือดตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืน, ฮีโมโกลบินเอวันซี

## ORIGINAL ARTICLE

# Impact of health literacy intervention on health outcomes among type 2 diabetes patients: A repeated-measure study

**Araya Dumnurnsawat, M.D. Pharm.D.** 3<sup>rd</sup> Residency Training in Family Medicine,  
**Napat Phetkub, M.D., Phornwipa Panta M.D., Wararat Thatayu, M.D.,**  
**Win Techakehakij, M.D. Ph.D.**

*Department of Social Medicine, Lamang Hospital*

**Corresponding author :**

Araya Dumnurnsawat, M.D.,  
Department of Social  
Medicine, Lamang Hospital  
Email: Talk2araya@hotmail.  
com

**Received:** October 20, 2021;

**Revised:** December 7, 2021;

**Accepted:** February 1, 2022

**ABSTRACT**

**Objective:** This study aims to compare the diabetes outcomes and drug costs before and after receiving the health literacy (HL) intervention at Hua wiang primary care center, Lamang.

**Methods:** This Pre-experimental one-group pre-posttest study by retrospective data collection was conducted in the uncontrolled diabetes patients who underwent the HL intervention at Hua wiang primary care center between July and December 2020. Patients' hemoglobin A1c (HbA1c) and fasting blood sugar (FBS) after receiving the intervention were compared with their baselines. Further, this study compared the number of diabetes drugs and their costs before and after the HL intervention. Paired samples t-test was applied to compare the number of diabetes drugs prescribed and their costs. Repeated measure linear regression analyses were employed to examine the effect of HL intervention on diabetic control.

**Results:** A total of 81 patients were included, with 57 (70.4%) being female. The mean age was 56.95 years. Results from the regression analysis indicate that health literacy intervention could decrease both FBS and HbA1c levels by 46.4 mg/dL ( $p < 0.001$ ) and 0.3% ( $p = 0.044$ ), respectively. In addition, there was no difference in the number of diabetic drugs prescribed and their costs compared before and after the intervention.

**Conclusion:** This study demonstrates that HL intervention can improve diabetes outcomes without increasing the medication costs. Future research, exploring the long-term effect of the HL intervention in other primary care settings, is recommended to gain a better understanding maintenance of the intervention effectiveness.

**Keyword:** health literacy, type 2 Diabetes, fasting blood sugar, HbA1c

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพของคนทั่วโลก โดยสหพันธ์เบาหวานนานาชาติรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2588 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยมีข้อมูลที่แสดงถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวาน โดยจากข้อมูลความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 คิดเป็นจำนวน 3.3 ล้านคน เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 คิดเป็นจำนวนถึง 4.8 ล้านคน<sup>1</sup> และจากผลการสำรวจสถานการณ์ของโรคเบาหวานในประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ถึงร้อยละ 77.9<sup>2</sup> ซึ่งการไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพร่างกาย<sup>1</sup> ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งคุณภาพชีวิตที่แย่งลงของผู้ป่วย<sup>3</sup> และภาระทางเศรษฐกิจต่อประเทศชาติ<sup>4</sup>

ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานให้ได้ผลดีนั้น ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือ ความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) ของผู้ป่วย<sup>5</sup> มีผลการวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพกับการจัดการตนเองที่ดี ซึ่งนำไปสู่การที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมไปถึงการลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้<sup>6-13</sup> และยังมีการวิจัยที่สนับสนุนว่าการมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยเบาหวานที่สูงขึ้น<sup>14</sup> การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational technique) เป็นเทคนิคหนึ่งในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ<sup>15</sup> โดยมีวิจัยที่สนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ต่อการช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2<sup>16-19</sup>

ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิหัวเวียง เป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่ให้การดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ 4 ตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ได้มีการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการสุขศึกษาร่วมกับกระบวนการสนทนาสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อให้ผู้ป่วย

ได้มีทักษะในการจัดการตนเองที่ดี รวมไปถึงเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองในวิถีทางที่เหมาะสมกับตนเอง โดยดำเนินการมาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการประเมินประสิทธิผลของมาตรการดังกล่าวต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน

## วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดและต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการเข้ารับมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ

## วัสดุและวิธีการ

### วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษา เชงทดลองเบื้องต้นแบบกลุ่มเดียวโดยใช้ข้อมูลย้อนหลัง (pre-experimental one-group pre-posttest study by retrospective data collection) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ซึ่งเข้ารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนหัวเวียง จังหวัดลำปาง โดยใช้ข้อมูลที่เก็บไว้แล้วจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลลำปางร่วมกับข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้เข้าร่วมมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนหัวเวียง จังหวัดลำปาง ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ไม่ปรากฏข้อมูลตัวแปรที่ต้องใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครบถ้วน

### มาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy intervention)

ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิหัวเวียง ได้เริ่มจัดให้มีมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยนักสุขศึกษาร่วมกับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่

เกี่ยวข้องกับตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 โดยคัดผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (fasting blood sugar, FBS) > 155 มก.ต่อดล. หรือมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (hemoglobin A1c, HbA1c) > ร้อยละ 8.0 เข้าร่วมโปรแกรม โดยมาตรการดังกล่าวจัดขึ้นทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 7-10 คน กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อครั้ง โดยรูปแบบของโปรแกรมประกอบไปด้วย

การจัดการเรียนรู้โดยกระบวนการสุศึกษา โดยให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับตัวโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน อันเกิดจากตัวโรค ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกรณีที่คุณมีระดับน้ำตาลไม่ดี ผู้ป่วยยังได้ทราบความรู้เกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด ทั้ง FBS และ HbA1c รวมไปถึงรู้ถึงเป้าหมายที่เหมาะสม

ผู้ให้สุศึกษาทำกระบวนการเสริมสร้างและกระตุ้นให้ผู้ป่วยกล้าซักถามแพทย์หรือพยาบาลเมื่อเกิดข้อสงสัย โดยสอนให้ผู้ป่วยใช้เทคนิค Ask me 3<sup>20</sup> ซึ่งเป็นเทคนิคที่สร้างให้ผู้ป่วยได้ทบทวนการรับรู้และการปฏิบัติตัวภายหลังจากการได้รับบริการแล้ว โดยคำถามที่ถามได้แก่ ปัญหาสุขภาพของฉันทคืออะไร (What is my medical problem?) ฉันทต้องทำอะไรบ้าง (What do I need to do?) และ ทำไมฉันทต้องทำอะไรเหล่านั้น (Why is it important for me to do this?)

ตลอดการทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้ให้สุศึกษาจะใช้เทคนิคการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ โดยมีหลักการสำคัญ 3 ประการในการใช้เทคนิคดังกล่าว ได้แก่ การสร้างความร่วมมือมากกว่าการเผชิญหน้าหรือเป็นคนละพวก (Collaboration VS Confrontation) การดึงความต้องการและความตั้งใจมาจากภายในตัวผู้รับการปรึกษามากกว่าการแนะนำสั่งสอน (Evocation VS Imposing) และการสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง มากกว่าการเชื่อฟังและทำตาม (Autonomy VS Authority)

### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ เพศ อายุ วันที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานครั้งแรก วันที่ผู้ป่วยได้รับมาตรการ

สร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ จำนวนและชนิดยาเบาหวานที่ได้รับทั้งหมด โรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปโดยวินิจฉัยจากผู้ป่วยที่มีค่า Estimated glomerular filtration rate น้อยกว่า 60 มล.ต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร<sup>21</sup>

ผลลัพธ์ทางสุขภาพในการศึกษานี้ ได้แก่ ค่า HbA1c และ FBS โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลตัวแปรผลลัพธ์สุขภาพทั้งก่อนเข้าร่วม และหลังได้รับมาตรการภายในระยะเวลา 9 เดือน

### การประเมินต้นทุนค่ายา

งานวิจัยนี้ประมาณการต้นทุนค่ายาจาก ข้อมูลปริมาณยาเบาหวานทั้งหมดที่จ่ายให้กับผู้ป่วยแต่ละรายก่อนและหลังเข้าร่วมมาตรการสุขภาพเป็นระยะเวลา 6 เดือนตามจำนวนที่ปรากฏในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยจำนวนยาที่ใช้ไปจะนำมาคูณกับราคารวมเป็นต้นทุนค่ายาที่เกิดขึ้นทั้งหมด โดยอ้างอิงข้อมูลราคาเบาหวานจากฐานข้อมูลราคาของโรงพยาบาลลำปาง ในปี พ.ศ. 2564

### การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานจะถูกนำมาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมมาตรการ ส่วนต้นทุนค่ายาจะถูกนำมาเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมมาตรการและหลังเข้าร่วมมาตรการเป็นระยะเวลา 6 เดือน ข้อมูลต่อเนื่อง (continuous variables) จะถูกเปรียบเทียบโดยสถิติ Paired sample t-test การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยควบคุมตัวแปรกวนอื่น ทำโดยใช้การวิเคราะห์พหุเชิงชั้นเชิงเส้นถดถอยในข้อมูลวัดซ้ำ (Multi-level linear regression analysis of repeated measure) โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติแอลฟาเท่ากับ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA ver. 13<sup>22</sup>

การศึกษานี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง ตามหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ 91/64

## ผลการศึกษา

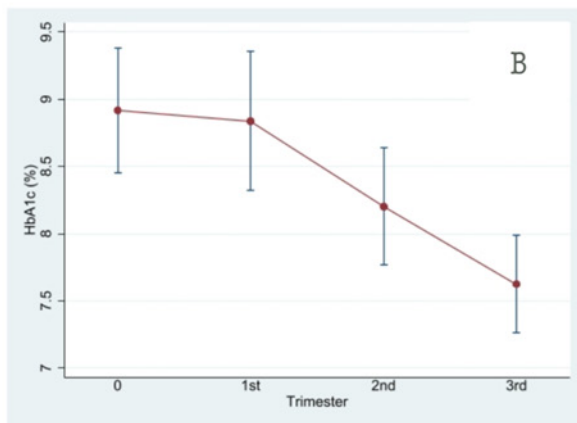
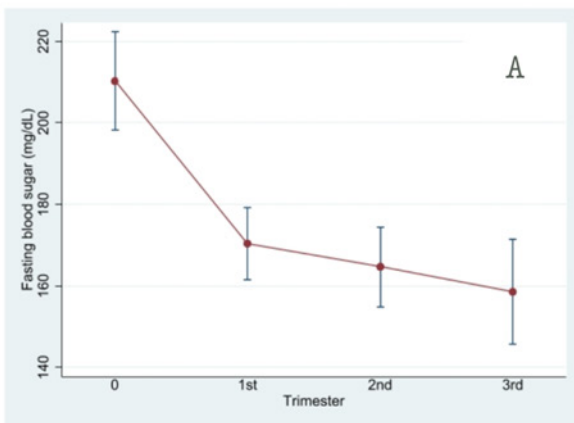
จากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพซึ่งเข้ารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนหัวเวียง จังหวัดลำปาง ทั้งหมด 81 คน เป็นเพศหญิง 57 คน (ร้อยละ 70.4) อายุเฉลี่ย 56.95 ปี โดยส่วนใหญ่มีระดับ FBS < 200 มก.ต่อดล. จำนวน 45 คน (ร้อยละ 55.6) และมีระดับ HbA1c มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 8 จำนวน 53 คน (ร้อยละ 65.4) มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี จำนวน 53 คน (ร้อยละ 65.4) มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม จำนวน 60 คน (ร้อยละ 74.1) โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 75 คน (ร้อยละ 92.6) โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 8 คน (ร้อยละ 9.9) และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.2) ดังแสดงในตารางที่ 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจำนวน 1 ครั้ง และมีผู้ป่วย 3 คน (ร้อยละ 3.7) ที่ได้เข้าร่วมมาตรการเป็นจำนวน 2 ครั้ง

ตารางที่ 2 แสดงระยะเวลาครั้งสุดท้ายที่มีการติดตามระดับ FBS และ HbA1c ของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยทุกคนได้รับการติดตามระดับ FBS อย่างน้อย 1 ครั้ง มีผู้ป่วย 78 คน (ร้อยละ 96.3) ที่ได้รับการติดตามระดับ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง และมีผู้ป่วย 3 คน (ร้อยละ 3.7) ที่ไม่ได้ตรวจติดตามระดับ HbA1c หลังได้รับมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพระยะเวลาที่มีการติดตามผู้ป่วยนานที่สุดคือ 9 เดือน

ตารางที่ 1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ทั้งหมด	81 (100.0)
เพศหญิง	57 (70.4)
อายุ (ปี), mean (SD)	56.95 (8.22)
< 50	17 (21.0)
51-60	35 (43.2)
61-70	27 (33.3)
≥ 71	2 (2.5)
ระดับ FBS (mg/dL), mean (SD)	191.78 (8.22)
< 200	45 (55.6)
≥ 200	36 (44.4)
ระดับ HbA1c (%), mean (SD)	8.93 (2.11)
< 8	28 (34.6)
≥ 8	53 (65.4)
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ปี)	
< 1	9 (11.1)
1 - < 3	19 (23.5)
≥ 3	53 (65.4)
โรคความดันโลหิตสูง	60 (74.1)
โรคไขมันในเลือดสูง	75 (92.6)
โรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3	8 (9.9)
โรคหลอดเลือดสมอง	5 (6.2)

ตารางที่ 3 แสดงผลของมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพต่อระดับ FBS หลังจากควบคุมตัวแปรกวน ผลการศึกษาพบว่า การได้รับมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ส่งผลให้ระดับ FBS ลดลง 46.4 มกต่อดล. ( $p < 0.001$ )



รูปที่ 1. ระดับ FBS และ HbA1c ตามระยะเวลาที่ตรวจติดตาม พบว่าระดับ FBS และ HbA1c มีแนวโน้มลดลงตามระยะเวลาที่ตรวจติดตาม

**ตารางที่ 2.** ระยะเวลาครั้งสุดท้ายที่มีการติดตามระดับ FBS และ HbA1c

Total	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาที่ติดตามเป็นครั้งสุดท้าย (เดือน)		
1	0 (0.0)	1 (1.23)
2	1 (1.23)	2 (2.47)
3	12 (14.81)	22 (27.16)
4	10 (12.35)	8 (9.88)
5	10 (12.35)	14 (17.28)
6	16 (19.75)	11 (13.58)
7	17 (20.99)	14 (17.28)
8	10 (12.35)	5 (6.17)
9	5 (6.17)	1 (1.23)
Total	81 (100.00)	78 (96.30)

**ตารางที่ 3.** ผลของมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ต่อการเปลี่ยนแปลงระดับ FBS ในผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ Multi-level linear regression analysis of repeated measure

ตัวแปร	ระดับ FBS ที่เปลี่ยนแปลง	p-value
มาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ	-46.4	< 0.001
เพศ	-0.6	0.094
อายุ (ปี)	5.3	0.373
Baseline FBS	0.4	< 0.001
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ปี)		
< 1	Ref	
1 - < 3	9.9	0.348
≥ 3	15.9	0.092
โรคความดันโลหิตสูง	-6.9	0.315
โรคไขมันในเลือดสูง	-6.5	0.559
โรคหลอดเลือดในสมอง	-15.7	0.206
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3	-6.7	0.469

เมื่อเปรียบเทียบระดับ HbA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยควบคุมตัวแปรกวนร่วมด้วย พบว่า การได้รับมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ส่งผลให้ระดับ HbA1c ลดลงร้อยละ 0.3 (p = 0.044) ดังปรากฏในตารางที่ 4

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนชนิดยาเบาหวานเฉลี่ยต่อคน และต้นทุนค่ายาเฉลี่ยต่อคนต่อวันในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วม

**ตารางที่ 4.** ผลของมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ทางสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ Multilevel linear regression analysis of repeated measure

ตัวแปร	ระดับ FBS ที่เปลี่ยนแปลง	p-value
มาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ	-0.3	0.044
เพศ	0	0.808
อายุ (ปี)	0.2	0.175
Baseline FBS	0.9	< 0.001
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ปี)		
< 1	Ref	
1 - < 3	-0.2	0.4
≥ 3	-0.3	0.166
โรคความดันโลหิตสูง	-0.2	0.202
โรคไขมันในเลือดสูง	0.4	0.116
โรคหลอดเลือดในสมอง	-0.2	0.394
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3	0.1	0.813

มาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในระยะเวลา 9 เดือน จากตารางจะเห็นได้ว่า ไม่มีความแตกต่างกันสำหรับจำนวนชนิดยาเบาหวานที่ใช้ และต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับมาตรการ

## วิจารณ์ผล

จากผลของการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพบว่ามาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ สามารถลดระดับ FBS และ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลจากการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>6-13,15-19</sup>

นอกจากนี้ เมื่อประเมินต้นทุนค่ายาและจำนวนชนิดยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน เปรียบเทียบระหว่างก่อน และ หลังเข้าร่วมมาตรการในระยะเวลา 9 เดือน พบว่าต้นทุนค่ายาและจำนวนชนิดยารักษาเบาหวานนั้นไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อันเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับ

**ตารางที่ 5.** เปรียบเทียบจำนวนชนิดและราคายาเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ

ตัวแปร	Mean (SE)				Diff.	p-value
	ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังเข้าโปรแกรม	ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังเข้าโปรแกรม		
จำนวนชนิดยาเบาหวานต่อคน	2.25	-0.81	2.32	-0.08	0.07	0.083
ต้นทุนค่ายาเบาหวานต่อคนต่อวัน (บาท)	7.84	-0.81	7.94	-0.93	0.13	0.829

น้ำตาลในเลือดได้อย่างคุ้มค่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>14</sup>

ในขณะที่การศึกษานี้ มีการติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยในระยะเวลา 9 เดือน หลังได้รับมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ การศึกษาประสิทธิผลของมาตรการในระยะยาว จะช่วยให้ทราบถึงการคงอยู่ของผลการลดระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานในช่วงเวลาที่นานขึ้น และอาจช่วยในการวางแผนระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ในการศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมมาตรการของผู้ป่วยกลุ่มเดียว ทำให้ไม่ทราบถึงประสิทธิผลของมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ เทียบกับการให้บริการตามรูปแบบเดิมของโรงพยาบาล อันนำไปสู่ข้อเสนอแนะถึงการศึกษานี้ในภาคหน้า หากสามารถออกแบบการวิจัยโดยมีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมในแต่ละกลุ่มได้ จะสามารถลดอคติอันเกิดจากรูปแบบการวิจัย และส่งผลให้ผลลัพธ์ที่ได้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น

การนำผลลัพธ์จากงานวิจัยนี้ไปใช้ อาจต้องทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพที่จัดทำขึ้นในแต่ละสถานพยาบาล อาจมีความแตกต่างกันในเรื่องของกระบวนการ ทักษะและประสบการณ์ของบุคลากรที่ดำเนินกิจกรรม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยให้แตกต่างกันได้ ดังนั้น จึงควรมีคำแนะนำให้มีการติดตามประเมินผลมาตรการทางสุขภาพภายหลังจากที่ได้มีการนำไปปรับใช้ในสถานพยาบาลแต่ละที่ เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลของมาตรการต่อไป

### สรุปผล

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของมาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพต่อการลดระดับ FBS และHbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยจำนวนชนิดและต้นทุนค่ายาไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นหลักฐานทางวิชาการที่ช่วยสนับสนุนประโยชน์ของการใช้มาตรการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพได้ อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อดูประสิทธิภาพของมาตรการดังกล่าวในระยะยาว

### เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health Thailand. International Diabetes Federation issue 2018 [Internet]. [cited 2021 Jul 5]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/news/announcement-detail.php?id=13256&gid=16>
2. Division of Non Communicable Diseases, Ministry of Public Health, Thailand. Indicators of uncontrolled diabetes mellitus and hypertension 2018 [Internet]. [cited 2021 Jun 19]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=12966&tid=32&gid=1-020>
3. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. Diabetes Metab Res Rev. 1999;15:205-18.
4. Jönsson B. The economic impact of diabetes. Diabetes Care. 1998;21 Suppl 3:C7-10.
5. ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults. Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, Thailand [Internet]. [cited 7 May 2021]. Available from: <http://hed.go.th/linkhed/file/597>
6. Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B, Robertson S, Johnson JA. Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. J Gen Intern Med. 2013;28:444-52.
7. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. JAMA. 2002;288:475-82.



8. Ellis SE, Speroff T, Dittus RS, Brown A, Pichert JW, Elasy TA. Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Patient Educ Couns.* 2004;52:97-105.
9. Mazza SA, Moorman NH, Wheeler ML, Norton JA, Fineberg NS, Vinicor F, et al. The Diabetes Education Study: A Controlled Trial of the Effects of Diabetes Patient Education. *Diabetes Care.* 1986;9:1-10.
10. Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care.* 2002; 25:269-74.
11. Kim S, Love F, Quistberg DA, Shea JA. Association of health literacy with self-management behavior in patients with diabetes. *Diabetes Care.* 2004;27: 2980-2.
12. Noppakraw J, Chintanawat R, Khampolsiri T. Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal.* 2020;47: 251-61.
13. Sarin S, Moolsart S, Chailimpamontree W. The effectiveness of a health literacy development program in patients with type 2 diabetes risking to chronic kidney disease. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health.* 2019;29:64-73.
14. Mantwill S, Schulz PJ. Low health literacy associated with higher medication costs in patients with type 2 diabetes mellitus: Evidence from matched survey and health insurance data. *Patient Educ Couns.* 2015;98:1625-30.
15. Motivational interviewing in NCDs Department Of Mental Health, Ministry of Public Health Thailand [Internet]. [cited 3 Feb 2021]. Available from: <https://www.dmh.go.th/ebook/view.asp?id=389>
16. Meehosom U. The effectiveness of individualized health education to control blood sugar for diabetic patients at Bangsai Hospital, Ayutthaya province. *Nakornsrihammarat Journal.* 2019;1:13-22.
17. Chen SM, Creedy D, Lin H-S, Wollin J. Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2012;49:637-44.
18. Detkong T. Effects of a motivational interviewing program to reduced systolic and blood glucose levels for type 2 Diabetes Mellitus patients. *J Barnasradura Infect Dis Ins.* 2020;26:62-71.
19. Pokpirom P, Rookkapan K. Effect of Brief Motivational Interviewing with Education and Telephone Follow up by Pharmacists among Type 2 Diabetic Patients: A Randomized Controlled Trial. *T JPP.* 2020;12:984-96.
20. Ask Me 3: Good Questions for Your Good Health | IHI - Institute for Healthcare Improvement [Internet]. [cited 2021 Jul 5]. Available from: <http://www.ihl.org:80/resources/Pages/Tools/Ask-Me-3-Good-Questions-for-Your-Good-Health.aspx>
21. Kidney Disease Improving Global Outcomes. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. 2013; 3:19-62
22. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 13, College Station, TX: StataCorp LP. 2013.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ผลกระทบทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดตรังระหว่างการระบาดของโรค COVID-19

จิตรารวรรณ จันทร์มา, พ.บ.

แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ชั้นปีที่ 3 โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง

### ผู้รับผิดชอบบทความ:

จิตรารวรรณ จันทร์มา, พ.บ.,  
แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์  
ครอบครัว ชั้นปีที่ 3 โรงพยาบาล  
กันตัง อำเภอกันตัง ตรัง 92110  
Email: jchitrawan@gmail.  
com

Received: July 28, 2021;

Revised: August 19, 2021;

Accepted: February 10, 2022

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดตรัง ระหว่างการระบาดของโรค COVID-19

**รูปแบบวิจัย:** วิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง

**วัสดุและวิธีการ:** กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ จังหวัดตรัง มีบุคลากรเข้าร่วมการวิจัย 345 คน สุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Random Sampling เก็บข้อมูลด้วย google form ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปบุคคล ข้อมูลการสัมผัสการระบาดโรค COVID-19 และแบบวัดภาวะสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาภาวะสุขภาพจิต

**ผลการศึกษา:** บุคลากรทางการแพทย์จังหวัดตรังมีความชุกภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.5 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 13.1 และภาวะเครียดร้อยละ 2.7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลคือสถานที่ทำงานจัดอุปกรณ์ป้องกันระหว่างปฏิบัติงาน (PPE) ไม่เพียงพอ ( $p = 0.005$ ) โดยมีโอกาสเกิดภาวะวิตกกังวลมากกว่ากลุ่มที่จัดอุปกรณ์ PPE เพียงพอ (AOR 2.95, 95%CI: 1.38-6.31) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดคือโรคประจำตัว ( $p = 0.005$ ) โดยบุคลากรที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดภาวะเครียดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว (AOR 17.86, 95%CI: 2.69-118.55)

**สรุป:** ความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียดของบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดตรัง มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ที่ควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 ได้ดี การจัดอุปกรณ์ PPE ให้เพียงพอช่วยลดภาวะวิตกกังวลของบุคลากร ควรซักประวัติโรคประจำตัวบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 หรือผู้ป่วย PUI (patient under investigation) เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดมากกว่าบุคลากรที่ไม่มีโรคประจำตัว

**คำสำคัญ:** โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ภาวะสุขภาพจิต, บุคลากรทางการแพทย์

## ORIGINAL ARTICLE

# Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Trang province

**Chittrawan Janma, MD.**

*3rd Residency Training in Family Medicine, Kantang hospital, Trang*

**Corresponding author :**

Chittrawan Janma, M.D., 3<sup>rd</sup>  
Residency Training in Family  
Medicine, Kantang hospital,  
Kantrang, Trang Province,  
Thailand  
Email: jchittrawan@gmail.  
com

**Received:** July 28, 2021;

**Revised:** August 19, 2021;

**Accepted:** February 10, 2022

**ABSTRACT**

**Objective:** Investigate the prevalence of psychological problems in healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Trang province and explore factors that are associated with psychological problems in this population.

**Design:** A cross-sectional analytical study

**Methods:** Google form survey was conducted in October-December 2020 among 337 healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Trang Province. Participants were asked questions regarding sociodemographic and exposure to the COVID-19 outbreak utilizing the depression anxiety stress scale (DASS-21). Logistic regression analyses were used to explore the factors associated with psychological problems.

**Results:** The prevalence of symptoms of depression, anxiety, and stress in healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Trang Province was 9.5%, 13.1%, and 2.7% respectively. Compared with healthcare workers whose work provided sufficient personal protective equipment (PPE), the workplace that provided insufficient PPE had a higher risk of anxiety (AOR 2.95, 95%CI: 1.38-6.31). In addition, healthcare workers who had underlying disease had a higher risk of stress than those with no underlying disease (AOR 17.86, 95%CI: 2.69-118.55)

**Conclusion:** The prevalence of depression, anxiety, and stress among healthcare workers in Trang Province, was similar to a study in Singapore with good control of the COVID-19 epidemic. This finding suggests that workplaces providing insufficient personal protective equipment (PPE) and healthcare workers with underlying disease were predisposing factors predictive of high risk of developing mental health symptoms when faced with COVID-19 patients.

**Keyword:** COVID-19 disease, psychological impact, health care workers

## บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ได้มีการแพร่ระบาดกว่า 207 ประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ข้อมูล ณ วันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2563 ประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ COVID-19 แล้วจำนวน 2,907 ราย ผู้ป่วยยืนยันที่เสียชีวิตสะสม 51 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายประมาณร้อยละ 1.75 และมีการคาดการณ์ว่าสถานการณ์การระบาดจะต่อเนื่องไปอีกระยะหนึ่งไม่ต่ำกว่า 1-3 ปี<sup>1</sup>

สำหรับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในจังหวัดรัง พบรายงานผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ COVID-19 รายแรกเมื่อ 23 มีนาคม พ.ศ. 2563 ข้อมูล ณ วันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยยืนยันติดโรค COVID-19 รวมทั้งสิ้น 7 ราย ไม่พบรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต และมีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (patient under investigation, PUI) จำนวน 253 คน<sup>2</sup>

ประเทศไทยได้ประกาศใช้มาตรการที่เข้มข้นในการรับมือกับโรค COVID-19 โดยการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินซึ่งมีมาตรการต่าง ๆ เพื่อการควบคุมโรคได้แก่ การสกัดกั้นการนำเชื้อเข้าสู่ประเทศโดยให้ผู้ที่เดินทางจากต่างประเทศต้องกักตัวไว้สังเกตอาการ 14 วัน มาตรการด้านเวชภัณฑ์ป้องกันเร่งการผลิตเวชภัณฑ์ในประเทศให้เพียงพอ มาตรการลดโอกาสการแพร่ระบาดของโรคในสถานที่เสี่ยงสูง เช่น การปิดสนามมวย การปิดสถานบันเทิง งดการจัดคอนเสิร์ต งดการจัดแข่งขันกีฬา และงดวันหยุดสงกรานต์ ด้านสาธารณสุขมีคำสั่งให้มีการเปิดคลินิกพิเศษโรคไข้หวัดหรือที่เรียกว่า (acute respiratory infection, ARI clinic) ในทุกโรงพยาบาลเพื่อแยกผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยติดเชื้อทางเดินหายใจออกจากผู้ป่วยปกติทั่วไป แต่เนื่องจากโรค COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่จึงมีข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรค (national history of disease) จำกัด ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานต้องติดตามข้อมูลให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

จากข้อมูลการวิจัยโรคอุบัติใหม่ที่เคยเกิดขึ้นก่อนหน้านี้พบว่าในปี ค.ศ. 2003 ระหว่างการระบาดของโรคซาร์ส (SARS) ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเครียด และมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่เป็นนักเทคนิคการแพทย์อายุงานน้อยกว่า 2 ปี พักอยู่คนเดียว และเคยดูแลผู้ป่วยโรคซาร์ส<sup>3</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจิตบุคลากรในโรงพยาบาลระหว่างการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) ที่ระบาดในปี ค.ศ. 2009 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ครึ่งหนึ่งมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูง โดยมีปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่เป็นผู้ป่วยเหลือคนไข้ เชื่อว่าโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และเชื่อว่าโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่รักษายาก<sup>4</sup>

จากการทบทวนงานวิจัยเห็นว่าโรคอุบัติใหม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องภาวะสุขภาพจิตของ Rawlin & Heacock<sup>5</sup> ที่ว่าองค์ประกอบของภาวะสุขภาพจิตเกิดจากความสมดุลขององค์ประกอบ 5 ด้านคือ ด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งหากปัจจัยดังกล่าวถูกรบกวนในทีนี้คือการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้เกิดการเสียสมดุลของภาวะสุขภาพจิต ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล หรือความรู้สึกหลายอย่างรวมกัน ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวล้วนมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวัน หรือผลกระทบต่อครอบครัว แต่ถ้าหากเราสามารถตรวจจับความผิดปกติเหล่านี้ได้เร็ว ก็จะสามารถหาวิธีป้องกัน หรือแก้ไขก่อนที่กลุ่มอาการเหล่านี้จะพัฒนาไปเป็นโรค หรือสร้างความเสียหายให้กับบุคคล ครอบครัว และองค์กร

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรด้านการแพทย์ ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการหาแนวทางเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกปัญหาภาวะสุขภาพจิต และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ จังหวัดตรังระหว่างการระบาดโรค COVID-19

## วัสดุและวิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (analytic cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามที่กำหนด ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค และผู้ป่วยเหลือคนไข้ที่ทำงานโรงพยาบาลรัฐ ทั้ง 10 แห่งในจังหวัดตรัง มีจำนวนทั้งสิ้น 1,831 คน ที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลาการระบาดของของโรค COVID-19 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของเครซีและมอร์แกน (Krejcie, Morgan) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 323 คน (กำหนด  $e = 0.05$ ) ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างที่ขาดหายไป (drop out) ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 356 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Random Sampling โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนบุคลากรในแต่ละโรงพยาบาล และแต่ละวิชาชีพจากนั้นสุ่มเก็บตัวอย่างตามจำนวนสัดส่วนที่คำนวณได้ในแต่ละโรงพยาบาล

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามใน Google forms โดยแบบสอบถามมี 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แผนกที่ปฏิบัติงาน จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน โรคประจำตัว ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการสัมผัสกับการระบาดของโรค COVID-19 ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ และส่วนที่ 3 แบบทดสอบภาวะสุขภาพจิต วัดความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด DASS-21 ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศุภรังและโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 9 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทำงานทั้งในโรงพยาบาลศุภรัง และโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 9 แห่งที่ผู้วิจัยรู้จักเพื่อขอตารางเวลาที่สะดวกนำผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยเก็บข้อมูล โดยก่อนตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและคำชี้แจงในการตอบ แบบสอบถามให้ผู้ร่วมวิจัยทราบ โดยข้อมูลที่ได้ของแต่ละบุคคลจะเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่เปิดเผยนำเสนอจะเป็นข้อมูลภาพรวมของงานวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยแจกคิวอาร์โค้ดให้กับผู้ร่วมวิจัย ผู้ร่วมวิจัยสแกนคิวอาร์โค้ดผ่านมือถือ เพื่อเข้าไปดำเนินการตอบแบบสอบถามออนไลน์

ให้เวลาผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และขออนุญาตรอกจนกว่าผู้ร่วมวิจัยกดส่ง หรือ submit จึงถือว่าการตอบแบบสอบถามเสร็จสมบูรณ์

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบในแบบสอบถาม เพื่อคัดเลือกแบบสอบถามที่ถูกต้อง ครบถ้วน ไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม R กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  โดยคำนวณหาความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด ใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าความถี่ร้อยละของตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษา และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาภาวะสุขภาพจิตด้วยสถิติไคลแควร์และการวิเคราะห์โลจิสติกส์

## ผลการศึกษา

ในการศึกษาคั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 345 คน มีแบบสอบถามที่สมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้งสิ้น 337 คน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ จังหวัดตรัง มีความซึมเศร้าในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 9.5 มีความวิตกกังวลในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ

13.1 และมีความเครียดในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 2.7 ดังตารางที่ 1

จากการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต พบว่าทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ไม่พบปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สถานที่ปฏิบัติงานจัดอุปกรณ์การป้องกันระหว่างปฏิบัติงาน PPE ไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.007$ ) และพบว่าการมีโรคประจำตัว ( $p = 0.028$ ) การเคยป่วยเป็นโรค COVID-19 ( $p = 0.027$ ) การมีเพื่อนร่วมงาน หรือคนในครอบครัวป่วยเป็นโรค COVID-19 ( $p = 0.037$ ) มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 2

เมื่อนำตัวแปรที่สนใจมาวิเคราะห์ตามสมการถดถอย พบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือกลุ่มตัวอย่างที่สถานที่ทำงานจัดอุปกรณ์ป้องกันระหว่างปฏิบัติงาน PPE ไม่เพียงพอมีค่าความเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกกังวลเป็น 2.95 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่สถานที่ทำงานจัดอุปกรณ์การป้องกันระหว่างปฏิบัติงาน PPE ไว้เพียงพอ ( $p = 0.005$ ) และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว มีค่าความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดเป็น 17.86 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว ( $p = 0.005$ ) ดังตารางที่ 3

## วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีคะแนนความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดอยู่ในระดับปกติโดยมีความชุกของ ความซึมเศร้าร้อยละ 9.5 ความวิตกกังวลร้อยละ 13.1 และความเครียดร้อยละ 2.7 เหตุที่ค่าความชุกปัญหาภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดตรังมีค่าน้อย อาจเนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่มีมาตรการป้องกันการระบาดของโรค

**ตารางที่ 1.** ความชุกของความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดตรัง

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวนคน (ร้อยละ)
ความซึมเศร้า	
ต่ำ	305 (90.5)
สูง	32 (9.5)
ความวิตกกังวล	
ต่ำ	293 (86.9)
สูง	44 (13.1)
ความเครียด	
ต่ำ	328 (97.4)
สูง	9 (2.7)

ที่มีประสิทธิภาพ และจังหวัดตรังมีรายงานผู้ติดเชื้อในจังหวัดตรังน้อย ส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดตรังส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ สอดคล้องกับศึกษาของ Tan และคณะ<sup>6</sup> ที่พบว่าภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ประเทศสิงคโปร์ระหว่างการระบาดของโรค COVID-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ โดยมีความชุกของความซึมเศร้าร้อยละ 5.23 ความวิตกกังวลร้อยละ 4.28 และความเครียดร้อยละ 5.95 และการศึกษาของ Du และคณะ<sup>7</sup> ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ในมณฑลฮูอัน ประเทศจีนพบว่าส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับปกติ โดยมีความชุกของความซึมเศร้าร้อยละ 7.04 ความวิตกกังวลร้อยละ 8.13 ความเครียดร้อยละ 6.34 ซึ่งการศึกษาเหล่านี้เป็นการศึกษาในประเทศที่มีการควบคุมการระบาดของโรคได้ดี<sup>8</sup> จึงทำให้ระดับความชุกของความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียดไม่สูงมากนัก

เมื่อพิจารณาแยกรายปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตพบว่า ลักษณะของโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งทำงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อีกครึ่งทำงานในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิซึ่งทั้งสองกลุ่มมีระดับความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ไม่แตกต่างกัน ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Romero<sup>9</sup> ที่ศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างการระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศสเปนซึ่งเป็นประเทศที่มีการระบาดรุนแรง พบ

ตารางที่ 2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับภาวะสุขภาพจิต

ปัจจัยที่ศึกษา	ซึมเศร้าต่ำ (ร้อยละ)	ซึมเศร้าสูง (ร้อยละ)	p-value	วิตกกังวลต่ำ (ร้อยละ)	วิตกกังวลสูง (ร้อยละ)	p-value	เครียดต่ำ (ร้อยละ)	เครียดสูง (ร้อยละ)	p-value
เพศ			0.304 <sup>a</sup>			0.609 <sup>a</sup>			0.196 <sup>b</sup>
ชาย	56 (94.9)	3 (5.1)		53 (89.8)	6 (10.2)		56 (94.9)	3 (5.1)	
หญิง	240 (89.6)	29 (10.4)		240 (86.3)	38 (13.7)		272 (97.8)	6 (2.2)	
โรงพยาบาล			0.326 <sup>a</sup>			0.583 <sup>a</sup>			1.000 <sup>b</sup>
โรงพยาบาลศูนย์	157 (92.4)	13 (7.6)		150 (88.2)	20 (11.8)		165 (97.1)	5 (2.9)	
โรงพยาบาลชุมชน	148 (88.6)	19 (11.4)		143 (85.6)	24 (14.4)		163 (97.6)	4 (2.4)	
สถานภาพสมรส			0.548 <sup>a</sup>			0.846 <sup>a</sup>			0.401 <sup>b</sup>
โสด	160 (88.9)	20 (11.1)		156 (86.7)	24 (13.3)		173 (96.1)	7 (3.9)	
สมรส	135 (92.5)	11 (7.5)		128 (87.7)	18 (12.3)		144 (98.6)	2 (1.4)	
หม้าย/หย่า/แยกอยู่	10 (90.9)	1 (9.1)		9 (81.8)	2 (18.2)		11 (100.0)	0 (0.0)	
ระดับการศึกษา			0.728 <sup>b</sup>			0.905 <sup>b</sup>			0.523 <sup>b</sup>
ต่ำกว่าปริญญาตรี	34 (94.4)	2 (5.6)		32 (88.9)	4 (11.1)		36 (100.0)	0 (0.0)	
ปริญญาตรี	247 (90.1)	27 (9.9)		238 (86.9)	36 (13.1)		266 (97.1)	8 (2.9)	
สูงกว่าปริญญาตรี	24 (88.9)	3 (11.1)		23 (85.2)	4 (14.8)		26 (96.3)	1 (3.7)	
อาชีพ			1.000 <sup>b</sup>			0.993 <sup>b</sup>			0.485 <sup>b</sup>
แพทย์	38 (90.5)	4 (9.5)		36 (85.7)	6 (14.3)		39 (92.9)	3 (7.1)	
ทันตแพทย์	12 (92.3)	1 (7.7)		12 (92.3)	1 (7.7)		13 (100)	0 (0.0)	
เภสัชกร	21 (91.3)	2 (8.7)		20 (87.0)	3 (13.0)		22 (95.7)	1 (4.3)	
พยาบาล	179 (90.4)	19 (9.6)		172 (86.9)	26 (13.1)		193 (95.7)	5 (2.5)	
นักเทคนิคการแพทย์	9 (90.0)	1 (10)		9 (90.0)	1 (10.0)		10 (100.0)	0 (0.0)	
นักร้องสีทึม	13 (92.9)	1 (7.1)		13 (92.9)	1 (7.1)		14 (100.0)	0 (0.0)	
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	33 (89.2)	4 (10.8)		31 (83.8)	6 (16.2)		37 (100.0)	0 (0.0)	
รายได้ (บาท/เดือน)			0.567 <sup>a</sup>			0.847 <sup>a</sup>			0.918 <sup>b</sup>
น้อยกว่า10,000 บาท	14 (93.3)	1 (6.7)		13 (86.7)	2 (13.3)		15 (100.0)	0 (0.0)	
10,001-20,000 บาท	50 (84.7)	9 (15.3)		49 (83.1)	10 (16.9)		58 (98.3)	1 (1.7)	
20,001-30,000 บาท	85 (93.4)	6 (6.6)		82 (90.1)	9 (9.9)		89 (97.8)	2 (2.2)	
30,001-40,000 บาท	64 (88.9)	8 (11.1)		61 (84.7)	11 (15.3)		70 (97.2)	2 (2.8)	
40,001-50,000 บาท	40 (93.0)	3 (7.0)		38 (88.4)	5 (11.6)		41 (95.3)	2 (4.7)	
มากกว่า50,000 บาท	52 (91.2)	5 (8.8)		50 (87.7)	7 (12.3)		55 (96.5)	2 (3.5)	

ตารางที่ 2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับภาวะสุขภาพจิต (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ซึมเศร้าต่ำ (ร้อยละ)	ซึมเศร้าสูง (ร้อยละ)	p-value	วิตกกังวลต่ำ (ร้อยละ)	วิตกกังวลสูง (ร้อยละ)	p-value	เครียดต่ำ (ร้อยละ)	เครียดสูง (ร้อยละ)	p-value
แผนกที่ปฏิบัติงาน			0.401 <sup>b</sup>			0.736 <sup>b</sup>			0.304 <sup>b</sup>
แผนกฉุกเฉิน	54 (83.1)	11 (16.9)		52 (80.0)	13 (20.0)		61 (93.8)	4 (6.2)	
แผนกผู้ป่วยนอก	88 (96.4)	5 (5.4)		83 (89.2)	10 (10.8)		93 (100.0)	0 (0.0)	
แผนกผู้ป่วยใน	99 (90.0)	11 (10.0)		95 (86.4)	15 (13.6)		106 (96.4)	4 (3.6)	
แผนกทันตกรรม	12 (92.3)	1 (7.7)		12 (92.3)	1 (7.7)		13 (100.0)	0 (0.0)	
แผนกเภสัชกรรม	21 (91.3)	2 (8.7)		20 (87.0)	3 (13.0)		22 (95.7)	1 (4.3)	
แผนกผู้ป่วยวิกฤต	10 (100.0)	0 (0.0)		10 (100.0)	0 (0.0)		10 (100.0)	0 (0.0)	
แผนกรังสีเทคนิค	13 (92.9)	1 (7.1)		13 (92.9)	1 (7.1)		14 (100.0)	0 (0.0)	
แผนกเทคนิคการแพทย์	8 (88.9)	1 (11.1)	1.000 <sup>a</sup>	8 (88.9)	1 (11.1)	0.628 <sup>a</sup>	9 (100.0)	0 (0.0)	0.182 <sup>b</sup>
จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน									
น้อยกว่าเท่ากับ 2 ปี	52 (91.2)	5 (8.8)		50 (87.7)	7 (12.3)		54 (94.7)	3 (5.3)	
มากกว่า 2 ปี	253 (90.4)	27 (9.6)	0.159 <sup>b</sup>	243 (86.8)	37 (13.2)	0.142 <sup>b</sup>	274 (97.9)	6 (2.1)	0.028 <sup>b</sup>
โรคประจำตัว									
ไม่มี	283 (91.3)	27 (8.7)		272 (87.7)	38 (12.3)		304 (98.1)	6 (1.9)	
มี	22 (81.5)	5 (18.5)	0.699 <sup>b</sup>	21 (77.8)	6 (22.2)	0.724 <sup>b</sup>	24 (88.9)	3 (11.1)	0.086 <sup>b</sup>
เคยถูกกักตัว									
ใช่	17 (89.5)	2 (10.5)		16 (84.2)	3 (15.8)		17 (89.5)	2 (10.5)	
ไม่ใช่	288 (90.6)	30 (9.4)	0.095 <sup>b</sup>	277 (87.1)	41 (12.9)	0.131 <sup>b</sup>	311 (97.8)	7 (2.2)	0.027 <sup>b</sup>
เคยป่วยเป็นโรค COVID-19									
ใช่	0 (0.0)	1 (100.0)		0 (0.0)	1 (100.0)		0 (0.0)	1 (100.0)	
ไม่ใช่	305 (90.8)	31 (9.2)	0.184 <sup>b</sup>	293 (87.2)	43 (12.8)	0.254 <sup>b</sup>	328 (97.6)	8 (2.4)	0.037 <sup>a</sup>
มีเพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือคนในครอบครัวป่วยเป็นโรค COVID-19									
ใช่	25 (83.3)	5 (16.7)		24 (80.0)	6 (20.0)		27 (90.0)	3 (10.0)	0.164 <sup>b</sup>
ไม่ใช่	280 (91.2)	27 (8.8)	0.768 <sup>a</sup>	269 (87.6)	38 (12.4)	0.999 <sup>a</sup>	301 (98.0)	6 (2.0)	
เคยดูแลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ PUI									
ใช่	120 (89.6)	14 (10.4)		116 (86.6)	18 (13.4)		128 (95.5)	6 (4.5)	
ไม่ใช่	185 (91.1)	18 (8.9)		177 (87.2)	26 (12.8)		200 (98.5)	3 (1.5)	



ตารางที่ 2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับภาวะสุขภาพจิต (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ซึมเศร้าต่ำ (ร้อยละ)	ซึมเศร้าสูง (ร้อยละ)	p-value	วิตกกังวลต่ำ (ร้อยละ)	วิตกกังวลสูง (ร้อยละ)	p-value	เครียดต่ำ (ร้อยละ)	เครียดสูง (ร้อยละ)	p-value
มีเพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือคนในครอบครัวเข้าเกณฑ์ PUI			1.000 <sup>a</sup>			0.564 <sup>a</sup>			0.644 <sup>b</sup>
ใช่	50 (90.9)	5 (9.1)		46 (83.6)	9 (16.4)		53 (96.4)	2 (3.6)	
ไม่ใช่	255 (90.4)	27 (9.6)		247 (87.6)	35 (12.4)		275 (97.5)	7 (2.5)	
ที่ทำงานจัดอุปกรณ์ PPE เพียงพอ			0.116 <sup>a</sup>			0.007 <sup>a*</sup>			0.263 <sup>b</sup>
ใช่	226 (92.2)	19 (7.8)		221 (90.2)	24 (9.8)		240 (98.0)	5 (2.0)	
ไม่ใช่	79 (85.9)	13 (14.1)		72 (78.3)	20 (21.7)		88 (95.7)	4 (4.3)	
ที่ทำงานมีการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย COVID-19 หรือเข้าเกณฑ์ PUI			0.432 <sup>a</sup>			0.260 <sup>a</sup>			0.318 <sup>b</sup>
ใช่	189 (91.7)	17 (8.3)		183 (88.8)	23 (11.2)		202 (98.1)	4 (1.9)	
ไม่ใช่	116 (88.5)	15 (11.5)		110 (84.0)	21 (16.0)		126 (96.2)	5 (3.8)	
เคยปฏิบัติงานที่ ARI clinic			0.654 <sup>a</sup>			0.839 <sup>a</sup>			0.725 <sup>b</sup>
ใช่	88 (88.9)	11 (11.1)		85 (85.9)	14 (14.1)		96 (97.0)	3 (3.0)	
ไม่ใช่	217 (91.2)	21 (8.8)		208 (87.4)	30 (12.6)		232 (97.5)	6 (2.5)	

<sup>a</sup> Chi – square Test<sup>b</sup> Fisher Exact Test

\* p ≤ 0.05

ตารางที่ 3. การวิเคราะห์ถดถอยถุคูณเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกับภาวะสุขภาพจิต

ปัจจัยที่ศึกษา	ซึมเศร้า		วิตกกังวล		เครียด	
	OR (95%CI)	p-value	OR (95%CI)	p-value	OR (95%CI)	p-value
เพศ						
ชาย	1.00 (ref)	0.061	1.00 (ref)		1.00 (ref)	0.293
หญิง	3.27 (0.84-12.71)		2.24 (0.72-7.00)	0.145	0.33 (0.05-2.44)	
โรงพยาบาล						
โรงพยาบาลศูนย์	1.00 (ref)	0.081	1.00 (ref)		1.00 (ref)	0.683
โรงพยาบาลชุมชน	2.06 (0.90-4.72)		1.70 (0.76-3.78)	0.193	1.43 (0.26-7.95)	
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	1.00 (ref)	0.169	1.00 (ref)		1.00 (ref)	0.943
ปริญญาตรี	5.56 (0.62-49.86)		2.10 (0.30-14.52)	0.469	1.34 (0.22-8.08)	
สูงกว่าปริญญาตรี	12.86 (0.87-189.13)		4.16 (0.40-42.68)		1.21 (0.11-13.84)	
จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน						
น้อยกว่าเท่ากับ 2 ปี	1.00 (ref)	0.449	1.00 (ref)		1.00 (ref)	0.475
มากกว่า 2 ปี	0.63 (0.19-2.11)		0.72 (0.25-2.09)	0.54	1.95 (0.32-11.83)	
โรคประจำตัว						
ไม่มี	1.00 (ref)	0.119	1.00 (ref)		1.00 (ref)	0.005*
มี	2.78 (0.81-9.50)		2.05 (0.65-6.48)	0.235	17.8 (2.69-118.5)	
มีเพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือคนในครอบครัวป่วยเป็นโรค COVID-19						
ใช่	1.00 (ref)	0.145	1.00 (ref)	0.491	1.00 (ref)	0.098
ไม่ใช่	2.63 (0.75-9.26)		1.56 (0.45-5.41)		7.46 (0.72-77.2)	
ที่ทำงานจัดอุปกรณ์ PPE เพียงพอ						
ใช่	1 (ref)	0.116	1 (ref)	0.005*	1 (ref)	0.341
ไม่ใช่	2 (0.85-4.68)		2.95 (1.38-6.31)		2.16 (0.45-10.34)	

ว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิมิมีภาวะเครียดมากกว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และปฐมภูมิ เนื่องจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเกินกำลังของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หากโรคมีการระบาดรุนแรงจำนวนผู้ป่วยที่อาการหนักก็มีโอกาสมากขึ้นตามมา ภาระงานที่มากขึ้น ส่งผลต่อสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ได้ แต่ในบริบทจังหวัดตรังมีรายงานผู้ติดเชื้อ COVID-19 7 ราย ทุกรายแสดงอาการเพียงเล็กน้อยและสามารถพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต้นสังกัดได้ ดังนั้นภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรโรงพยาบาลทั้งสองระดับจึงไม่แตกต่างกัน

โรคประจำตัว บุคลากรทางการแพทย์ที่มีโรคประจำตัวมีความเครียดมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sayeed และคณะ<sup>10</sup> ที่ศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้ที่มีโรคประจำตัวในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 พบว่าคนที่มีความเครียดมีโอกาสได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด) มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยโรคหอบหืด โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นปัจจัยเสี่ยง บุคลากรทางการแพทย์ที่มีโรคประจำตัวได้รับผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวมิได้หลายสาเหตุ โดยหลายการศึกษาที่มีก่อนหน้าพบว่าคนที่มีความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดีอยู่เสมอ<sup>11,12</sup>

ประกอบกับเมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค COVID-19 ที่รุนแรงมากขึ้นในคนที่มีการระบาดประจำตัว<sup>13</sup> นอกจากนี้ในช่วงที่มีการระบาดหนักของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลายโรงพยาบาลได้ปรับรูปแบบการให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรัง เช่น การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลเรื่องการเปลี่ยนแปลงระบบการรักษา จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้จึงอาจเป็นเหตุให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีโรคประจำตัวมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตได้

ประวัตินี้เพื่อน เพื่อนร่วมงาน คนในครอบครัวป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพื่อน เพื่อนร่วมงาน คนในครอบครัวป่วยเป็นโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dai, Hu, Xiong, Qiu และ Yuan<sup>14</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศจีนระหว่างการระบาดของโรค COVID-19 พบบุคลากรทางการแพทย์ที่มีเพื่อนเคยติดเชื้อ COVID-19 มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่เพื่อนไม่เคยติดเชื้อ COVID-19 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดติดเชื้อ COVID-19 หมายถึงการที่บุคลากรทางการแพทย์อาจมีช่วงเวลาที่สัมผัสกับบุคคลที่ติดเชื้อโดยที่ใส่อุปกรณ์ป้องกันไม่เพียงพอ เช่น การถอดหน้ากากอนามัยออกระหว่างการทานข้าวร่วมกัน การสัมผัสใกล้ชิดกันในระยะน้อยกว่า 1 เมตร ซึ่งภาวะเหล่านี้บุคลากรทางการแพทย์รู้ดีว่าเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 จึงเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาภาวะสุขภาพจิตได้มากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่มีเพื่อนป่วยด้วยโรค COVID-19

การขาดอุปกรณ์ป้องกันระหว่างปฏิบัติงาน (PPE) การขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อระหว่างการปฏิบัติงาน สัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dai, Hu, Xiong, Qiu และ Yuan<sup>14</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศจีนระหว่างการระบาดของโรค COVID-19 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความกังวลเรื่องความขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อระหว่างปฏิบัติงานสูงถึงร้อยละ 52.3 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข่าวการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของ

โรค COVID-19 และข่าวการกักตุนสินค้าและเวชภัณฑ์ เช่น ถุงมือทางการแพทย์ หน้ากากอนามัย (surgical mask) ทำให้เกิดการขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลหลายแห่ง<sup>15,16</sup> และจากรายงานการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นพบว่านอกจากการปกปิดข้อมูลของผู้ป่วยสาเหตุหนึ่งเกิดจากการขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อระหว่างการปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเป็นเหตุให้บุคลากรทางการแพทย์มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้

### ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การศึกษาในแบบพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ทำให้ได้ขนาดของปัญหาในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ดังนั้นการแปลความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ต้องใช้ความระมัดระวัง และไม่สามารถอธิบายผลกระทบของการระบาดโรค COVID-19 ต่อภาวะสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์ในระยะยาวได้ การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ stratified sampling เป็นตัวแทนของภาพรวมประชากรที่ดี แต่เมื่อพิจารณาแยกรายวิชาชีพจะมีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างน้อยในบางกลุ่มวิชาชีพ ทำให้เป็นตัวแทนของประชากรแยกวิชาชีพได้ไม่ดีและทำให้ค่าความสามารถในการวิเคราะห์ทางสถิตินลดลง

การศึกษานี้เป็นการเก็บแบบสอบถามที่เป็นการประเมินตนเอง การระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทยมีรายงานการติดเชื้อผู้ป่วยจำนวนมากในช่วงเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม แต่การศึกษานี้เก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมจนถึงเดือนธันวาคม จึงอาจมีอคติในการจดจำข้อมูลได้

### แนวทางการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดตรังระหว่างการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้ทราบว่าบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดตรังส่วนหนึ่งมีปัญหาภาวะสุขภาพจิต แม้จะเป็นคนส่วนน้อยแต่ควรให้ความสำคัญ

สถานที่ปฏิบัติงานควรจัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อระหว่างปฏิบัติงานให้เพียงพอ และให้ข้อมูลหรืออบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันในการดูแลผู้ป่วยแต่ละประเภท

หากเป็นไปได้ควรหลีกเลี่ยงการจัดบุคลากรทางการแพทย์ที่มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหอบหืด ไปดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 หรือผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค

## สรุป

ความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียดของบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดตรัง มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ที่ควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 ได้ดี การจัดอุปกรณ์ PPE ให้เพียงพอช่วยลดภาวะวิตกกังวลของบุคลากร ควรซักประวัติโรคประจำตัวบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 หรือผู้ป่วย PUI เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดมากกว่าบุคลากรที่ไม่มีโรคประจำตัว

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.สมเกียรติ พุทธิเสนารักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันตัง ที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย พญ.พนัชกร มีสิทธิ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขรายงานการวิจัย และตรวจทาน ผศ.นพ.กมลพร ชูพันธ์ ตย์คานนท์ ดร.บุษมา รักษานาม และ อ.กิตติศักดิ์ ชูมาลี ที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยและช่วยเหลือเรื่องระเบียบวิธีวิจัยการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย คุณเอกลักษณ์ มอบพิจิตต์ นักธรณีฟิสิกส์ที่ช่วยตรวจทานและให้คำแนะนำในการจัดทำแบบสอบถามออนไลน์ ทำให้รายงานฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดตรังทั้ง 10 แห่งที่เห็นความสำคัญของโครงการและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาล

ของท่าน เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.mo-ph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no113-250463.pdf>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. รายงานประจำวันสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tro.moph.go.th/COVID-19.php>
3. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *Br J Psychiatry*. 2004;185:127-33.
4. Gouliou P, Mantas C, Dimitroula D, Mantis D, Hyphantis T. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect Dis*. 2010;10:1-11.
5. นภวัลย์ กัมพลาศิร. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.elnurse.ssru.ac.th/noppawan\\_ku/pluginfile.php/86/block/html/content/pdf](http://www.elnurse.ssru.ac.th/noppawan_ku/pluginfile.php/86/block/html/content/pdf)
6. Tan BY, Chew NW, Lee GK, Jing M, Goh Y, Yeo L, et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. *Ann Intern Med*. 2020;173:317-20.
7. Du J, Dong L, Wang T, Yuan C, Fu R, Zhang L, et al. Psychological symptoms among frontline health-care workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;67:144-5.
8. Lowy Institute. Covid performance index [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2021 Feb 25]. Available from: <https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/>
9. Romero CS, Delgado C, Catalá J, Ferrer C, Errando C, Iftimi A, et al. COVID-19 psychological impact in 3109 healthcare workers in Spain: The PSIMCOV group. *Psychol Med*. 2020;14:1-7.
10. Sayeed A, Kundu S, Al Banna MH, Christopher E, Hasan MT, Begum MR, et al. Mental health outcomes of adults with comorbidity and chronic diseases during the COVID-19 pandemic: a matched case-control study. *Psychiatr Danub*. 2020;32:491-8.

11. Mukeshimana M, Chironda G. Depression and Associated Factors Among the Patients with Type 2 Diabetes in Rwanda. *Ethiop J Health Sci.* 2019;29:709–18.
12. Rozario SS, Masho SW. The Associations Between Mental Health Status, Hypertension, and Hospital Inpatient Visits in Women in the United States. *Am J Hypertens.* 2018;31:804-10.
13. พัทธนันท์ เอกนิพิตรพงศ์. รายงานชี้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีโรคประจำตัว เสี่ยงอาการรุนแรง เสียชีวิตมากกว่าคนปกติ [อินเทอร์เน็ต]. อินโฟเควสท์. 2563 มี.ย. 16; [เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ryt9.com/s/iq47/3133734>.
14. Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *MedRxiv* 2020.
15. สำนักข่าวไทย. วิกฤตขาดแคลนหน้ากาก [อินเทอร์เน็ต]. สำนักข่าวไทย. 2563 มี.ค. 9; [เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.facebook.com/tnamcot/posts/2640793099358146?comment\\_id=2640802652690](https://www.facebook.com/tnamcot/posts/2640793099358146?comment_id=2640802652690)
16. สำนักข่าวไทยโพสต์. อว.แบ่งงบ 3,000 ล้านบาท แก้ปัญหาอุปสรรคทางการแพทย์สู้โควิด-19 ขาดแคลน [อินเทอร์เน็ต]. ไทยโพสต์. 2563 มี.ค. 31; [เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thebangkokinsight.com/news/politics-general/covid-19/323173/>

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ

รุ่งทิwa กังวานสุระ, พ.บ., แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ชั้นปีที่ 3,

ทงนสรร์ค เทียนถาวร, พ.บ., ปรินญญาโทแพทยศาสตรศึกษา, ปรินญญาเอกสาขาการจัดการระบบบริการสุขภาพ,

พัฒนศรี ศรีสุวรรณ, พ.บ., ว. เวชศาสตรครอบครัว, กุลเชษฐ เกษะโกมล, พ.บ., ว. เวชศาสตรครอบครัว

กองตรวจโรคผู้ปวยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร

### ผู้รับผิดชอบบทความ:

รุ่งทิwa กังวานสุระ, พ.บ.,  
แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์  
ครอบครัวชั้นปีที่ 3 กองตรวจ  
โรคผู้ปวยนอก โรงพยาบาล  
พระมงกุฎเกล้า เขตราชเทวี  
กรุงเทพมหานคร

Email: thingtiwa@gmail.com

Received: December 19, 2021;

Revised: January 21, 2022;

Accepted: February 22, 2022

### บทคัดย่อ

**ที่มา:** “พินัยกรรมชีวิต” (Living will) คือหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต พินัยกรรมชีวิตมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยหลายกลุ่ม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มการเจ็บป่วยที่มากขึ้นจากความเสื่อมของร่างกาย การศึกษาเรื่องพินัยกรรมชีวิตกับผู้สูงอายุไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้

**วัตถุประสงค์:** ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้สูงอายุ

**วัสดุและวิธีการ:** เป็นงานวิจัยแบบผสม (mixed method) ศึกษาจากผู้สูงอายุที่มารับการบริการกองตรวจโรคผู้ปวยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ส่วนที่หนึ่งเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง โดยสุ่มตามความสะดวก เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตโดยใช้แบบสอบถาม และส่วนที่สองเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกทางโทรศัพท์ เพื่ออธิบายกลไกของการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต

**ผลการศึกษา:** จากการตอบแบบสอบถามในการศึกษาส่วนที่หนึ่ง ผู้สูงอายุจำนวน 100 คน พบว่ามีผู้ตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต 32 คน โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ได้แก่ อาชีพข้าราชการเกษียณ (adjust OR 13.14, 95%CI ;1.35-127.80, p = 0.026) เคยดูแลญาติในวาระสุดท้าย (adjust OR 23.43, 95%CI ;2.40-224, p = 0.006) และการมีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต (adjust OR 28.85, 95%CI ;4.60-179, p < 0.001) หลังจากตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับสมุดเบาใจซึ่งเป็นพินัยกรรมชีวิตรูปแบบหนึ่ง ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิตจะได้รับการเชิญเข้าร่วมงานวิจัยส่วนที่สอง ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกทางโทรศัพท์ (n=21) พบว่าประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับการต้องการทำพินัยกรรมชีวิต ได้แก่ (1) ความพร้อมในการเผชิญหน้ากับความตาย (2) ความรู้และทัศนคติต่อพินัยกรรมชีวิต (3) บทบาทของแพทย์ สมุดเบาใจ และบริบททางสังคม

**สรุป:** ปัจจัยที่มีผลต่อการต้องการทำพินัยกรรมชีวิตต้องพิจารณาอย่างเป็นองค์รวม ทั้งความพร้อมส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคม นอกจากนี้บทบาทของแพทย์และสมุดเบาใจมีส่วนในการเสริมสร้างอำนาจในการตัดสินใจของผู้ร่วมวิจัยเช่นกัน

**คำสำคัญ:** พินัยกรรมชีวิต, ความต้องการ, สมุดเบาใจ, ผู้สูงอายุ

## ORIGINAL ARTICLE

# Factors affecting older adults' decision-making on having a Living will

**Rungthiwa Kangwansura, M.D.\*** 3<sup>rd</sup> Residency Training in Family Medicine,

**Tanongson Tienthavorn, M.D.\*\*** Master of Medical Education, Doctor of Health Service Management,

**Patsri Srisuwan, M.D.\*\*** Dip. Thai Board of Family Medicine,

**Kulachade Gesakomol, M.D.\*\*** Dip. Thai Board of Family Medicine

*Outpatient and Family Medicine Department, Phramongkutklao College of Medicine, Bangkok*

**Corresponding author :**

Rungthiwa Kangwansura,  
M.D. 3<sup>rd</sup> Residency Training in  
Family Medicine, Outpatient  
and Family Medicine Depart-  
ment, Phramongkutklao  
College of Medicine  
Email: thingtiwa@gmail.com

Received: December 19, 2021;

Revised: January 21, 2022

Accepted: February 22, 2022

**ABSTRACT**

**Background:** A living will is a written document expressing a person's wishes for advance directive care to meet his health and illness needs. The living will is proved to have benefits in many groups of patients especially the elderly who tend to suffer from the deterioration of the body. Studies of living wills among the Thai elderly are still limited and less focused on the patient's needs and their decision-making processes.

**Objective:** To study factors affecting older adult decision-making regarding a living will

**Methodology:** An embedded mixed-methods approach was conducted in adults older than 60-year-old visiting the outpatient department of Phramongkutklao Hospital by convenient sampling. The first part of the study was a quantitative component using a set of questionnaires to depict the situation. The second component was an in-depth interview conducted to investigate the factors affecting living will awareness and the decision-making process.

**Result:** One hundred patients participated in the with an average age of 67 years. The factors affecting living will awareness were being pensioners (adjust OR 13.14, 95%CI;1.35-127.80,  $p = 0.026$ ), having experience of caring for end-of-life patients (adjust OR 23.43, 95%CI;2.40-224,  $p = 0.006$ ), and having a good attitude towards the living will (adjust OR 28.85, 95%CI;4.60-179,  $p < 0.001$ ). All of the participants had gone through the 'Baojai Book'. The participants who desired to make a living will were invited to in-depth interviews. (n=21) The results revealed and explained three aspects affecting living will awareness and the decision-making process, including (1) readiness for confronting death, (2) knowledge and attitude of the living will, (3) role of the physician, Baojai Book, and social context.

**Conclusion:** To make a decision, one has to consider his readiness holistically, including individual, family, and social factors. Having a document such as 'Baojai' with the assistance of a physician may raise living will awareness and promote an individual's autonomy

**Keyword:** Living will, Baojai book, awareness, older adults

## บทนำ

“ความตาย” คือ การกลับคืนสู่ธรรมชาติและหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อถึงวาระสุดท้ายผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวลดลงทำให้ไม่สามารถตัดสินใจการรักษาด้วยตนเองได้<sup>1</sup> ญาติหรือผู้ดูแลจะเป็นผู้ตัดสินใจแทนซึ่งอาจไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย นำไปสู่การยื้อให้ผู้ป่วยอยู่อย่างไม่มีคุณภาพชีวิตและจากไปอย่างทุกข์ทรมาน<sup>2</sup> จึงเป็นที่มาของการทำหนังสือแสดงเจตจำนงการรักษาในวาระสุดท้ายหรือที่เรียกว่า “พินัยกรรมชีวิต” (Living will)

พินัยกรรมชีวิต (Living will) คือ หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ตามกฎกระทรวงตามมาตรา 12

แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550<sup>3</sup> โดยการทำให้พินัยกรรมชีวิตมีประโยชน์หลายประการ ได้แก่ ผู้ป่วยได้แจ้งเจตจำนงแก่ญาติและบุคคลใกล้ชิด ทำให้สามารถลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์และญาติในการวางแผนการรักษาผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเจ็บปวดจากอุปกรณ์พยุงชีพ นอกจากนี้ยังทำให้ญาติไม่ต้องเสียค่ารักษาที่ไม่จำเป็น ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาระยะสุดท้ายอยู่กับญาติในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ<sup>1</sup> ในทางเวชปฏิบัติพินัยกรรมชีวิตมักถูกใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคคุกคามต่อชีวิตและได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยหอบหืด ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง (frailty) และโรคสมองเสื่อม แต่อย่างไรก็ตามพินัยกรรมชีวิตยังมีประโยชน์สำหรับคนกลุ่มอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มทางสุขภาพที่เสื่อมถอยลงตามอายุที่มากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเข้าใกล้ความสูญเสีย ทำให้มีการศึกษาเรื่องพินัยกรรมชีวิตในผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในต่างประเทศ<sup>4,5</sup> แต่ในประเทศไทยผู้ป่วยที่ตระหนักและตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตในขณะที่มีสติสัมปชัญญะดียังมีอยู่ค่อนข้างจำกัด<sup>6-8</sup> และส่วนใหญ่มักสนับสนุนการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายเป็นหลัก ทำให้ผู้ป่วยอื่น ๆ รวมถึงผู้สูงอายุทั่วไปอาจถูกละเลยในเรื่องการให้ความรู้และสนับสนุนการทำพินัยกรรมชีวิตใน

ขณะที่มีสติสัมปชัญญะดี<sup>9</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษามากตามวงรอบปกติแผนกผู้ป่วยนอกด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคทั่วไปยังมีจำกัด จึงเป็นที่มาของงานวิจัยนี้

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการการกวดตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

## รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) แบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) โดยใช้แบบสอบถามความต้องการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ทางโทรศัพท์ 2 สัปดาห์ หลังจากตอบแบบสอบถาม เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมจากการศึกษาเชิงปริมาณ และกลไกการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตรวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต

## ประชากรที่ศึกษา

คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณจากสัดส่วนประชากรที่ศึกษา กรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากรทั้งหมด

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

จากการคำนวณโดยพิจารณาจากศึกษาของ พศิน ภูริธรรมโชติ และคณะ<sup>7</sup> พบอัตราการเขียนพินัยกรรมชีวิตในอนาคตของผู้เข้าร่วมวิจัย ร้อยละ 57.1 คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 95 คน ที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ปรับขนาดตัวอย่างโดยพิจารณาอัตราการผิดพลาดจากการเก็บข้อมูลร้อยละ 5 งานวิจัยนี้จึงเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 100 คน



เกณฑ์คัดเข้าร่วมการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่มีอายุ  $\geq 60$  ปี ที่มารับการบริการห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 30 เมษายน 2564
2. สามารถพูดคุ้ยสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา

1. มีภาวะโรคสมองเสื่อม (dementia) ซึมเศร้า หรือ มีพัฒนาการทางสมองผิดปกติ

### การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มผู้สูงอายุที่มาใช้บริการห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกแบบสุ่มตามความสะดวก (convenient sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าร่วมการศึกษาและเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มประชากรออกจากการศึกษาข้างต้น หลังคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามประกอบด้วย

#### ข้อมูลทั่วไป

ประสบการณ์การเจ็บป่วยและการรักษาในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและญาติใกล้ชิดโดยคำตอบเป็นเคยหรือไม่เคย

- ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตรูปแบบคำถามถูกหรือผิด จำนวน 7 ข้อ ตัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้และทัศนคติของประชาชนไทยต่อการทำพินัยกรรมชีวิตของ ผศ.ดร.ธีรภรณ์ จันทร์ตาและคณะ<sup>10</sup> ซึ่งได้รับอนุญาตมาประยุกต์มาใช้ในงานวิจัยแล้ว การแปลผลคะแนนยิ่งคะแนนมากคือมีความรู้มาก

- ทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิต วัดเป็นระดับความเห็นด้วย 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ โดยผู้วิจัยออกแบบข้อคำถามเอง การแปลผลเป็นระดับคะแนนยิ่งคะแนนมากคือมีทัศนคติที่ดีมาก

- มุมมองเกี่ยวกับความตายและสถานการณ์จำลองผู้ป่วยระยะท้าย

- สอบถามความต้องการการทำพินัยกรรมชีวิตในอนาคต แปลผลโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ที่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต และกลุ่มที่ลังเลหรือไม่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นมาเปรียบเทียบวิเคราะห์ระหว่างสองกลุ่ม

หลังจากตอบแบบสอบถามผู้วิจัยเลือกผู้ที่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต สุ่มตัวอย่างสุ่มเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เข้าร่วมงานวิจัยส่วนที่สองเป็นการ

สัมภาษณ์เชิงลึกทางโทรศัพท์เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต โดยสัมภาษณ์หลังการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยหลักเป็นผู้สัมภาษณ์เพียงผู้เดียว สอบถามเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต ปัจจัยสนับสนุนการทำพินัยกรรมชีวิต บทบาทของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต่อการทำพินัยกรรมชีวิต สัมภาษณ์จนได้ข้อมูลอิ่มตัว ไม่มีแง่มุมใหม่จากผู้เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต แนวคำถามเชิงลึก โทรศัพท์และเครื่องอัดเสียง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและทำการบันทึกข้อมูลในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA/MP 12 พื้นฐาน แสดงผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ด้วย จำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณจะทำการวัดค่ากลางด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเขียนพินัยกรรมชีวิต ด้วยสถิติ Binary Logistic Regression ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ส่วนที่ 2 สัมภาษณ์เจาะลึกและบันทึกข้อมูลเสียงการสนทนา เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) วิเคราะห์ด้วยกระบวนการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) โดยผู้วิจัย พญ.รุ่งทิภา กังวานสุระ และนพ.ทงนงสรณ์ เทียนถาวร ไม่มีการคืนผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัย และไม่มีการสัมภาษณ์ซ้ำ วิเคราะห์และแสดงผลเป็นข้อมูลเชิงพรรณนา

### ผลการศึกษา

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงพรรณนา

ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 100 คน พบว่ามีอายุเฉลี่ย 67.89 ปี (60-92 ปี, SD 7.59 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 60 คน และเพศชาย 40 คน ผู้เข้าร่วมวิจัยมีการศึกษาดำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 75 เป็นข้าราชการเกษียณ ร้อยละ 41 สิทธิการรักษาโดยมากเป็นสิทธิจ่ายตรงร้อยละ 59 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 92

หลังจากการตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้มีความประสงค์ตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต 32 คน และผู้ที่ยังไม่ตัดสินใจหรือไม่ต้องการทำ 68 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร ดังตารางที่ 1

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนไม่เคยทำพินัยกรรมชีวิต และร้อยละ 93 ไม่รู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและไม่เคยใส่ท่อช่วยหายใจหรือโดนกู้ชีพด้วยการกดนวดหัวใจ

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ไม่ต้องการทำ/ยังไม่ตัดสินใจ ทำพินัยกรรมชีวิต (n=68) (ร้อยละ)	ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต (n=32) (ร้อยละ)	p-value
อายุ (ปี) รายได้	68.24±8.04	67.16±6.60	0.686
Mean±SD	13763.24±12237.04	23987.5±18425.22	0.012*
Median (min-max)	10,000 (0-52000)	20,000 (0-60000)	
สิทธิการรักษา			0.291
ประกันสังคม	2 (2)	0 (0)	
จ่ายตรง	36 (36)	23 (23)	
30 บาท	18 (18)	5 (5)	
เงินสด	12 (12)	4 (4)	
เพศ			0.066
ชาย	23 (23)	17 (17)	
หญิง	45 (45)	15 (15)	
สถานภาพ			0.641
โสด	3 (3)	2 (2)	
สมรส	35 (35)	20 (20)	
หย่าร้าง/หม้าย	30 (30)	10 (10)	
ระดับการศึกษา			0.002*
ต่ำกว่าปริญญาตรี	57 (57)	18 (18)	
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	11 (11)	14 (14)	
ศาสนา			
พุทธ	66 (66)	32 (32)	
อื่น ๆ	2 (2)	0 (0)	
อาชีพ			0.032*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	27 (27)	9 (9)	
ข้าราชการเกษียณ	21 (21)	20 (20)	
อื่น ๆ	20 (20)	3 (3)	
โรคประจำตัว			0.728
ไม่มี	5 (5)	3 (3)	
มี	63 (63)	29 (29)	
มีบุตร			0.584
ไม่มี	5 (5)	4 (4)	
มี	63 (63)	28 (28)	
ลักษณะครอบครัว			0.998
อาศัยลำพัง	11 (11)	5 (5)	
ครอบครัวเดี่ยว	38 (38)	18 (18)	
ครอบครัวขยาย	19 (19)	9 (9)	

ร้อยละ 93 แต่ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ที่ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดติดถูกใส่ท่อช่วยหายใจหรือถูกกู้ชีพด้วยการกดนวดหัวใจ ร้อยละ 54 นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีประสบการณ์ดูแลญาติในวาระสุดท้าย ร้อยละ 50 ดังตารางที่ 2

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งกลุ่มที่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิตและกลุ่มที่ยังไม่ตัดสินใจหรือไม่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิตมีความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ทัศนคติเกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิตของกลุ่มที่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิตมีคะแนนทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ยังไม่ตัดสินใจหรือไม่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 3

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต โดยนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติโดยคำนึงถึงปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง (multivariate analysis) พบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยยะทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ หาราชการเกษียณ (adjust OR 13.14, 95%CI ;1.35-127.80, p = 0.026) เคยดูแลญาติในวาระสุดท้าย (adjust OR 23.43, 95%CI; 2.40-224, p = 0.006) และการมีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต (adjust OR 28.85, 95%CI; 4.60-179, p < 0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2. ประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีต และความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต

ประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีต และ ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต	ไม่ต้องการทำ/ยังไม่ตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต (n=68) (%)	ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต (n=32) (%)	p-value
ประสบการณ์โดนกดนวดหัวใจหรือใส่ท่อช่วยหายใจ			0.139
ไม่เคย	65 (65)	28 (28)	
เคย	3 (3)	4 (4)	
ประสบการณ์ญาติใกล้ชิดติดถูกกดนวดหัวใจหรือใส่ท่อช่วยหายใจ			0.272
ไม่เคย	33 (33)	12 (12)	
เคย	34 (34)	20 (20)	
ประสบการณ์ดูแลญาติในวาระสุดท้าย			0.010*
ไม่เคย	40 (40)	10 (10)	
เคย	28 (28)	22 (22)	
รู้จักพินัยกรรมชีวิตมาก่อน			0.020*
ไม่เคย	66 (66)	27 (27)	
เคย	2 (2)	5 (5)	

ตารางที่ 3. คะแนนความรู้และทัศนคติต่อพินัยกรรมชีวิต

	ไม่ต้องการทำ/ยังไม่ตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต (n=68) (%)	ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต (n=32) (%)	p-value
ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต			
Mean±SD	4.07±1.40	4.31±1.26	0.419
Median (min-max)	4 (1-7)	4 (2-6)	
ทัศนคติต่อพินัยกรรมชีวิต			
Mean±SD	3.49±0.59	4.32±0.52	< 0.001*
Median (min-max)	3.5 (2.2-4.8)	4.3 (3.2-5)	

ตารางที่ 4. ปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักถึงการทำพินัยกรรมชีวิต

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต	ไม่ต้องการทำ/ยังไม่ตัดสินใจ (n=68) (%)	ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต (n=32) (%)	Multivariate analysis		
			p-value	Adjusted odds ratio	95%CI
รายได้					
Mean±SD	13,763.24±12,237.04	23,987.5±18,425.22	0.214	1	1.000-1.000
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	57 (57)	18 (18)		1	
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	11 (11)	14 (14)	0.326	3.19	0.316-32.108
อาชีพ					
อื่น ๆ	47 (47)	12 (12)		1	
ข้าราชการเกษียณ	21 (21)	20 (20)	0.026*	13.14	1.351-127.805
ประวัติญาติผู้ป่วยโรคมะเร็ง					
ไม่เคย	35 (35)	9 (9)		1	
เคย	33 (33)	23 (23)	0.942	0.94	0.158-5.532
ประวัติดูแลญาติในระยยะสุดท้าย					
ไม่เคย	40 (40)	10 (10)		1	
เคย	28 (28)	22 (22)	0.006*	23.43	2.441-224.943
เคยรู้จักพินัยกรรมชีวิต					
ไม่เคย	66 (66)	27 (27)		1	
เคย	2 (2)	5 (5)	0.458	59.57	0.001-290
ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต					
Mean±Sd	4.07±1.41	4.31±1.26	0.332	0.71	0.352-1.423
Median (min-max)	4 (1-7)	4 (2-6)			
ทัศนคติต่อพินัยกรรมชีวิต					
Mean±Sd	3.49±0.59	4.32±0.52	0.007*	27.08	2.484-295.139
Median (min-max)	3.5 (2.2-4.8)	4.3 (3.2-5)			

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต จำนวน 21 คน พบว่า หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งตระหนักถึงความสำคัญและต้องการทำพินัยกรรมชีวิตกลุ่มนี้ได้ทบทวน ปรัชญาดีใกล้ชีวิต ผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจเขียนพินัยกรรมชีวิตเป็นลายลักษณ์อักษร 6 คน พบประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทำพินัยกรรมชีวิต ได้แก่ 1) ความพร้อมในการเผชิญหน้ากับความตาย 2) ความรู้และทัศนคติต่อความตายและพินัยกรรมชีวิต 3) บทบาทของแพทย์ สมุดเบาใจและบริบททางสังคม ดังตารางที่ 5 และพบกลไกการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตโดยเริ่มจากการที่ผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวได้ทบทวนชีวิตและประสบการณ์ในอดีต จนรู้สึกว่ามีความพร้อมเผชิญหน้ากับความตาย ประกอบกับมี

ความรู้และทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต โดยมีปัจจัยภายนอกอื่น ได้แก่ แพทย์ สมุดเบาใจ และบริบททางสังคมอื่น ๆ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อกลไกการตัดสินใจเขียนพินัยกรรมชีวิต ดังแสดงในภาพที่ 1

### ความพร้อมในการเผชิญหน้ากับความตาย

หลังจากได้ทบทวนชีวิตและประสบการณ์ในอดีต เช่น อายุ อาชีพ สิ่งที่ค้างคาใจ ประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองและญาติ มุมมองต่อความตายและศาสนา ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องมีความพร้อมในการเผชิญหน้ากับความตาย จึงสามารถแสดงให้เห็นทัศนคติต่อตัวเอง กระบวนการคิดเรื่องความพร้อมเผชิญกับความตายดังตัวอย่าง

“ผมแก่จน 80 ปี แล้ว ได้กำไรหลวงมาต้อง 20 ปีแล้ว กำไรเยอะแยะแล้ว ผมยังคิดเลยอีกสัก 5 ปี ผมน่าจะตายได้แล้ว” - ผู้เข้าร่วมวิจัย 010

ตารางที่ 5. หัวข้อและคำซ้ำที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (Themes and codes of the participants after the interview)

Themes	Sub-themes	Codes
ความพร้อมเผชิญความตาย	- อายุ อาชีพ และสิ่งที่ค้างคาใจ  - ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง และญาติใกล้ชิด	- อายุมากขึ้น - อาชีพมั่นคง/เกษียณ - ไม่มีสิ่งที่ค้างคาใจ - เคยเป็นผู้ดูแลญาติระยะสุดท้าย - เคยตัดสินใจการรักษาระสุดท้ายแทนญาติใกล้ชิด - เคยเห็นวาระสุดท้ายของผู้อื่น
ความรู้และทัศนคติต่อพินัยกรรมชีวิต	- ความรู้ด้านการรักษาและการตัดสินใจทางการแพทย์ - ศาสนาและมุมมองความตาย	- สื่อสารให้ลูกหลานและแพทย์ได้รู้ความต้องการ - ลดความขัดแย้ง - มองความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ - เชื่อว่าศาสนาช่วยให้ปล่อยวาง - การตายดีคือไม่ทรมาน
บริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต	- บริบททางสังคม - บทบาทของแพทย์ - สมุดเบาใจ	- ความเห็นของเพื่อน เพื่อนบ้าน ญาติต่อความตายและการวางแผนความตาย - แพทย์ช่วยให้รู้จักและตระหนักถึงพินัยกรรมชีวิต - สมุดเบาใจช่วยให้ทำพินัยกรรมชีวิตง่ายขึ้น สำเร็จรูป



รูปที่ 1. กลไกและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต

“พี่ไม่มีลูก มันไม่มีอะไรต้องห่วงแล้ว ไปก็คือไป ไม่ต้องกังวลอะไร” - ผู้เข้าร่วมวิจัย 002

“ผมเคยสั่งไว้หมดแล้ว ถ้าเมื่อตายไปแล้วผมทำหนังสือและของชำร่วยงานศพไว้หมดแล้ว ศพก็สวดสามวันเผาเลย ลอยอังคารจบ ไม่ต้องมาเก็บอัฐิอะไร บุญกุศลผมก็ทำไว้แล้ว ไม่ต้องมาห่วงอะไร” - ผู้เข้าร่วมวิจัย 010

“ตอนพ่อผมป่วย ตอนนั้นพ่อไม่เคยตัดสินใจเรื่องการรักษามาก่อน พ่อไม่รู้สึกตัวแล้ว พวกเราต้องตัดสินใจแทน

ตอนนั้นเราเห็นพี่น้องทะเลาะกัน สุดท้ายต้องเห็นพ่อทรมาน เรื่องของพ่อก็ทำให้เราตัดสินใจอยากเขียนไว้ก่อน เพราะตอนนั้นคุณพ่อไม่เคยบอกอะไรไว้เลย ผมก็คิดว่า ถ้าผมเป็นอะไรลูกผมจะทำยังไง ผมเขียนไว้ก่อน ลูกผมก็ไม่ต้องทะเลาะกัน ไม่ต้องทรมานผมเปล่า ๆ” - ผู้เข้าร่วมวิจัย 086

ผลการสัมภาษณ์เบื้องต้น ยังสนับสนุนปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ในการ

วิจัยเชิงปริมาณส่วนที่ 1 ได้แก่ การประกอบอาชีพ ข้าราชการเกษียณ และประสบการณ์การดูแลญาติในวาระสุดท้าย จากการศึกษาพบว่าผู้ประกอบอาชีพข้าราชการเกษียณ อาจเพราะมีความรู้ในการรับมือกับความตาย มีพร้อมทางด้านการเงิน มีภาระและสิ่งที่ค้างคาใจน้อยกว่า ทำให้มีความพร้อมเผชิญหน้ากับความตาย ในขณะที่การมีประสบการณ์การดูแลญาติในวาระสุดท้าย ทำให้เข้าใจโรคและการรักษาในระยะสุดท้ายมากขึ้น ส่งเสริมให้สามารถตัดสินใจการรักษาของตนเองได้มากขึ้น

ความรู้และทัศนคติต่อความตายและพินัยกรรมชีวิต การมีความรู้ทางการแพทย์ ความเข้าใจทางศาสนาและมุมมองความตาย ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจว่าต้องตัดสินใจเรื่องใดบ้าง ทัศนคติต่อเรื่องความสูญเสียและเตรียมพร้อมเผชิญหน้ากับความตาย ความรู้และทัศนคติที่ดีจึงมีความสำคัญต่อการตัดสินใจเขียนทำพินัยกรรมชีวิต สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงปริมาณในส่วนที่ 1 ซึ่งพบว่าการมีทัศนคติที่ดีต่อสิทธิ์ของตัวเอง ในการทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งมีผลต่อความต้องการทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ดังตัวอย่าง

“การรักษาในระยะท้าย...ต้องเป็นการตัดสินใจด้วยตัวของเราเอง จะได้ไม่โยนความรับผิดชอบให้ลูกหลานหรือบุคลากรทางการแพทย์” - ผู้เข้าร่วมวิจัย 044

ความรู้และความเชื่อทางศาสนา มีบทบาทสำคัญในการทำความเข้าใจกับสิทธิ์ในการตายดี ของผู้ร่วมวิจัย อันเป็นประเด็นสำคัญหนึ่งของการทำพินัยกรรมชีวิต

“การทำพินัยกรรมชีวิต ก็สอดคล้องกับหลักการทางพระพุทธศาสนา ท้ายๆให้เราไปแบบสงบ ทุกคนเกิดมาก็ต้องตาย ถ้าจะตายก็ไม่ควรต้องทรมาน” - ผู้เข้าร่วมวิจัย 027

“การตายดี คือไปแบบปกติ ไม่ต้องทรมานดิ้นรน” - ผู้เข้าร่วมวิจัย 045

#### บทบาทของแพทย์ สมุดเบาใจและบริบททางสังคม

นอกจากนี้ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์และสมุดเบาใจ แพทย์มีบทบาทในการให้คำปรึกษา เพื่อเพิ่มความรู้และความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของพินัยกรรมชีวิต แนะนำแนวทางการเขียนพินัยกรรมชีวิต ประกอบกับสมุดเบาใจเป็นรูปแบบหนึ่งของพินัยกรรมชีวิตซึ่งมี

รายละเอียด ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับพินัยกรรมชีวิต สิ่งที่ต้องตัดสินใจและเตรียมตัว เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้การเขียนพินัยกรรมชีวิตเป็นลายลักษณ์อักษรง่ายขึ้น

“การได้คุยกับคุณหมอทำให้กลับมาคิดถึงความตาย พินัยกรรมชีวิตน่าจะช่วยในการตัดสินใจของคนข้างหลัง” - ผู้เข้าร่วมวิจัย 080

“ผมทำ..(สมุดเบาใจ)...แล้ว รู้สึกว่าดี สำเร็จรูป ดีก เสรีใจ ง่ายดี เราดูตัวเราแล้วก็ตอบไป” - ผู้เข้าร่วมวิจัย 080

“เคยดูแลคุณแม่ แม่เป็นหนักแล้ว เข้าโรงพยาบาล เค่าถามคล้ายกัน ถ้าถึงจุดหนึ่งอยากให้หมอปั๊มหัวใจหรือเปล่า ถ้าไม่ต้องการให้มาลงชื่อได้ ตอนนั้นแม่ติดเตียง ไม่รู้สึกตัว เราก็ตัดสินใจแทน” - ผู้เข้าร่วมวิจัย 027

บริบทของสังคมแวดล้อมที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ล้วนส่งผลต่อมุมมองความตายและทัศนคติต่อการเขียนพินัยกรรมชีวิต หากสังคมรอบตัวเข้าใจเรื่องความตายและเห็นด้วยกับการวางแผนความตายในรูปแบบของตนเอง ก็เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมั่นใจในการตัดสินใจเขียนพินัยกรรมชีวิตมากขึ้น ดังตัวอย่าง

“ในกลุ่มเพื่อนและลูกชายรู้อยู่แล้ว และเห็นด้วยกันหมดเลย ช่าง ๆ บ้านก็เป็นพยาบาล รอบตัวป้ามีแต่คนเห็นด้วยสบายค่ะ” - ผู้เข้าร่วมวิจัย 050

ปัจจัยเชิงลบที่เป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต เช่น ความไม่ยินยอมของครอบครัว วัฒนธรรมเกี่ยวกับความตายและพินัยกรรมชีวิตของสังคมรอบตัวผู้ป่วย ซึ่งถูกมองว่าเป็นเรื่องที่ไม่ควรพูดถึง เป็นการแข่งตัวเอง และไม่ควรวางแผนการตายของตนเอง ดังตัวอย่าง

“คุยกับลูกแล้ว ลูกไม่อนุญาต เค่าบอกว่า แม่อย่าไปเขียน ไม่อยากได้ยิน ยังไม่ถึงเวลา แม่อย่ามาวางแผนอะไรเกิดขึ้นลูกจะจัดการเอง” - ผู้เข้าร่วมวิจัย 038

“ผมเล่าให้แฟนกับลูกชายฟัง (เรื่องพินัยกรรมชีวิต) เค่าก็บอกว่า ถึงเวลาต้องทำแล้วหรือ แฟนว่า ถ้าทำไปเหมือนแข่งตัวเองไหม เค่ายังไม่อยากให้ทำ คนบ้านนอกเค่าถือแม่แต่พูดคำว่าตาย เค่ายังถือเลย เค่าว่ามันอัปมงคล แต่ผมผ่านมาเยอะแล้ว แต่อีกสักปีสองปี หรือล้มนอนหมอนเสื่อ ค่อยทำได้ไหมครับ แฟนเค่าหัวโบราณหน่อย ผมนะไม่มีปัญหา เค่าถือว่าทำไปเท่ากับแข่งตัวเอง” - ผู้เข้าร่วมวิจัย 054

## อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 100 คน มีผู้ต้องการทำพินัยกรรมชีวิตจำนวน 32 คน (ร้อยละ 32) และมีผู้เขียนพินัยกรรมชีวิตเป็นลายลักษณ์อักษรจำนวน 6 คน (ร้อยละ 6) แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>7,8</sup> ซึ่งพบว่าหลังการให้ความรู้มีผู้สนใจทำพินัยกรรมชีวิตร้อยละ 100 ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาก่อนหน้านี้เป็นบริบทของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งน่าจะมีเวลาในการให้คำปรึกษาและการติดตามการเขียนพินัยกรรมชีวิตที่ใกล้ชิดกว่า รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์มีมากกว่าการศึกษานี้ ซึ่งทำในแผนกผู้ป่วยนอก และแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมาก่อน

การศึกษาเชิงปริมาณพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อาชีพข้าราชการ เกษียณ เคยดูแลญาติในวาระสุดท้าย และการมีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต โดยจากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาเกี่ยวกับอาชีพข้าราชการเกษียณที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน แต่จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในงานวิจัยส่วนที่สอง พบว่าอาชีพข้าราชการเกษียณ มีความพร้อมหลายด้าน ทั้งทางด้านการเงิน มีปัจจัยสนับสนุนทางสังคม มีความภาคภูมิใจในความสำเร็จในอาชีพ มีภาระและสิ่งที่ค้างคาใจน้อย ส่งผลให้มีความพร้อม ความเข้าใจในการเผชิญหน้ากับความตายและความสามารถในการตัดสินใจเขียนพินัยกรรมชีวิตมากกว่า และจากการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ต้องการทำพินัยกรรมชีวิตมีคะแนนความพึงพอใจต่อพินัยกรรมชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่สามารถตัดสินใจหรือไม่ทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>7,11-13</sup> ซึ่งพบว่า ทัศนคติที่ดีต่อความตาย การวางแผนสุขภาพล่วงหน้า และการเห็นประโยชน์ของพินัยกรรมชีวิตเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ตัดสินใจเขียนพินัยกรรมชีวิต

นอกจากนี้การศึกษาเชิงปริมาณและการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ประสบการณ์การดูแลญาติในวาระสุดท้ายสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>7,14</sup> โดยประสบการณ์การดูแลญาติในวาระสุดท้ายทำให้ผู้เข้าร่วม

วิจัยเข้าใจตัวโรค และการรักษาในวาระสุดท้าย อีกทั้งอาจเคยลำบากใจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแสดงความต้องการทำพินัยกรรมชีวิตเพื่อตัดสินใจการรักษาในวาระสุดท้ายด้วยตนเอง

การสัมภาษณ์เชิงลึกพบประเด็นหลักเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทำพินัยกรรมชีวิต ได้แก่ 1) ความพร้อมในการเผชิญหน้ากับความตาย 2) ความรู้และทัศนคติต่อพินัยกรรมชีวิต 3) บทบาทของแพทย์ สมุดเบาใจและบริบททางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อกลไกการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต สอดคล้องกับการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยมะเร็งที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า<sup>7</sup> พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ได้แก่ ประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับความตายและความเจ็บป่วยในวาระสุดท้าย ความสัมพันธ์และความเชื่อใจต่อครอบครัวและแพทย์ผู้ดูแล มุมมองการรับรู้ความเจ็บป่วยและการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>5,15,16</sup> ซึ่งพบว่าความพร้อมในการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยแวดล้อมอื่น เช่น แพทย์ทำให้เกิดการพูดคุยเรื่องการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า กลไกของการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตจึงมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านบุคคล เช่น ความพร้อมเผชิญหน้ากับความตาย ประสบการณ์การดูแลญาติในวาระสุดท้าย ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคมอย่างเป็นองค์รวม

ผลการศึกษาทำให้สามารถสนับสนุนได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมที่จะแสดงความประสงค์ในการทำพินัยกรรมชีวิต คือ กลุ่มที่มีความพร้อมเผชิญหน้ากับความตาย มีความรู้ในการรับมือกับความตาย ความเข้าใจในสิทธิ์และการตัดสินใจของตนเอง มีพร้อมทางด้านการเงิน มีภาระและสิ่งที่ค้างคาใจน้อยหรือมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งปัจจัยเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับความตายของครอบครัว ประกอบกับบทบาทของแพทย์ สมุดเบาใจ และบริบททางสังคมส่งผลให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความพร้อมในการเผชิญหน้ากับความตาย และเป็นปัจจัยสนับสนุน เสริมอำนาจในตนเอง ให้สามารถตัดสินใจเขียนพินัยกรรมชีวิตได้ แม้ไม่ได้เจ็บป่วยถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

จุดแข็งของงานวิจัย งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำพินัยกรรมชีวิตในผู้สูงอายุ

ทั่วไปซึ่งยังมีการศึกษาอย่างจำกัดในประเทศไทย ประกอบกับงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงผสมผสาน (mixed methods) ทำให้สามารถตอบคำถามงานวิจัยได้ครอบคลุมทั้งในทางสถิติ และคำถามอื่น ๆ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เช่น มิติด้านสังคม ความคิดเห็นของคนในครอบครัว และคนในสังคมนรอบตัว มิติด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อ เป็นต้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย งานวิจัยนี้ศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในบริบทของสังคมเมือง ทำให้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตอาจแตกต่างจากบริบทอื่น นอกจากนี้อาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ เช่นความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (doctor-patient relationship) ระยะเวลาที่ได้ดูแลต่อเนื่องโดยแพทย์ท่านเดิม รวมทั้งปัจจัยจากผู้ป่วย เช่น ความรุนแรงของโรคที่เจ็บป่วยและความสามารถเชิงปฏิบัติ (function) ข้อมูลเรื่องความรู้และทัศนคติของครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดในเชิงปริมาณที่ไม่ได้ศึกษาในงานวิจัยนี้

## การนำข้อมูลในงานวิจัยไปใช้

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตพบว่า มุมมองความรู้และทัศนคติของผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคมล้วนส่งผลต่อการตัดสินใจ ดังนั้น การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปในวงกว้าง เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและญาติเข้าใจว่าการทำพินัยกรรมชีวิตเป็นสิทธิ์ของตัวเอง การวางแผนเรื่องการรักษาในวาระสุดท้ายเป็นการเตรียมความพร้อมวางแผนล่วงหน้า ไม่ใช่การแข่ง ทั้งพินัยกรรมชีวิตยังสามารถปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลา นอกจากนี้การให้ความรู้ (intervention) บางอย่างสามารถช่วยเพิ่มความตระหนัก และพลังอำนาจของตนเอง (self-autonomy) ในการทำพินัยกรรมชีวิตได้ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำพินัยกรรมชีวิตของแต่ละบุคคลมีหลากหลายและต้องอาศัยการพิจารณาอย่างเป็นองค์รวม

## สรุป

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตต้องพิจารณาอย่างเป็นองค์รวม ทั้งปัจจัยด้านบุคคล เช่น อายุ อาชีพ ปัจจัยด้านครอบครัวซึ่งส่งผลต่อความยินยอมในการทำพินัยกรรมชีวิต ปัจจัยด้านสังคม เช่นความคิดเห็น มุมมองความตายในสังคม รวมทั้งปัจจัยด้านจิตวิญญาณ เช่น ศาสนา และความพร้อมเผชิญหน้ากับความตาย นอกจากนี้ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมยังมีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต ซึ่งต้องมีการให้ความรู้และคำปรึกษาเพื่อเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับความตายและการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า เพื่อสนับสนุนการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์และบุคลากรกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าที่กรุณาสนับสนุนด้านทรัพยากรตลอดกระบวนการทำวิจัย และขอขอบพระคุณการสนับสนุนจากกลุ่ม Peaceful death เจ้าของลิขสิทธิ์และผู้จัดทำนายสมุดเบาใจซึ่งให้ความอนุเคราะห์สมุดเบาใจเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living will). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
2. สำนักส่งเสริมสิทธิและสร้างสังคมสุขภาวะ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คำพิพากษาศาลปกครองสูงสุด สิทธิการตายอย่างธรรมชาติ. นนทบุรี: สามดีพรีนติ้งอีควิปเมนท์; 2558.
3. กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย. (2553, 22 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 127 ตอน 65ก. หน้า 18-22
4. Alano GJ, Pekmezaris R, Tai JY, Hussain MJ, Jeune J, Louis B, El-Kass G, Ashraf MS, Reddy R, Lesser M, Wolf-Klein GP. Factors influencing older adults to complete advance directives. Palliat Support Care. 2010;8:267-75.



5. Alshanberi A, Tallant C, Huddleston P, Imam A, Glidan A, et al. Advance directives in patients over 60 years old: assessment of perceived value and need for education in the outpatient setting. *Arch Med.* 2018;10:1-5.
6. Phenwan T, Srisuwan P, Tienthavorn T. Living Will awareness and collective trust between physicians, cancer patients and caregivers: a qualitative study. *J Palliat Care Med.* 2015;5:205.
7. พศิน ภูริธรรมโชติ. ทักษะคิดต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลบรปือ. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.* 2560;1:39-50.
8. รุ่งมณี พุกไพจิตร, สุธิ อยู่สถาพร, ฉัตรสุนน พฤทธิภิญโญ, นันทศน์ ศิริโชติรัตน์. การตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทหารผ่านศึก. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข.* 2561;1:1-14.
9. Sudarat Sittisombut, Colleen Maxwell, phd, Edgar J. Love, Chitr Sitthi-Amorn. 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;11:23-28.
10. ผศ.ดร.ธีราภรณ์ จันทร์ดา. แบบสอบถามความรู้และทัศนคติของประชาชนไทยต่อการทำพินัยกรรมชีวิต [อินเทอร์เน็ต]. 2563. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/th/news/announcements/10jul2020-1553>
11. Gamble ER, McDonald PJ, Lichstein PR. Knowledge, attitudes, and behavior of elderly persons regarding Living Wills. *JAMA.* 1991;151:277-80
12. Cynthia J. Stolman, John J. Gregory, Dunn PR, Levine JL. Evaluation of patient, physician, nurse, and family attitudes toward do not resuscitate orders. *JAMA.* 1990;150:653-58
13. Sam M, Singer PA. Canadian outpatients and advance directives: poor knowledge and little experience but positive attitudes. *CMAJ.* 1993;148:1497-502
14. Van der Steen JT, Van Soest-Poortvliet MC, Hallie-Heierman M, Onwuteaka-Philipsen BD, Deliens L, de Boer ME, et al. Factors associated with initiation of advance care planning in dementia: a systematic review. *J Alzheimers Dis.* 2014;40:743-57.
15. Hutchison LA, Raffin-Bouchal DS, Syme CA, Biondo PD, Simon JE. Readiness to participate in advance care planning: A qualitative study of renal failure patients, families and healthcare providers. *Chronic Illn.* 2017;13:171-87.
16. ชนิกันต์ วงศ์ประเสริฐสุข, ธัญญรัตน์ ประมวลวงษ์ธีร. ทักษะคิดต่อการเขียนแสดงเจตนาารมณ์ของตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิต. *J Med Health Sci.* 2561;25:81-94.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริหารจัดการด้านบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิตามหลักการบริหารจัดการทางระบาดวิทยาเพื่อรับมือกับการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 1 และ 2 ใน จ.พิษณุโลก พ.ศ. 2563

ศศิธร ศรีโพธิ์ทอง, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว,

วิโรจน์ วรรณภีระ, พ.บ. วว.สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, อว. เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

### ผู้รับผิดชอบบทความ:

ศศิธร ศรีโพธิ์ทอง, พ.บ., กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

Email: sasitorn\_med@hotmail.com

Received: October 19, 2021;

Revised: December 7, 2021;

Accepted: March 9, 2022

### บทคัดย่อ

กระทรวงสาธารณสุขได้ออกมาตรการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินต่อการระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้สถานพยาบาลเตรียมการและวางแผนรับมือ แต่มุมมองของผู้ให้บริการต่อการวางแผนและปฏิบัติตามมาตรการจัดการด้านบริการในสถานการณ์จริงนั้นมีความแตกต่างกัน การวิจัยผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริหารจัดการด้านบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้ปฏิบัติจริงในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 1 และ 2 ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามในบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 108 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถให้ข้อมูลได้มากและเจาะลึกตรงประเด็น จำนวน 8 คน ระหว่างเดือน ก.ย.-พ.ย พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยสถิติร้อยละ มีฐานควอไทล์ที่ 1 และ 3 และวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่าการบริหารจัดการด้านบริการทั้ง 5 ด้านมีคะแนนอยู่ในระดับมากและมากที่สุด เนื่องจากมีความพร้อมด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์และได้รับการสนับสนุนจาก โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นอย่างดี แต่ยังพบประเด็นที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ ด้านการบริการทั่วไป พบปัญหาในการจัดการตอบคำถามผ่านโทรศัพท์หรือไลน์ การให้คำปรึกษาออนไลน์ และการให้บริการรับยาโดยไม่พบแพทย์ยังไม่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลยังพบปัญหาการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการให้บริการผู้ป่วยทั่วไปที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงการระบาดโควิด-19 ด้านคลินิกโรคทางเดินหายใจ พบปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและไม่เพียงพอต่อความต้องการ การจัดแยกบริเวณพื้นที่ ILI (influenza like illness) และ non-ILI ไม่ชัดเจน ด้านการทำงาน พบปัญหาเกี่ยวกับการอบรมการใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและการจัดที่พักและรับประทานอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจุดเสี่ยงสูง ด้านการดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุน พบปัญหาการจัดทำบัญชีและจัดเก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ และด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ พบว่าไม่ได้จัดอบรมพนักงานทำความสะอาดอย่างชัดเจน ดังนั้นการนำผลการศึกษาไปพัฒนาและปรับปรุงวิธีการจัดการและบริการวิถีใหม่จะช่วยให้หน่วยบริการปฐมภูมิเกิดความพร้อมและสร้างความปลอดภัยให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยทั่วไป

**คำสำคัญ:** บุคลากรทางการแพทย์, หน่วยบริการปฐมภูมิ, การระบาดของโรคโควิด-19, การจัดการด้านบริการสุขภาพ

## ORIGINAL ARTICLE

# Health Care Practitioners' Opinions towards Health Care Management in Primary Care According to Epidemiologic Management Principles in the First and Second Waves of COVID-19 Outbreak in Phitsanulok Province, 2019

**Sasitorn Sripotong, M.D.,\*** Thai Board of Family Medicine, **Wiroj Wannapira, M.D.,**

Dip. Thai Board of Obstetrics and Gynecology, Dip. Thai Board of Family Medicine

*Department of Social Medicine and Primary Care Services, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, Phitsanulok Province*

**Corresponding author :**

Sasitorn Sripotong, MD.,  
Department of Social  
Medicine and Primary Care  
Services, Buddhachinaraj  
Phitsanulok Hospital,  
Phitsanulok Province  
Email: sasitorn\_med@hotmail.  
com

Received: October 19, 2021;

Revised: December 7, 2021;

Accepted: March 9, 2022

**ABSTRACT**

**Background:** Ministry of Public Health had launched an emergency response guide for management of the outbreak of COVID-19 for hospital preparedness. But in the real world of practice, there still had a different perspective and understanding among health care practitioners (HCPs). This mixed methods research aimed to explore the opinions of health care practitioners to health care management that has actually been practiced during first and second wave of the outbreak of COVID-19 in Contracting unit for Primary care (CUP) of Buddhachinaraj Hospital. Quantitative data collection using questionnaires 108 HCPs and qualitative data collection using in-depth interview 8 HCPs who provided deep and important information during September to November 2021. Quantitative and qualitative data were analyzed using descriptive statistic including percentage, median Q1 and Q3 and content analysis respectively. The result showed that all 5 dimensions of health care management in primary care unit are in high and highest scores due to high experience and readiness HCPs and good support from main hospital. But we also disclosed some of the poor findings. In general management: Inadequate line or telephone communication, online consultation and prescriptions without seeing a doctor were not covered in all responsible area and poor perception about changing in health services among patients. In Acute respiratory infection (ARI) clinic: Lack and inappropriate use of personal protective equipment (PPE) and no distinct ARI area from general patients. In performance: not all HCPs were trained to use PPE and no office break room available at service area. In inventory and device supporting: No person in charge directly for medical device storage. In infectious control: No training of supporting staff for effective cleaning in service area. So intake of this result may lead to improve the ARI clinic and promote patients and health care practitioner safety and also effective new normal services

**Keyword:** health care practitioner, primary care unit, outbreak, COVID-19, health care management

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 ประเทศไทยประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563<sup>1</sup> จากข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) ข้อ 7 มาตรการเตรียมรับสถานการณ์ (3) ให้โรงพยาบาลสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่และอำนาจในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งภาครัฐและเอกชนจัดหาเวชภัณฑ์เครื่องมือในการตรวจโรค เครื่องช่วยในการหายใจ และอุปกรณ์ที่จำเป็นอื่น ๆ ให้เพียงพอตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกมาตรการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีโรคโควิด-19 โดยจัดให้มีการติดตามสถานการณ์ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสมรวมถึงสถานพยาบาลต่าง ๆ ต้องเตรียมการรองรับ โดยจัดระบบการรักษาผู้ป่วยเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลและลดการแพร่และรับเชื้อโคโรนา 2019 โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง คือ ผู้ป่วยที่สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ซึ่งจะมีโอกาสป่วยรุนแรงหากได้รับเชื้อ จัดให้มีบริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียวเพื่อคัดกรอง วินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจ โดยจัดตั้ง acute respiratory infection (ARI) clinic<sup>2</sup> มีแนวทางในการพัฒนาเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลในด้านต่าง ๆ 7 ด้าน ตามหลักการบริหารจัดการสถานพยาบาลทางระบาดวิทยา ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการและการบริการทั่วไป 2) การบริหารจัดการคลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI clinic) 3) การจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรค (cohort ward) 4) ระบบการทำงานของบุคลากรการแพทย์ 5) การดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุน 6) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากร 7) การทำความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อสำหรับหอผู้ป่วย เพื่อให้การจัดระบบบริการเป็นไปโดยเรียบร้อย บุคลากร ตลอดจนผู้ป่วยและญาติที่เข้า

มารับบริการ ณ สถานพยาบาลมีความปลอดภัยไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ<sup>3</sup>

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มระบาดครั้งแรกที่มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีนเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562<sup>4</sup> ต่อมาแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก ประเทศไทยตรวจพบผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้เดินทางจากประเทศจีนเมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2563<sup>4</sup> จังหวัดพิษณุโลกพบผู้ติดเชื้อรายแรกพบวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 โดยติดเชื้อจากการเที่ยวสถานบันเทิงในกรุงเทพมหานคร<sup>5</sup> จากการระบาดของโรคดังกล่าวทำให้เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก (CUP โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก) ซึ่งประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดจำนวน 22 แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ศูนย์สุขภาพชุมชนบึงแก่งใหญ่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก ศูนย์สุขภาพชุมชนเขื่อนชินธุ์ และรพ.สต.จำนวน 18 แห่ง ต้องเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลตามหลักการบริหารจัดการทางระบาดวิทยาเพื่อรับมือสถานการณ์ดังกล่าวในด้านต่าง ๆ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการและการบริการทั่วไป 2) การบริหารจัดการคลินิกโรคทางเดินหายใจ 3) ระบบการทำงานของบุคลากรการแพทย์ 4) การดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุน 5) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากร (โดยไม่รวมถึงการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรคและการทำความสะอาดและระบบการฆ่าเชื้อสำหรับหอผู้ป่วย) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า องค์ประกอบส่วนท้องถิ่นในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร มีความพร้อมในการบริหารจัดการในด้านต่าง ๆ จากมากไปน้อยดังนี้ นโยบายด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข แผนรองรับเหตุฉุกเฉิน งบประมาณ สิ่งสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ และด้านบุคลากร<sup>6</sup> กรณีศึกษาของจังหวัดราชบุรีเรื่องความพร้อมของระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินแบบบูรณาการสำหรับการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในด้านการบริหารจัดการพบว่ายังไม่ได้กำหนดแนวทางการสำรองและจัดหาเวชภัณฑ์ วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาล<sup>7</sup> การบริหารจัดการภายใต้มาตรการคัดกรองเพื่อรับมือสถานการณ์โรคไวรัส COVID-19 ของโรงพยาบาลพุทธชินราช

พบว่าการบริหารจัดการในภาพรวมประสบความสำเร็จ<sup>8</sup> เนื่องจากในบริบทหรือสถานที่ที่แตกต่างกันจะมีการบริหารจัดการด้านบริการที่แตกต่างกัน หลังจากที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้ปฏิบัติงานเพื่อรับมือกับการระบาดของโรคโควิด 19 ระลอกที่ 1 และ 2 มาเป็นระยะเวลาประมาณ 1 ปี ผู้วิจัยจึงทำวิจัยในครั้งนี้ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริหารจัดการด้านการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในด้านต่าง ๆ 5 ด้าน เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารนำไปประยุกต์ใช้และปรับปรุงเพื่อเตรียมการรับมืออย่างมีความพร้อมและมีประสิทธิภาพมากขึ้นสำหรับการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกถัดไป

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสานแบบอธิบายความ (Mixed Methods Research: Explanatory Sequential Design)<sup>9</sup> โดยในระยะแรกใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณแล้วตามด้วยวิธีการเชิงคุณภาพซึ่งขยายผลการวิจัยที่ได้จากวิธีการเชิงปริมาณ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ คือ บุคลากรทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิ จำนวน 131 คน ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 100 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูล (drop out) ร้อยละ 20 จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 120 คน โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง แพทย์พยาบาลและนักรักษาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ.2563 2) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ตอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์น้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้ให้ข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ บุคลากรทางการแพทย์จำนวน 8 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติงานด้านบริหาร 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติงานด้านบริการ 2 คน พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านบริหาร 2 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านบริการ 3 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลได้มาก เจาะลึกกับประเด็นที่ทำวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเชิงปริมาณที่ผู้วิจัยที่ดัดแปลงจากคำแนะนำการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลเพื่อรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Checklist for Health facilities on COVID-19 response คณะทำงานวิชาการภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation: PHEOC)<sup>1</sup> มี 5 ด้าน ทั้งหมด 44 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการบริการทั่วไป 11 ข้อ ยกตัวอย่าง เช่น การใช้ระบบ logistic ในการให้บริการผู้ป่วยทั่วไปเช่น รับยาที่สถานบริการไม่พบแพทย์ กรณีผู้ป่วยอาการคงที่และไม่มีอาการผิดปกติ การตั้งจุดคัดกรองผู้ป่วยทุกคนที่มาใช้บริการเพื่อวัดอุณหภูมิ ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ ชักประวัติเสี่ยงและอาการทางระบบทางเดินหายใจแล้วแยกไปตรวจที่คลินิกโรคทางเดินหายใจ 2) ด้านคลินิกโรคทางเดินหายใจ 14 ข้อ ยกตัวอย่าง เช่น การขีดเส้นแบ่ง คลินิกโรคทางเดินหายใจให้ชัดเจน เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยทุกรายต้องสวมหน้ากากอนามัยภายในคลินิกโรคทางเดินหายใจ 3) ด้านการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ 7 ข้อ ยกตัวอย่าง เช่น หากมีบุคลากรทางการแพทย์มีไข้หรืออาการทางระบบหายใจให้ยุติภารกิจ แยกตัว และเข้ารับการตรวจรักษาทันที บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนผ่านการฝึกเรื่องการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและการใช้ PPE 4) ด้านการดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุน 5 ข้อ ยกตัวอย่าง เช่น จัดทำบัญชีอุปกรณ์ทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต้องใช้และ update รายวัน จัดเก็บอุปกรณ์ PPE ยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ณ บริเวณที่สามารถเฝ้าระวังการเข้าอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ได้ และ 5) ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์ 7 ข้อ ยกตัวอย่าง เช่น แต่งตั้งหัวหน้างานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพื่อรับผิดชอบ ตรวจตราและเฝ้าระวังเรื่องโควิด-19 โดยทำหน้าที่จัดบันทึก ประเมินการจัดพื้นที่บริการ ประเมินปัจจัยเสี่ยงพร้อมรายงานผลแก่ผู้บริหาร แบบสอบถามนี้เป็นแบบปลายปิดมีตัวเลือกให้เลือกตอบตามความคิดเห็นมี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบความคิดเห็นของตนเองที่สอดคล้องการปฏิบัติตามจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด ในหน่วยบริการปฐมภูมิของ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกใน

ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 1 และ 2 ที่ผ่านมาแล้ว โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน จากนั้นนำไปทดสอบ try out กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) ด้านการบริการทั่วไป เท่ากับ 0.81 ด้านคลินิกโรคทางเดินหายใจ เท่ากับ 0.85 ด้านการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ เท่ากับ 0.85 ด้านการดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุน เท่ากับ 0.70 ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์ เท่ากับ 0.52 และค่าความเชื่อมั่นรวมทั้ง 5 ด้าน เท่ากับ 0.91

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

### วิธีเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยให้ข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม จากนั้นขอความร่วมมือในการยินยอมตอบแบบสอบถามโดยสมัครใจ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยตัวผู้วิจัย ขออนุญาตผู้สัมภาษณ์ในการบันทึกเทป ดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามกึ่งมีโครงสร้างนานประมาณ 1 ชั่วโมงหรือจนข้อมูลอิ่มตัว

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์ตัวแปรระดับความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ด้วยมัธยฐาน ควอไทล์ที่ 1 และควอไทล์ที่ 3 นำค่ามัธยฐานระดับความคิดเห็นไปวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์วัดระดับตัวแปรตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert) โดยค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ปฏิบัติน้อยที่สุด ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ปฏิบัติน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ปฏิบัติมาก และค่าคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ปฏิบัติมากที่สุด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ 169/63 IRB No.126/63 ลงวันที่ 28 สิงหาคม 2563

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง 120 คน ตอบแบบสอบถาม 108 คน (ร้อยละ 90) เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.9 เพศชายร้อยละ 24.1 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 40.7 รองลงมาอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 37 ประกอบอาชีพพยาบาลร้อยละ 55.6 นักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 29.6 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในช่วง 11-25 ปี ร้อยละ 38 รองลงมาน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 26.9 ไม่เคยปฏิบัติงานที่คลินิกโรคทางเดินหายใจ ร้อยละ 61.1 เคยปฏิบัติงานที่คลินิกโรคทางเดินหายใจ ร้อยละ 38.9 โดยปฏิบัติงาน 1 ครั้งต่อสัปดาห์มากที่สุดร้อยละ 47.6 (ตารางที่ 1)

### ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิแยกรายด้าน

ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิแยกรายด้าน พบว่า ด้านการบริการทั่วไป ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.18 ( $Q_1$  3.64,  $Q_3$  4.64) อยู่ในระดับมาก ด้านคลินิกโรคทางเดินหายใจ ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.25 ( $Q_1$  3.85,  $Q_3$  4.80) อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.00 ( $Q_1$  3.57,  $Q_3$  4.86) อยู่ในระดับมาก ด้านการดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.00 ( $Q_1$  3.40,  $Q_3$  4.80) อยู่ในระดับมาก และด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์ ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.28 ( $Q_1$  3.96,  $Q_3$  4.86) อยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละด้าน พบว่า ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์มีค่ามัธยฐานมากที่สุด (median=4.28) ด้านคลินิกโรคทางเดินหายใจ มีค่ามัธยฐานมากรองลงมา (median

## ตารางที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	26 (24.1)
หญิง	82 (75.9)
อายุ (ปี)	
21-30	11 (10.2)
31-40	12 (11.1)
41-50	40 (37.0)
51-60	44 (40.7)
> 60	1 (1.0)
อาชีพ	
แพทย์	12 (11.1)
พยาบาล	60 (55.6)
นักวิชาการสาธารณสุข	32 (29.6)
อื่น ๆ	4 (3.7)
ประสบการณ์ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ปี)	
< 5	29 (26.9)
5-10	17 (15.7)
11-25	41 (38.0)
> 25	21 (19.4)
การปฏิบัติงานในคลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI clinic)	
ไม่เคย	66 (61.1)
เคย (ครั้งต่อสัปดาห์)	42 (38.9)
1	20 (47.6)
2	10 (23.8)
3	1 (2.4)
4	1 (2.4)
5	10 (23.8)

=4.25) ส่วนด้านการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และด้านการดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุนมีค่ามัธยฐานน้อยที่สุด (median=4.00)

### ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อมาตรการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิแยกรายข้อ

จากความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิแยกรายด้านทั้ง 5 ด้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากและมากที่สุด เมื่อศึกษาลึกลงเป็นรายข้อในแต่ละด้านจึงเน้นศึกษารายละเอียดในรายข้อที่ได้คะแนนความคิดเห็นในระดับมากและมากที่สุดรวมกันแล้วได้น้อยโดยยึดตามเกณฑ์ดังนี้ คือ น้อยกว่าร้อยละ 80

#### 1. ด้านการบริการทั่วไป

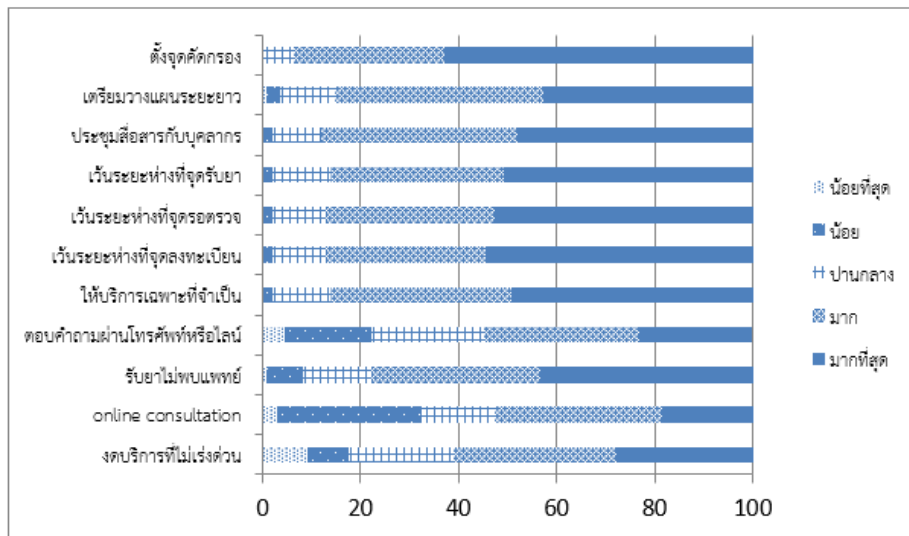
คะแนนความคิดเห็นด้านการบริการทั่วไปเป็นรายข้อจะเห็นได้ว่า การตั้งจุดคัดกรอง การเตรียมแผนระยะยาว การประชุมสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การเว้นระยะห่างที่จุดรับยา การเว้นระยะห่างที่จุดรอตรวจ การเว้นระยะห่างที่จุดลงทะเบียน และการให้บริการเฉพาะที่จำเป็นมีการปฏิบัติในระดับมากและมากที่สุดรวมกันแล้วมากกว่าร้อยละ 80 แต่การตอบคำถามผ่านโทรศัพท์หรือไลน์ การรับยาโดยไม่พบแพทย์ online consultation และการงดบริการไม่เร่งด่วน ยังมีการปฏิบัติในระดับมากและมากที่สุดรวมกันน้อยกว่าร้อยละ 80 (แผนภูมิที่ 1)

#### 2. ด้านคลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI clinic)

คะแนนความคิดเห็นด้านคลินิกโรคทางเดินหายใจเป็นรายข้อจะเห็นได้ว่าการทำความสะอาด face shield การทึ่งหน้ากากอนามัยในถังขยะ เจ้าหน้าที่ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ การแยกผู้ป่วย PUI แล้วส่งต่อ การให้บริการแบบ one stop service การประชาสัมพันธ์การ

### ตารางที่ 2. ความคิดเห็นต่อการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิแยกรายด้าน

การจัดบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ	Median	(Q1, Q3)	แปลผล
1. ด้านการบริการทั่วไป	4.18	(3.64, 4.64)	มาก
2. ด้านคลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI clinic)	4.25	(3.85, 4.80)	มากที่สุด
3. ด้านการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์	4.00	(3.57, 4.86)	มาก
4. ด้านการดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุน	4.00	(3.40, 4.80)	มาก
5. ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์	4.28	(3.96, 4.86)	มากที่สุด



แผนภูมิที่ 1. ร้อยละของความคิดเห็นด้านการบริการทั่วไปเป็นรายชื่อ

ปฏิบัติตัว การห้ามผู้ไม่เกี่ยวข้องเข้าบริเวณคลินิกโรคทางเดินหายใจ เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยทุกคนต้องสวมหน้ากากอนามัย บริเวณรอตรวจคลินิกโรคทางเดินหายใจแยกจากผู้ป่วยทั่วไปและคลินิกโรคทางเดินหายใจอยู่นอกอาคาร มีการปฏิบัติในระดับมากและมากที่สุดรวมกันแล้วมากกว่าร้อยละ 80 แต่เจ้าหน้าที่สวมถุงมือ สวม face shield สวมหมวกคลุมผม ใส่หน้ากากอนามัย สวมเสื้อกาวน์กันน้ำแขนยาว การบันทึกประวัติในคอมพิวเตอร์ การไม่เคลื่อนย้ายสิ่งของก่อนฆ่าเชื้อ การขีดเส้นแบ่งของคลินิกโรคทางเดินหายใจ อย่างชัดเจน มีทางเข้าและทางออกเดียวกัน ทางเข้าคลินิกโรคทางเดินหายใจแยกจากผู้ป่วยทั่วไปยังมีการปฏิบัติในระดับมากและมากที่สุดรวมกันน้อยกว่าร้อยละ 80 (แผนภูมิที่ 2)

### 3. ด้านการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

คะแนนความคิดเห็นด้านการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์เป็นรายชื่อจะเห็นได้ว่าการมีแนวทางปฏิบัติกรณีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อ บุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสผู้ติดเชื้อให้กักตัว 14 วัน และตรวจ PCR บุคลากรทางการแพทย์ที่มีอาการระบบทางเดินหายใจให้แยกตัวและรักษาทันทีที่มีการปฏิบัติในระดับมากและมากที่สุดรวมแล้วมากกว่าร้อยละ 80 แต่การสังเกตสภาพจิตใจของเจ้าหน้าที่ การแยกพื้นที่เสี่ยงสูงและให้เข้าออกคนละทาง การอบรมการใช้ PPE แก่เจ้าหน้าที่ทุกคน การจัดที่พักและอาหารแก่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจุดเสี่ยงสูงมีการปฏิบัติในระดับมากและมากที่สุดรวมกันน้อยกว่า

ร้อยละ 80 (แผนภูมิที่ 3)

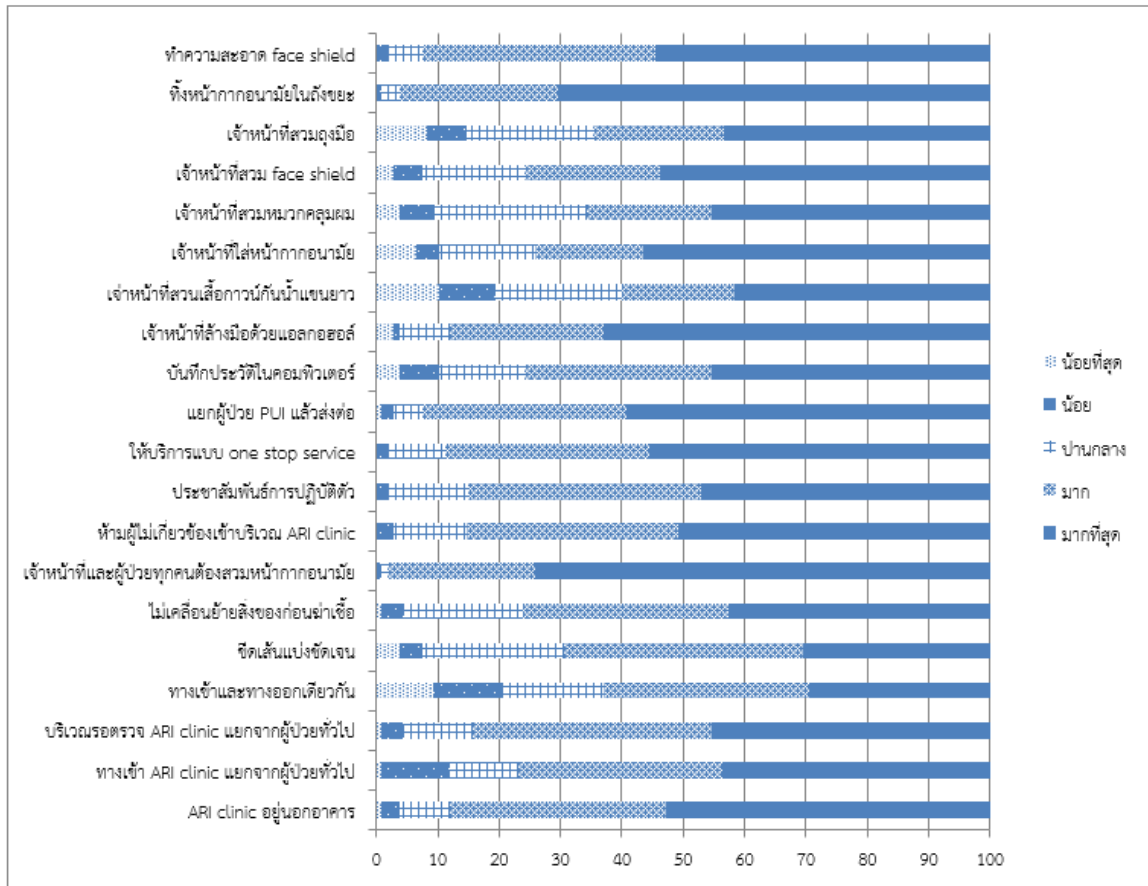
### 4. ด้านการดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุน

คะแนนความคิดเห็นด้านการดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุนเป็นรายชื่อ พบการบริหารคลังยาเวชภัณฑ์ให้เพียงพอ มี safety stock มีการปฏิบัติในระดับมากและมากที่สุดรวมแล้วมากกว่าร้อยละ 80 แต่การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบดูแลยาและเวชภัณฑ์ การจัดอุปกรณ์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตแยกจากผู้ป่วยทั่วไป การจัดเก็บอุปกรณ์ในที่ที่เฝ้าระวังการเข้าถึงได้และการจัดทำบัญชีอุปกรณ์ทางการแพทย์และ update รายวันมีการปฏิบัติในระดับมากและมากที่สุดรวมกันน้อยกว่าร้อยละ 80 (แผนภูมิที่ 4)

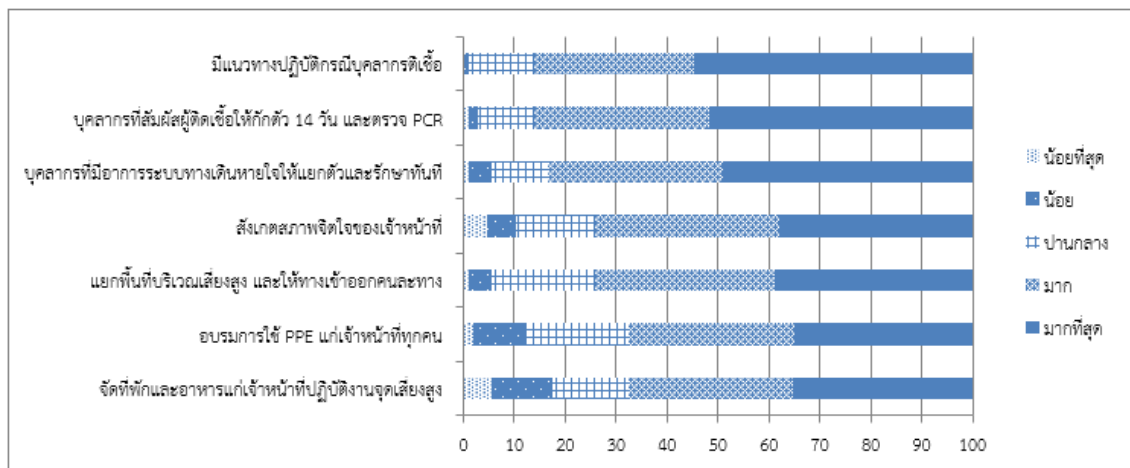
### 5. ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์

คะแนนความคิดเห็นด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์เป็นรายชื่อพบว่า การจัดวางแอลกอฮอล์อย่างทั่วถึง เจ้าหน้าที่สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา และการแต่งตั้งหัวหน้าและทีมป้องกันการติดเชื้อมีการปฏิบัติในระดับมากและมากที่สุดรวมกันมากกว่าร้อยละ 80 แต่การกำหนดเวลาทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ การติดโปสเตอร์คำแนะนำการป้องกันการติดเชื้อ การอบรมผู้ดูแลอาคารเรื่องการทำความสะอาดและป้องกันการติดเชื้อ การจัดบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังรายวันร่วมกับรายงานผู้บริหารมีการปฏิบัติในระดับมากและมากที่สุดรวมกันน้อยกว่าร้อยละ 80 (แผนภูมิที่ 5)





แผนภูมิที่ 2. ร้อยละของความคิดเห็นด้านคลินิกโรคทางเดินหายใจ (ARI clinic) เป็นรายชื่อ



แผนภูมิที่ 3. ร้อยละของความคิดเห็นด้านการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์เป็นรายชื่อ

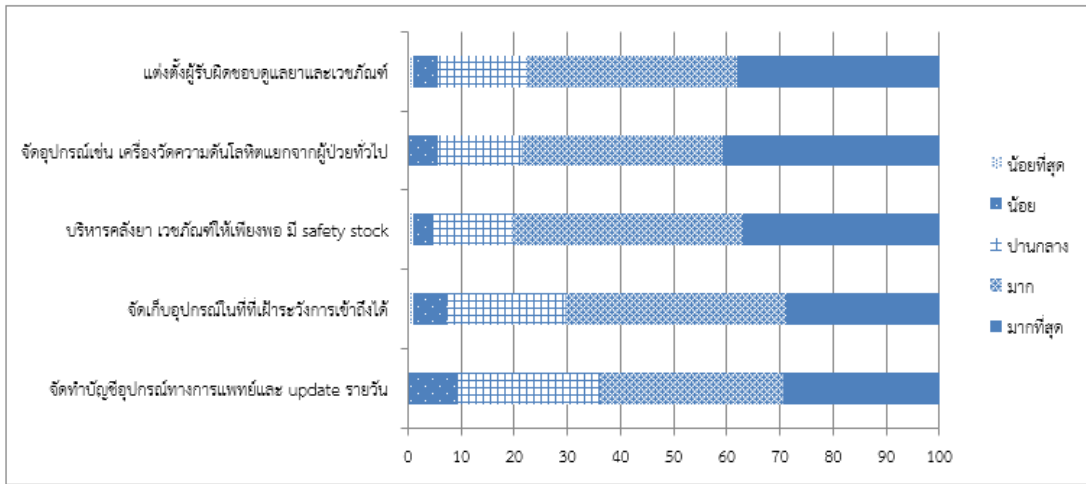
**ข้อมูลเชิงคุณภาพ**

จากข้อมูลเชิงปริมาณดังกล่าวพบว่าการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละด้านส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับมากและมากที่สุด ผู้วิจัยจึงศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นของรายชื่อของแต่ละด้านที่ได้ร้อยละสัดส่วนการปฏิบัติมากและมากที่สุดรวมกันแล้วมีคะแนนน้อย

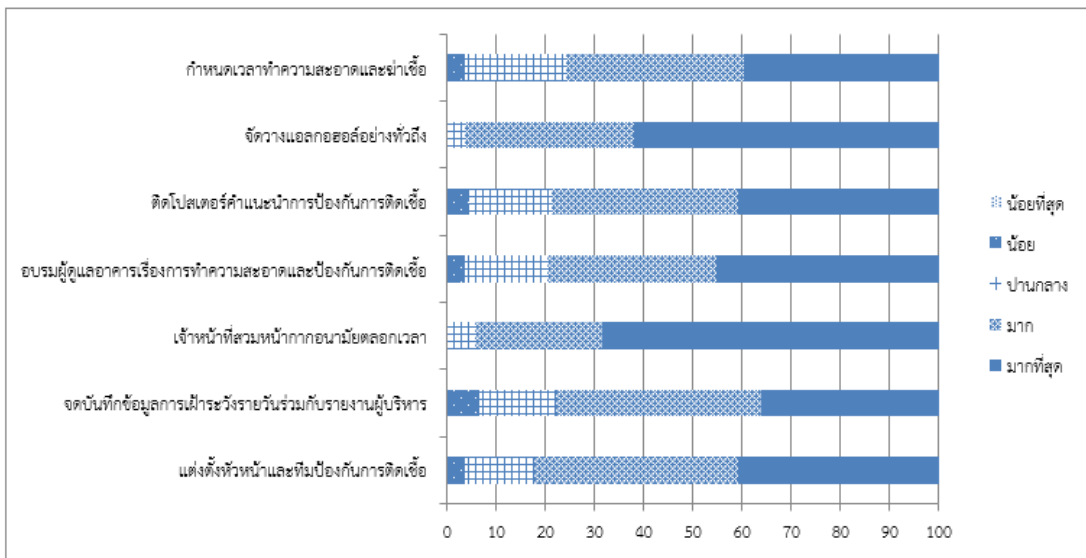
กว่าร้อยละ 80 เมื่อเปรียบเทียบกับข้ออื่น ๆ เพื่อหาประเด็นที่ต้องพัฒนาต่อไป

**ด้านการบริการทั่วไป**

การตอบคำถามผ่านโทรศัพท์หรือไลน์ online consultation และการให้บริการรับยาโดยไม่พบแพทย์ ทำได้



แผนภูมิที่ 4. ร้อยละของความคิดเห็นด้านการดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุนเป็นรายชื่อ



แผนภูมิที่ 5. ร้อยละของความคิดเห็นด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์เป็นรายชื่อ

ครอบคลุมพื้นที่ให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง แต่ยังไม่ครอบคลุมในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.)

“มีการตอบคำถามผ่านไลน์ของทีม (ทีมหมอครอบครัว) ดูน้ำตาล ดูความดัน รับยาไม่พบแพทย์ยังไม่ครบทุกที่ไม่ครอบคลุม รพ.สต. ขาดบุคลากรในการบริหารจัดการ” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1

“มีออนไลน์เฉพาะของทีม แต่ไม่มีในรพ.สต. อาจไม่ได้จัดบริการให้ทั่วถึง” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“ทำในทีม PCC (primary care cluster) ที่รพ.สต. ไม่ทำ online consultation ทำได้แค่ของ PCC” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 6

การให้บริการรับยาโดยไม่พบแพทย์ การให้บริการส่ง

ยายังไม่ถึงผู้รับบริการที่บ้านโดยตรงยังต้องเดินทางมารับยาที่สถานบริการ ควรพัฒนาการส่งยาให้ผู้รับบริการถึงบ้านผ่านทางไปรษณีย์หรือ อสม.

“คนไข้ยังต้องมารับยาเองอยู่ สูงอายุบางคนไม่มาเองกลัวโควิด ให้อุกลานมารับแทน” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“ควรอำนวยความสะดวกจัดส่งยาให้ถึงตัวโดยคนไข้ไม่ต้องเดินทางมาแล้ว ใช้ระบบไปรษณีย์ ส่งถึงบ้าน” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 7

การงดการบริการไม่เร่งด่วนและการรับยาโดยไม่พบแพทย์ ประสบปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้รับบริการเนื่องจากความไม่เข้าใจในการให้บริการที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์เพื่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

“ขาดการประชาสัมพันธ์ เค้เข้าใจไม่ตรงกันระหว่าง ผู้ให้กับผู้รับบริการ เป็นเรื่องการสื่อสารให้ผู้มารับบริการ อันนี้พบแพทย์ อันนี้ไม่พบแพทย์” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1

“เป็นเรื่องเร่งด่วนของประชาชน เค้มองว่าจำเป็น ไม่ใช่เรื่องเร่งด่วนของเรา” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“อาจเกิดจากการสื่อสารไปยังผู้รับบริการ ผู้รับบริการ ยังไม่เข้าใจว่าช่วงวิกฤตรับยาไม่พบแพทย์ได้ แต่ช่วงหลัง ทำได้มากขึ้น” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3

“การประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง ทำให้ผู้รับบริการไม่ทราบ ข้อมูลที่เปิดบริการเฉพาะเร่งด่วน” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 8

### ด้านคลินิกโรคทางเดินหายใจ

เจ้าหน้าที่ไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลตามเกณฑ์ มาตรฐาน เนื่องจากประสบปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ ได้แก่ หมวกคลุมผมตัวนอน เสื้อกาวน์กันน้ำแขนยาว และหน้ากากอนามัย

“ขาดอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ใส่เสื้อกาวน์ร้อน ให้บริการข้าง นอกไม่มีแอร์ อากาศร้อนอบอ้าว” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1

“หน้ากากอนามัยไม่พอ ช่วงแรกขาดแคลน”

“มันไม่มี มีจำกัด เบิกเท่านี้ก็ไม่ได้ จำกัดโควตาที่นั่งอยู่ ไม่พอ รอบแรกไม่มีเสื้อกาวน์ให้ใส่ ใส่เสื้อกันฝน(พลาสติก) แทน ไปไม่รอด ร้อน ถอดกันหมด” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“ส่วนมากไม่มีให้ใส่ ระบาดช่วงแรกใส่หมวกอาบ น้ำ พลาสติก ร้อนจะตาย ของไม่พอ ช่วงหลังมีหมวกคลุมผม ตัวนอน (หมวกคลุมผมทางการแพทย์) เอาของเก่ามาใส่ ชั่ว” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5

“มันไม่มี ให้ 2-3 อัน ใช้ซ้ำหรือ ถ้ามีเรากี่ใส่นะ ถ้า เป็นหมวกตัวนอนใส่ แต่ถ้าเป็นพลาสติก อาบน้ำซัด ๆ” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 6

เจ้าหน้าที่ใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลไม่เหมาะสม ไม่ได้ใส่ตลอดเวลาเนื่องจากมีอุปสรรคในการใส่ ใส่แล้ว ทำให้ทำงานไม่สะดวกและไม่ถนัด ทำงานไม่ได้ตามปกติ ได้แก่ การไม่สวมถุงมือเนื่องจากสวมแล้วทำให้ทำงานไม่ ถนัด การไม่ใส่ face shield ตลอดเวลา เนื่องจากแผ่น พลาสติกกันไม่ใส ใส่แล้วมองเห็นไม่ชัด มัว รู้สึกเวียนหัว ตาลาย เป็นอุปสรรคต่อการทำงานบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ การใส่หมวกคลุมผมพลาสติก (เป็นหมวกสำหรับ การอาบน้ำแทนหมวกคลุมตัวนอนซึ่งในช่วงแรกยังไม่มี)

ใส่ไม่ได้ตลอดเวลา เนื่องจากหมวกพลาสติกไม่ระบายอากาศ ทำให้ร้อนศีรษะ เหงื่อออก การใส่เสื้อกันฝนพลาสติกแล้ว ร้อนมากทำให้ใส่ได้ไม่นาน

“เจ้าหน้าที่บางคนใส่แล้วตาลาย การมองเห็นไม่ชัด ไม่เคยชิน ใส่แป๊บเดียวถอด” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1

“มันไม่มี มีจำกัด เบิกเท่านี้ก็ไม่ได้ จำกัดโควตาที่นั่งอยู่ ไม่พอ ใส่เสื้อกันฝน (พลาสติก) แทน ไปไม่รอด ร้อน ถอด กันหมด” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“ระบาดช่วงแรกใส่หมวกอาบ น้ำพลาสติก ร้อนจะ ตาย ของไม่พอ ช่วงหลังมีหมวกตัวนอน แต่ไม่พอ ต้อง เอามาใส่ซ้ำ” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5

“ช่วงแรกใส่เสื้อกันฝน ร้อนมากอยู่ข้างนอกไม่มีแอร์ รอบแรกไม่มีเสื้อกาวน์ให้ใส่” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 6

“ใส่ face shield แล้วยังใส่แว่น เวียนหัวตาลาย ไม่ใช้ face shield มาตรฐาน ใส่แล้วคีย์คอมไม่ได้ มัว” ผู้ให้ สัมภาษณ์คนที่ 8

การจัดสถานที่ของคลินิกโรคทางเดินหายใจจัดให้อยู่ หน้าตึกศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโดยแบ่งพื้นที่กับจุดคัด กรองซึ่กประวัติผู้ป่วยทั่วไปเนื่องจากพื้นที่ค่อนข้างจำกัด ทำให้การขีดเส้นแบ่งกันทำได้ไม่ชัดเจนเนื่องจากคลินิก โรคทางเดินหายใจมีเส้นขอบติดต่อกับพื้นที่ของผู้ป่วยทั่วไป อีกทั้งทางเข้าทับซ้อนกับทางเข้าของผู้ป่วยทั่วไป แต่มีทาง ออกอีกทาง ส่งผลให้ผู้ป่วย ในคลินิกโรคทางเดินหายใจไม่ ได้ใช้ทางเข้าและทางออกเดียวกัน

“โซนคลินิกโรคทางเดินหายใจไม่ชัดเจน ตรวจปนผู้ป่วย ทั่วไป” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1

“ไม่เหมาะสมเลย isolate ไปเลย จับคิวแจกคิวรวม กัน บุคลากรแยกไม่ชัดเจน ครั้ง ๆ กลาง ๆ” ผู้ให้สัมภาษณ์ คนที่ 4

“ไม่มีเส้นชัดเจน แคบอกกล่าวช่องนี้ช่องนี้” ผู้ให้ สัมภาษณ์คนที่ 6

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในคลินิกโรคทางเดิน หายใจพบว่าการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน คลินิกโรคทางเดิน หายใจยังมีการใช้กระดาษแผ่นเล็กเพื่อจดบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยเบื้องต้น และต้องบันทึกข้อมูลการสั่งยาด้วยคอม- พิวเตอร์เพื่อพิมพ์ใบสั่งยาอีกด้วย อีกทั้งมีการเคลื่อนย้าย อุปกรณ์บางอย่างโดยไม่มีการทำความสะอาดฆ่าเชื้อก่อน เช่น เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องวัดออกซิเจนปลาย

นี้ว่า และรถเข็นอุปกรณ์เจาะเลือด

“จดลงทั้งกระดาษทั้งคอมสองอย่างเลย” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1

“หัตถการ EKG ทำกับคนไข้ ARI ต้องเข็นออกไป ตอนเอากลับมาไม่ได้ฆ่าเชื้อก่อน” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3

“ยังใช้กระดาษ ใบสั่งยากระดาษแผ่นใหญ่ (แผ่นกระดาษ A4)” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 7

“รถเข็นอุปกรณ์เจาะเลือด เอามาเจาะเลือดแล้วตอนเอากลับไม่ได้ทำ” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 8

### ด้านการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

ทางหน่วยงานสนับสนุนการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์จัดให้มีการอบรมการใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลแต่ไม่ครบทุกคน โดยเฉพาะใน รพ.สต. และมีการดูแลสุขภาพจิตใจอย่างไม่เป็นรูปธรรม

“ตอนนั้น IC ก็มาสอนเฉพาะ OPD ไม่ได้ 100% รพ.สต. ไม่ได้ครบ”

“พูดง่าย ๆ ยังไม่มีความชัดเจน ไม่มีการดูแลจิตใจในช่วงแรก” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1

“อบรมแต่ไม่ 100% เฉพาะคนที่สัมผัสผลงานข้างล่าง (OPD) PM ไม่ได้อบรม มีการจัดอบรมให้ รพ.สต. กับ PCC ที่ละ 1 คน ไม่ครบ 100%” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“เรื่องจิตใจ ลังเกตุกัน พูดจากันได้ บอกกัน ไม่มีระบบชัดเจน” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3

“นวก. ได้ครบ พยาบาล PM ไม่ได้ครบ” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 5

“สังเกตว่าอ่อนล้า แต่ไม่ได้แจ้งขอความช่วยเหลือ ไม่มีคนสลับเปลี่ยน มีทีมเดียว” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 6

การจัดพื้นที่การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีการแยกพื้นที่เสี่ยงสูงและให้เข้าออกคนละทางเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านพื้นที่ และไม่มีการจัดที่พักและอาหารแก่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจุดเสี่ยงสูง

“เนื่องจากมีปัญหาพื้นที่ต้องประยุกต์ให้เหมาะสม คือทำได้แค่นี้ ช่วงนั้นเข้าออกประตูเดียว สวนกันสัมผัสกันใกล้กัน ที่กินข้าวจริง ๆ ไม่ได้จัด แต่เราคิดว่าควรกินแยก” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1

“พยายามทำ แต่ทำไม่ได้ ห้องน้ำอยู่ในอาคาร ต้องเดินเข้าอาคาร” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“กินรวมกันหมด” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 7

### ด้านการดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุน

ผู้ดูแลยาและเวชภัณฑ์เป็นผู้ที่รับผิดชอบงานด้านนี้อยู่แต่เดิม โดยไม่มีการแต่งตั้งผู้ดูแลคลังและอุปกรณ์โดยตรงในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลกระทบต่องานจัดเก็บอุปกรณ์บางอย่าง เช่น face shield ไม่มีสถานที่เก็บเผื่อสำรอง เนื่องจากข้อจำกัดด้านสถานที่ และการจัดทำบัญชีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่ได้ update รายวัน

“face shield ไม่มีโซนเก็บเฉพาะ เอาผ้าคลุมไว้ วางกระจายไปทั่วตรงที่วางได้”

“มีการจัดทำบัญชีแต่ไม่ update รายวัน อาจจะไป ควร update ทุกสัปดาห์น่าจะจะเป็นไปได้” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1

“มีการทำไม่ถึงรายวัน ได้แค่รายเดือน” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“ยังไม่ได้แต่งตั้งจริง ๆ เป็นคนเก่าที่ทำตรงนี้อยู่แล้ว” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 3

“หน้ากากอนามัยมีการจัดเก็บ เผื่อสำรองโดยผู้ดูแล มีกุญแจ แต่หลายจุดไม่มีกุญแจ” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4

### ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์

การทำความสะอาดอาคารและจุดให้บริการผู้ป่วย มีการมอบหมายให้ปฏิบัติงานทำความสะอาดที่จุดคัดกรองซักประวัติเพิ่มขึ้นจากเดิมที่ทำความสะอาดตามปกติวันละ 2 ครั้ง แต่ไม่สามารถทำได้ตามกำหนดเวลาทุก 30 นาที เนื่องจากข้อจำกัดในด้านกำลังคน อีกทั้งไม่มีการอบรมผู้ดูแลอาคารอย่างเป็นรูปธรรม

“ทำทุก 30 นาทีไม่น่าจะมีที่ไหนทำได้ ทำวันละ 2 ครั้งไม่ถึง คนงานไม่มีพอทำ” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 1

“ที่ลิฟต์ ห้องน้ำ ทำไม่ถึงทุก 30 นาที” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“มีทำไม่ได้ตามกำหนด ยังไม่ได้ตามนั้น” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4

การติดโปสเตอร์คำแนะนำ ติดไว้ที่บริเวณประตูทางเข้าหน้าตึกและลิฟต์ แต่ไม่ได้ติดด้านหลังตึกซึ่งเป็นห้องเจาะเลือด และชั้น 2 ซึ่งเป็นห้องตรวจพัฒนาการเด็ก

“ติดหน้าตึก ไม่ทั่วอาคาร เพราะไม่ให้คนไข้เข้าตึก คนไข้อยู่หน้าตึก” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“ข้างหลังไม่มี ไม่มีครบทุกจุด” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 4

“มีติดอยู่นะ ในลิฟต์ ประตูทางเข้า ไม่ทั่วอาคาร”

ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 8

การจดจำจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกโรคทางเดินหายใจ มีการจดบันทึกแต่ไม่มีการนำบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังเพื่อรายงานต่อผู้บริหาร

“จดยางานจำนวนเคสที่มา ARI หัวหน้าเดินมาดูแลแต่ไม่มีการบันทึก” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 2

“ยังไม่ได้ประชุมปรึกษาหารือกัน” ผู้ให้สัมภาษณ์คนที่ 7

## วิจารณ์

คะแนนความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิต่อการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้ง 5 ด้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากและมากที่สุด เนื่องมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกอยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกที่มีศักยภาพในการให้บริการ อีกทั้งมีความพร้อมด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานมานาน อีกทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปก็มีความพร้อมด้านการบริหารจัดการในการรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ และมีการพัฒนาการบริหารจัดการตอบโต้การระบาดของโรคเช่นเดียวกับในจังหวัดราชบุรี<sup>7</sup> และมีมาตรการคัดกรองเพื่อรับมือสถานการณ์โรคโควิด-19 ที่ชัดเจนประสบความสำเร็จเช่นเดียวกับในจังหวัดปทุมธานี<sup>8</sup> ความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพร้อมมากด้านนโยบาย แผนรองรับเหตุฉุกเฉินและงบประมาณ แต่มีความพร้อมด้านบุคลากรน้อยที่สุด<sup>6</sup> เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละด้าน 5 ด้าน พบว่า ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์มีค่ามัธยฐานมากที่สุด (median=4.28) และด้านคลินิกโรคทางเดินหายใจมีค่ามัธยฐานมากรองลงมา (median=4.25) เนื่องจากมีแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล<sup>10</sup> และแนวทางการจัดตั้งคลินิกตรวจโรคระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19<sup>11</sup> สำหรับบุคลากรทางการแพทย์อย่างชัดเจน โดยทางรพ.พุทธชินราช พิษณุโลกซึ่งเป็นแม่ข่าย

ได้ยึดเป็นแนวทางปฏิบัติแล้วออกเป็นนโยบายและกฎระเบียบให้ทางศูนย์สุขภาพเมืองและทางรพ.สต.เครือข่ายของรพ.พุทธชินราช พิษณุโลกได้ยึดถือและปฏิบัติตาม ส่วนด้านการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และด้านการดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุนมีค่ามัธยฐานน้อยที่สุด (median=4.00) เนื่องจากขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน

แม้ว่าการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 5 ด้าน จะอยู่ในระดับดีและดีมาก แต่เมื่อศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ยังพบจุดที่ควรพัฒนาการบริหารจัดการเพื่อให้ได้ผลการปฏิบัติงานดีมากยิ่งขึ้น ด้านการให้บริการทั่วไป การให้บริการรับยาโดยไม่พบแพทย์ การตอบคำถามผ่านโทรศัพท์หรือไลน์ รวมถึง online consultation ยังไม่ครอบคลุมในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. เนื่องจากปัญหาด้านกำลังคนมีน้อยและมีภาระงานเดิมค่อนข้างมาก อีกทั้งขาดอุปกรณ์ส่วนกลางที่ต้องใช้ในการสื่อสาร โรงพยาบาลแม่ข่ายควรให้การสนับสนุนด้านกำลังคนและอุปกรณ์มีใช้ในการสื่อสาร สอดคล้องกับการปฏิบัติงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในระดับท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานครที่ยังขาดความชัดเจนต้องได้รับการพัฒนาสนับสนุนศักยภาพ<sup>6</sup> เช่นเดียวกับระบบบริการปฐมภูมิในประเทศแถบเอเชีย ได้แก่ เนปาล อิหร่าน ปากีสถาน<sup>12</sup> และละตินอเมริกา<sup>13</sup> ควรจัดรูปแบบการเตรียมความพร้อมของการปฏิบัติงานในแนวทางเดียวกันให้เกิดความเชื่อมโยงอย่างสม่ำเสมอ<sup>7</sup> ด้านการให้บริการรับยาโดยไม่พบแพทย์ควรมีการพัฒนาต่อยอดส่งยาให้ถึงผู้รับบริการโดยไม่ต้องเดินทางมายังหน่วยบริการผ่านทางอสม.หรือทางไปรษณีย์ตามแนวทางลดความแออัดในโรงพยาบาลเพื่อลดการแพร่กระจายโรคโควิด-19<sup>14</sup> การงดการบริการไม่เร่งด่วนและการรับยาไม่พบแพทย์ยังทำไม่ได้เต็มที่ ประสพปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้รับบริการเนื่องจากความไม่เข้าใจในการให้บริการที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ยังคงมีความแออัดส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ดังนั้น ควรเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารประชาสัมพันธ์ด้วยการใช้ทักษะการสื่อสารอย่างเป็นระบบสอดคล้องกับความต้องการของ

ผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยและเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย เพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้มารับบริการจะช่วยเพิ่มคุณภาพการให้บริการที่ปลอดภัยจากการแพร่กระจายโรคโควิด-19<sup>9,15</sup> ด้านคลินิกโรคทางเดินหายใจประสพปัญหาขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลสำหรับโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นทั่วประเทศไทยและในต่างประเทศ<sup>16,17</sup> ในช่วงนั้นและประกอบกับความไม่พร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ในระดับส่วนท้องถิ่น<sup>6</sup> และโรงพยาบาล<sup>8</sup> จากปัญหาความขาดแคลนดังกล่าวทำให้เจ้าหน้าที่ต้องใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ประยุกต์ใช้เอง เช่น หมวกพลาสติกอาบน้ำ เลื้อยกั้นฝน ซึ่งใส่ไม่ได้ตลอดการทำงานเนื่องจากประสพปัญหาความร้อนจากการใส่<sup>18</sup> ควรมีการจัดสรรอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ได้มาตรฐานแก่จุดที่มีความเสี่ยงสูงก่อนที่อื่น ร่วมกับการจัดทำอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลแบบประยุกต์ใช้เองในหน่วยงานตามความเหมาะสม และการขีดเส้นแบ่งเพื่อแยกระหว่างพื้นที่คลินิกโรคทางเดินหายใจกับพื้นที่ของผู้ป่วยทั่วไปออกจากกันไม่ชัดเจน เนื่องจากปัญหาความคับแคบของพื้นที่ให้บริการซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวทางการจัดสถานพยาบาลที่ต้องแบ่งบริเวณให้ชัดเจนระหว่าง ILI (influenza like illness) และ non-ILI เพื่อลดการปนเปื้อนระหว่างผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจและผู้ป่วยทั่วไป (clear zoning)<sup>2</sup> และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อใน คลินิกโรคทางเดินหายใจควรปรับวิธีการบันทึกข้อมูลทั้งหมดด้วยคอมพิวเตอร์ งดการใช้กระดาษ และงดการเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ที่ยังไม่ได้ทำความสะอาดฆ่าเชื้อออกจากคลินิกโรคทางเดินหายใจ<sup>2</sup> ด้านการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ มีการดูแลสภาพจิตใจอย่างไม่เป็นรูปธรรม ควรนำแนวทางการดูแลด้านสังคมจิตใจบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขในวิกฤตโควิด-19 ตามหลัก 4 สว่าง 2 ใช้ มาประยุกต์ใช้<sup>19</sup> การไม่แยกพื้นที่เสี่ยงสูงและไม่มีการจัดที่พักและอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจุดเสี่ยงสูง ควรปรับปรุงตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานจุดเสี่ยงสูงต้องไม่ปะปนกับภารกิจทั่วไป<sup>2</sup> สำหรับการอบรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันภัยส่วนบุคคลที่ยังไม่ครอบคลุมทางหน่วยงานควรพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ ทักษะ

รวมถึงมีหลักสูตรการฝึกซ้อมและควรมีการติดตามกำกับ<sup>7</sup> ด้านการดูแลคลังและอุปกรณ์สนับสนุน ยังไม่มีผู้ดูแลโดยตรง มีการจัดเก็บอุปกรณ์เพียงบางส่วนและการจัดทำบัญชีไม่เป็นปัจจุบันรายวัน ถือเป็นปัญหาสำคัญของความพร้อมด้านการบริหารจัดการในการรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ไม่ได้กำหนดแนวทางการสำรองจัดหาเวชภัณฑ์ วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้กับสถานพยาบาล จึงควรกำหนดแนวทางจัดระบบและมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรทางการแพทย์ มีการทำความเข้าใจตามปกติไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ควรมีการอบรมผู้ดูแลอาคารเพื่อให้การทำมาความสะอาดเป็นไปตามแนวทางการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรคบนพื้นผิวทั่วไปในบริบทของโรคโควิด-19<sup>20</sup> ติดโปสเตอร์สื่อสารให้ครบทุกจุดที่มีผู้รับบริการ นำข้อมูลผู้มารับบริการที่คลินิกโรคทางเดินหายใจ วิเคราะห์ติดตามสถานการณ์รายงานต่อผู้บริหาร เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงาน

## สรุป

ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ประเมินตนเองในการบริหารจัดการทั้ง 5 ด้าน ในระดับมากและมากที่สุด แต่เมื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกพบว่ายังมีจุดที่ต้องพัฒนาการบริหารจัดการในด้านต่าง ๆ เพื่อให้การปฏิบัติงานดีมากยิ่งขึ้นจากเดิมที่ดีอยู่แล้ว การบริหารจัดการในช่วงแรกของการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ อาจส่งผลให้การเตรียมการรองรับทำได้ยากลำบากไม่ทันการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วประเทศ ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ต่อการบริหารจัดการในหน่วยงานของตนเอง อาจเรียกได้ว่าเป็นการประเมินตนเองซึ่งผลที่ได้อาจไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงทั้งหมด การศึกษาคั้งถัดไปควรใช้รูปแบบการประเมินโดยคณะกรรมการที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพเที่ยงตรงต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน CUP โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกทั้ง 108 คน รวมถึงคุณจตุพร เสือมีที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติ คุณปฏิพิมพ์ อยู่คงและคุณวิภาพร ขุนมธูรสให้ความช่วยเหลือเรื่องการเก็บรวบรวมข้อมูล

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g\\_other/g\\_other02.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other02.pdf)
- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดระบบบริการของโรงพยาบาล กรณีมีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในวงกว้าง [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/guidelines/G33.pdf>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g\\_other/G42\\_4.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/G42_4.pdf)
- งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
- พิษณุโลกฮอตนิวส์. เปิดไหม้ไลน์ผู้ติดเชื้อพิษณุโลกรายแรก [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.phitsanulokhotnews.com/tag/%E0%B9%82%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%94-19>
- วิลลัดกษณ์ ฤทธิรชพงค์. ความพร้อมรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2557;7:55-64.
- วิณา ภักดีศิริชัย. ความพร้อมของระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินแบบบูรณาการสำหรับภาวะระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรณีศึกษา : จังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ. 2557. วารสารควบคุมโรค. 2557;40:191-201.
- สุธารัตน์ แลพวง. การบริหารจัดการภายใต้มาตรการคัดกรองเพื่อรับมือสถานการณ์โรคไวรัส COVID-19 ของโรงพยาบาลปทุมธานี. [การศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : รามคำแหงมหาวิทยาลัย; 2562.
- กันต์ฤทัย คลังพหล. การวิจัยแบบผสมวิธี mixed methods research. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2563;14: 235-56.
- กรมควบคุมโรค. แนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 21 ธ.ค. 2564] เข้าถึงได้จาก: <https://zhort.link/DxY>
- กรมการแพทย์. แนวทางการจัดตั้งคลินิกตรวจโรคระบบทางเดินหายใจ (ARI Clinic) [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 21 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://zhort.link/DxV>
- Yadav UN, Rayamajhee B, Mistry SK, Parsekar SS, Mishra SK. A syndemic perspective on the management of non-communicable diseases amid the covid-19 pandemic in low- and middle-income countries. Front Public Health 8:508. doi: 10.3389/fpubh.2020.00508
- Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Yamamoto HQ, Weel C. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide, Eur J Gen Pract. 2021;26:129-33.
- ปฐมพร ศิริประภาศิริ. แนวทางลดความแออัดในโรงพยาบาลเพื่อลดการแพร่กระจาย COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.kkpho.go.th/i/index.php/component/attachments/download/8012> (4/8/2564)
- ดาร์รัตน์ ชวงค์อินทร์. การสื่อสารทางการแพทย์ในยุคการแพทย์เปลี่ยนวิถี. วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ 2563;2:25-38.
- Gareth L. Covid-19: Doctors still at “considerable risk” from lack of PPE, BMA warns. BMJ. 2020;368: m1316.
- Clare D. Covid-19: Doctors make bid for public inquiry into lack of PPE for frontline workers. BMJ. 2020;369:m1905.
- Davey SL, Lee BJ, Robbins T, Randeve H, Thake CD. Heat stress and PPE during COVID-19: impact on healthcare workers’ performance, safety and well-being in NHS settings. J Hosp Infect. 2021;108:185–88.
- สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลด้านสังคมจิตใจบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 5 สิงหาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก [https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho\\_web/document/200417158712041814.pdf?fbclid=IwAR0y7wbOPU7Bxr5Sk60D6O8wLexsh0AY1Sjrdwbjvd6ae82UKTFWA\\_3CE](https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/200417158712041814.pdf?fbclid=IwAR0y7wbOPU7Bxr5Sk60D6O8wLexsh0AY1Sjrdwbjvd6ae82UKTFWA_3CE)
- World Health Organization. Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19 [internet]. 2563. [cited 2021 August 8]. Available from : <https://www.who.int/publications/i/item/cleaning-and-disinfection-of-environmental-surfaces-in-the-context-of-covid-19>.

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## ความร่วมมือในการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและมีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ณ โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ลฎาภา สามัคคีธรรม, พ.บ., ปองปรีดา แสนจิตต์, พ.บ., ภ.บ., ส.ม. วว.เวชศาสตร์ครอบครัว,  
กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว, วิชุดา จิรพรเจริญ, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว,  
พิชชา เครือแปง, วท.บ., วท.ม., นพคุณ นันทศุภวัฒน์, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลสารภี

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

## ผู้รับผิดชอบบทความ:

นพคุณ นันทศุภวัฒน์, พ.บ.,  
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
เชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่  
50200

Email: nopakoon.n@cmu.ac.th

Received: February 2, 2022;

Revised: February 26, 2022;

Accepted: March 9, 2022

## บทคัดย่อ

**ที่มา:** ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและมีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคมียาจำนวนมากขึ้น แต่พบความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง งานวิจัยนี้จัดทำเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

**วัตถุประสงค์:** การศึกษาเชิงสังเกตการณ์ชนิดภาคตัดขวาง

**วัสดุและวิธีการ:** แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามความร่วมมือการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานและมีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 145 คน วิเคราะห์แจกแจงข้อมูลโดยความถี่ ร้อยละ ไคสแควร์ t-test และวิเคราะห์สหสัมพันธ์ถดถอย

**ผลการศึกษา:** พบความชุกความร่วมมือในการใช้ยาสูงร้อยละ 68.3 ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารเฉลี่ย 155.4 มก./ดล. น้ำตาลสะสมเฉลี่ย 8.4 เปอร์เซ็นต์มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานร้อยละ 60.8 มีโรคร่วม 3 โรคขึ้นไปร้อยละ 88.9 จำนวนยาเฉลี่ย 5.8 ชนิดต่อวัน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือการใช้ยาสูงได้แก่ สถานภาพไม่มีคู่สมรส (aOR 2.42, p = 0.05) ความไม่กังวลต่อผลข้างเคียงจากการใช้ยา (aOR 2.84, p = 0.02) และมีสมาชิกในครอบครัวดูแลการรับประทานยา (aOR 4.27, p = 0.03)

**สรุป:** จากผลปัจจัยที่สัมพันธ์ความร่วมมือในการใช้ยาสูง ทีมดูแลควรประเมินความกังวลและให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยา และสนับสนุนครอบครัวดูแลเรื่องการรับประทานยา เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ, เบาหวาน, โรคเรื้อรังร่วมหลายโรค, ความร่วมมือการใช้ยา



## ORIGINAL ARTICLE

# Medication adherence and associated factors in elderly with Diabetes Mellitus and multimorbidities at Sarapee Hospital, Chiang Mai

Lhadapha Samakkeethum, M.D., Pongpreeda Saenchitta, M.D., B. Pharm, M.P.H.,

Kanokporn Pinyopornpanish, M.D., Dip. Thai Board of Family Medicine,

Wichuda Jiraporncharoen, M.D., Dip. Thai Board of Family Medicine, Phitcha Khruempaeng, B.S.,

M.S., Nopakoon Nantsupawat, M.D.,\* Dip. Thai Board of Family Medicine, Sarapee hospital

*Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai*

**Corresponding author :**

Nopakoon Nantsupawat, MD.,  
Department of Family Medicine,  
Faculty of Medicine,  
Chiang Mai University, Chiang  
Mai 50200

Email: nopakoon.n@cmu.ac.th

Received: February 2, 2022;

Revised: February 26, 2022;

Accepted: March 9, 2022

**ABSTRACT**

**Background and Objective:** Elderly patients with diabetes mellitus and multimorbidity are increasing in numbers. Medication adherence, however, in this patients' group is declining. This study aimed to determine the prevalence and factors associated with medication adherence in elderly and multimorbid patient groups.

**Design:** Descriptive Cross-sectional study

**Methods:** \*Questionnaires for baseline characteristics and medication adherence were utilized in 145 participants at the Diabetic Clinic, Sarapee Hospital, Chiang Mai. The data was analyzed by using frequency, percentage, chi-square, t-test, and multivariable logistic regression

**Results:** The prevalence of good medication adherence was 68.3 percent. The average fasting blood sugar was 5.4 mg/dl with an average HbA1C of 8.4 percent. Diabetic complications were found in 60.8 percent of the participants. The compliance prevalence in diabetes mellitus elderly with three or more comorbidities was 88.9 percent. The average types of medication per day were 5.8 percent. Factors associated with medication adherence were non-partner marital status (aOR 2.42, p = 0.05), no medication side effects concerns (aOR 2.84, p = 0.02), and having family member support in taking medication (aOR 4.27, p = 0.03).

**Conclusion:** According to the results of factors associated with medication adherence in this study, the healthcare provider teams should assess patients' concerns and provide the right information about the medications. Moreover, patients' medication-taking should be encouraged by family members to promote good medication adherence and reduce future complications.

**Keyword:** elderly, diabetes mellitus, multimorbidity, medication adherence



กว่า 0.05 จะถูกนำมาวิเคราะห์ต่อด้วยสหสัมพันธ์ถดถอย (Multivariable Logistic Regression)

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานและมีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสารภี จำนวน 145 คน มีอายุเฉลี่ย  $67.9 \pm 5.7$  ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 51.7 และ 48.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกินขึ้นไป (BMI มากกว่า 23.0) ร้อยละ 64.8 และไม่มีคูสมรส ร้อยละ 39.3 ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร (FBS) เฉลี่ย 155.4 (SD 58.9) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) เฉลี่ย 8.4 (SD 2.2) เป็นเบาหวานระยะเวลามากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 44.1) ส่วนใหญ่พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ร้อยละ 60) โดยมีภาวะไตวายเรื้อรังมากที่สุด ด้านโรคเรื้อรังร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 88.9) ระดับความรุนแรงของโรคประจำตัวโดยดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน เฉลี่ย 5.1 (SD 1.5) กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาเฉลี่ย 5.8 (SD 2.3) ชนิดต่อวัน ด้านภาวะซึมเศร้าประเมินโดยใช้แบบประเมิน PHQ-9 พบว่า ส่วนน้อยของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมากถึงน้อย (ร้อยละ 5.5) การประเมินตนเองด้านความจำ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการจำไม่ดีร้อยละ 18.6 ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับสูง 99 คน (ร้อยละ 68.3) โดยมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่ดี (ระดับต่ำถึงปานกลาง) 46 คน คิดเป็นร้อยละ 31.7 ด้านปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่กังวลต่อผลข้างเคียงจากการใช้ยาร้อยละ 75.9 และสมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยในเรื่องการใช้ยา เช่น การเตรียมยา การเตือนให้รับประทานยาร้อยละ 15.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

ปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง สถานภาพไม่มีคูสมรส ความไม่กังวลต่อผลข้างเคียงในการใช้ยา และสมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยในการใช้ยา ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อนำปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์ด้วย Multivariable Logistic Regression พบว่า เพศหญิง มีแนวโน้มความร่วมมือในการใช้ยา

ดีกว่าเพศชายแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (aOR 2.18,  $p = 0.06$ ) การมีสถานภาพไม่มีคูสมรสมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรส 2.4 เท่า (aOR 2.42,  $p = 0.05$ ) ส่วนปัจจัยปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยพบว่ากลุ่มที่ไม่มีความกังวลต่อผลข้างเคียงจากการใช้ยามีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่ากลุ่มที่มีความกังวลประมาณ 3 เท่า (aOR 2.84,  $p = 0.019$ ) และกลุ่มที่มีครอบครัวมีส่วนช่วยดูแลเรื่องการใช้ยา พบมีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าประมาณ 4 เท่า (aOR 4.27,  $p = 0.03$ ) ดังตารางที่ 3

## อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความชุกของความร่วมมือการใช้ยาสูงในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานและมีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค ที่รักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 68.28 ใกล้เคียงกับการศึกษาในไอร์แลนด์ซึ่งเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค พบความชุกในการใช้ยาสูงร้อยละ 69<sup>11</sup> ขณะที่ในประเทศไทยมีการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมหลายโรคพบความชุกของความร่วมมือการใช้ยาสูงเพียงร้อยละ 39 ต่างจากการศึกษานี้ อาจเนื่องจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างเน้นเฉพาะกลุ่มที่ใช้ยาเท่ากับหรือมากกว่า 5 ชนิดขึ้นไป (polypharmacy)<sup>12</sup>

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือการใช้ยา พบปัจจัยที่ผลมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ปัจจัยคือ 1) สถานภาพไม่มีคูสมรส<sup>13</sup> ใกล้เคียงกับการศึกษาในเมืองฟิลาเดลเฟีย สหรัฐอเมริกา ที่ทำการเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มที่อยู่ตัวคนเดียว และกลุ่มที่มีคู่หรือคู่หู (partner) พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มที่อยู่ตัวคนเดียวสูงกว่า<sup>14</sup> เนื่องจากผู้ที่ไม่มีคูสมรสหรือไม่มีคู่หูส่วนใหญ่มักเป็นผู้ที่มีความสามารถในตัวเองสูง (self-efficacy) ซึ่งทำให้มีความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าตามไปด้วย<sup>15</sup> อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่ได้มีการวัดความสามารถในตัวเองโดยตรงจึงควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมต่อไป 2) ความไม่กังวลต่อผลข้างเคียงจากการใช้ยา สัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาสูง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียง

ตารางที่ 1. ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่าง (n=145)
อายุ (ปี), mean ± SD	67.9 ± 5.7
เพศหญิง, จำนวน (%)	75 (51.7%)
น้ำหนัก (กก.), mean ± SD	61.5 ± 11.0
ส่วนสูง (ม.), mean ± SD	1.6 ± 0.1
BMI ≥ 23 (กก./ม. <sup>2</sup> ), จำนวน (%)	94 (64.8%)
สถานภาพ, จำนวน (%)	
มีคู่สมรส	88 (60.7%)
จำนวน (%) ไม่มีคู่สมรส	57 (39.3%)
รายได้ต่อเดือน (บาท), จำนวน (%)	
≤ 10,000	115 (79.3%)
> 10,000	30 (20.7%)
ประวัติดื่มแอลกอฮอล์, จำนวน (%)	
ไม่ดื่ม	126 (86.9%)
จำนวน (%) ดื่ม	19 (13.1%)
ประวัติสูบบุหรี่, จำนวน (%)	
ไม่สูบ	138 (95.2%)
จำนวน (%) สูบ	7 (4.8%)
ความดันโลหิต (mm.ปรอท), mean ± SD	
ความดันซิสโตลิก (systolic BP)	142.4 ± 17.3
ความดันไดแอสโตลิก (diastolic BP)	72.3 ± 10.9
ระดับน้ำตาลในเลือด, mean ± SD	
FBS (mg/dL)	155.4 ± 58.9
HbA1C (%)	8.4 ± 2.2
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (ปี), จำนวน (%)	
≤ 10	64 (44.1%)
> 10	81 (55.9%)
จำนวนโรคร่วม, จำนวน (%)	
2 โรค	16 (11.0%)
จำนวน (%) ≥ 3 โรค	129 (89.0%)
ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (CCI), mean ± SD	5.11 ± 1.45
ภาวะแทรกซ้อน, จำนวน (%)	
เบาหวานขึ้นจอประสาทตา (N=137)	10 (7.3%)
ปลายเท้าชาจากเบาหวาน (N=136)	8 (5.9%)
ไตวายเรื้อรัง (N=145)	69 (47.6%)
ชนิดยาที่รับประทานต่อวัน, mean ± SD	5.8 ± 2.3
จำนวนยาที่รับประทานต่อวัน, mean ± SD	11.1 ± 5.8
ชนิดยาเม็ดเบาหวานต่อวัน, mean ± SD	1.4 ± 0.8
ใช้ยาฉีดอินซูลิน, จำนวน (%)	48 (33.1%)
ประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9), n (%)	
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	137 (94.5%)
ภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมากถึงน้อย	8 (5.5%)
รู้สึกความจำไม่ดี (self-report), จำนวน (%)	27 (18.6%)
ความร่วมมือในการใช้ยา (MGL), จำนวน (%)	
ระดับต่ำถึงปานกลาง (MGL 0-3 คะแนน)	46 (5.52%)
ระดับสูง (MGL 4 คะแนน)	99 (68.3%)
ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย, n (%)	
เคยมีอาการข้างเคียงจากยาที่รับประทาน	26 (18.0%)
ความไม่กังวลต่อผลข้างเคียงจากการใช้ยา	110 (75.9%)
คิดว่าจำนวนยาที่ได้รับปริมาณเหมาะสม	112 (77.2%)
สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยในการใช้ยา	23 (15.9%)
มีความสัมพันธ์ที่ดีกับทีมแพทย์ผู้ให้การรักษา	144 (99.3%)

ตารางที่ 2. ข้อมูลกลุ่มความร่วมมือในการใช้ยาสูงและกลุ่มความร่วมมือในการใช้ยต่ำถึงปานกลาง

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=145)	ความร่วมมือในการใช้ยาสูง (n=99)	ความร่วมมือในการใช้ยต่ำถึงปานกลาง (n=46)	p-value
อายุ (ปี), จำนวน (%)	68.0 ± 5.7	68.2 ± 5.7	67.4 ± 5.9	0.41
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (ปี), จำนวน (%)				
≤ 10	64 (44.1%)	46 (46.5%)	18 (39.1%)	0.41
> 10	81 (55.9%)	53 (53.5%)	28 (60.9%)	
เพศหญิง, จำนวน (%)	75 (51.7)	58 (58.6%)	17 (37.0%)	0.02*
BMI, จำนวน (%)				
< 23	51 (35.2%)	33 (33.3%)	18 (39.1%)	0.50
≥ 23	94 (64.8%)	66 (66.7%)	28 (60.9%)	
สถานภาพ, จำนวน (%)				
ไม่มีคู่สมรส	57 (39.3%)	46 (46.5%)	11 (23.9%)	0.01*
มีคู่สมรส	88 (60.7%)	53 (53.5%)	35 (76.1%)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ, จำนวน (%)	90 (62.1%)	57 (57.6%)	33 (71.7%)	0.10
รายได้ต่อเดือน (บาท), จำนวน (%)				
≤ 10,000	115 (79.3%)	82 (82.8%)	33 (71.7%)	0.13
> 10,000	30 (20.7%)	17 (17.2%)	13 (28.3%)	
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์, จำนวน (%)				
ไม่ดื่ม	126 (86.9%)	90 (90.9%)	36 (78.3%)	0.08
ดื่ม	19 (13.1%)	9 (9.1%)	10 (21.7%)	
ประวัติการสูบบุหรี่, จำนวน (%)				
ไม่สูบ	138 (75.9%)	95 (96.0%)	43 (93.5%)	0.24
สูบ	7 (4.8%)	4 (4.0%)	3 (6.5%)	
sBP, mean ± SD	142.4 ± 17.3	142.5 ± 17.1	142.2 ± 18.2	0.91
dBP, mean ± SD	72.3 ± 10.9	72.8 ± 11.1	71.0 ± 10.5	0.36
FBS, mean ± SD	155.4 ± 58.9	152.2 ± 57.0	162.2 ± 63.0	0.35
HbA1C, mean ± SD	8.4 ± 2.2	8.3 ± 2.2	8.5 ± 2.2	0.60
จำนวนโรคร่วม, mean ± SD	4.0 ± 1.2	4.0 ± 1.2	3.9 ± 1.3	0.62
ดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (CCI), mean ± SD	5.1 ± 1.5	5.2 ± 1.5	4.9 ± 1.3	0.18
เบาหวานขึ้นจอประสาทตา, จำนวน (%)	10 (7.3%)	6 (6.4%)	4 (9.3%)	0.51
ปลายเท้าชาจากเบาหวาน, จำนวน (%)	8 (5.9%)	3 (3.2%)	5 (11.6%)	0.11
ไตวายเรื้อรัง, จำนวน (%)	67 (46.9%)	49 (50.5%)	18 (39.1%)	0.20
ชนิดยาที่รับประทานต่อวัน, จำนวน (%)				
1-4 ชนิด	45 (31.0%)	30 (30.3%)	15 (32.6%)	0.78
5 ชนิดขึ้นไป	100 (69.0%)	69 (69.7%)	31 (67.4%)	
จำนวนยาที่รับประทานต่อวัน, จำนวน (%)				
≤ 10 เม็ดต่อวัน	75 (51.7%)	49 (49.5%)	26 (56.5%)	0.43
> 10 เม็ดต่อวัน	70 (48.38%)	50 (50.5%)	20 (43.5%)	
เวลาที่รับประทาน, จำนวน (%)				
≥ 3 ครั้งต่อวัน	126 (87.0%)	87 (87.9%)	7 (15.2%)	0.61
1-2 ครั้งต่อวัน	19 (13.1%)	12 (12.1%)	39 (84.8%)	
ชนิดยาเม็ดเบาหวานต่อวัน, จำนวน (%)				
0-1 ชนิด	82 (56.6%)	55 (55.6%)	27 (58.7%)	0.72
2-3 ชนิด	63 (43.5%)	44 (44.4%)	19 (41.3%)	



## แหล่งทุนสนับสนุนและผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มี

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลสารภี เจ้าหน้าที่และนักสถิติ หน่วยวิจัยภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้คำปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

- Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* 2016;67:130-8.
- Willadsen TG, Siersma V, Nicolaisdóttir DR, Køster-Rasmussen R, Jarbøl DE, Reventlow S, et al. Multimorbidity and mortality: A 15-year longitudinal registry-based nationwide Danish population study. *J Comorb.* 2018;8:2235042x18804063.
- Di Angelantonio E, Kaptoge S, Wormser D, Willeit P, Butterworth AS, Bansal N, et al. Association of Cardiometabolic Multimorbidity With Mortality. *JAMA.* 2015;314:52-60.
- de Souza ASS, Braga JU. Trends in the use of health services and their relationship with multimorbidity in Brazil, 1998–2013. *BMC Health Serv Res.* 2020; 20:1080.
- Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation.* 2009;119:3028-35.
- Payne RA. The epidemiology of polypharmacy. *Clin Med (Lond).* 2016;16:465-9.
- Lee VW, Pang KK, Hui KC, Kwok JC, Leung SL, Yu DS, et al. Medication adherence: is it a hidden drug-related problem in hidden elderly? *Geriatr Gerontol Int.* 2013;13:978-85.
- Mansur N, Weiss A, Hoffman A, Gruenewald T, Be-loosesky Y. Continuity and adherence to long-term drug treatment by geriatric patients after hospital discharge: a prospective cohort study. *Drugs Aging.* 2008;25:861-70.
- González-Bueno J, Sevilla-Sánchez D, Puigoriol-Juvanteny E, Molist-Brunet N, Codina-Jané C, Espauella-Panicot J. Factors associated with medication non-adherence among patients with multimorbidity and polypharmacy admitted to an Intermediate Care Center. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:9606.
- Smaje A, Weston-Clark M, Raj R, Orlu M, Davis D, Rawle M. Factors associated with medication adherence in older patients: A systematic review. *Ageing Med (Milton).* 2018;1:254-66.
- Kim S, Bennett K, Wallace E, Fahey T, Cahir C. Measuring medication adherence in older community-dwelling patients with multimorbidity. *Eur J Clin Pharmacol.* 2018;74:357-64.
- Vatcharavongvan P, Puttawanchai V. Polypharmacy, medication adherence and medication management at home in elderly patients with multiple non-communicable diseases in Thai primary care. *Family Medicine and Primary Care Review.* 2017; 19:412-6.
- Cooper C, Carpenter I, Katona C, Schroll M, Wagner C, Fialova D, et al. The AdHOC Study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005;13:1067-76.
- Reddy A, Huseman TL, Canamucio A, Marcus SC, Asch DA, Volpp K, et al. Patient and Partner Feedback Reports to Improve Statin Medication Adherence: A Randomized Control Trial. *J Gen Intern Med.* 2017;32:256-61.
- Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One.* 2017;12:e0186458.
- Jiraporncharoen W, Pinyopornpanish K, Junjom K, Dejkriengkraikul N, Wisetborisut A, Papachristou I, et al. Exploring perceptions, attitudes and beliefs of Thai patients with type 2 diabetes mellitus as they relate to medication adherence at an outpatient primary care clinic in Chiang Mai, Thailand. *BMC Family Practice.* 2020;21:173.