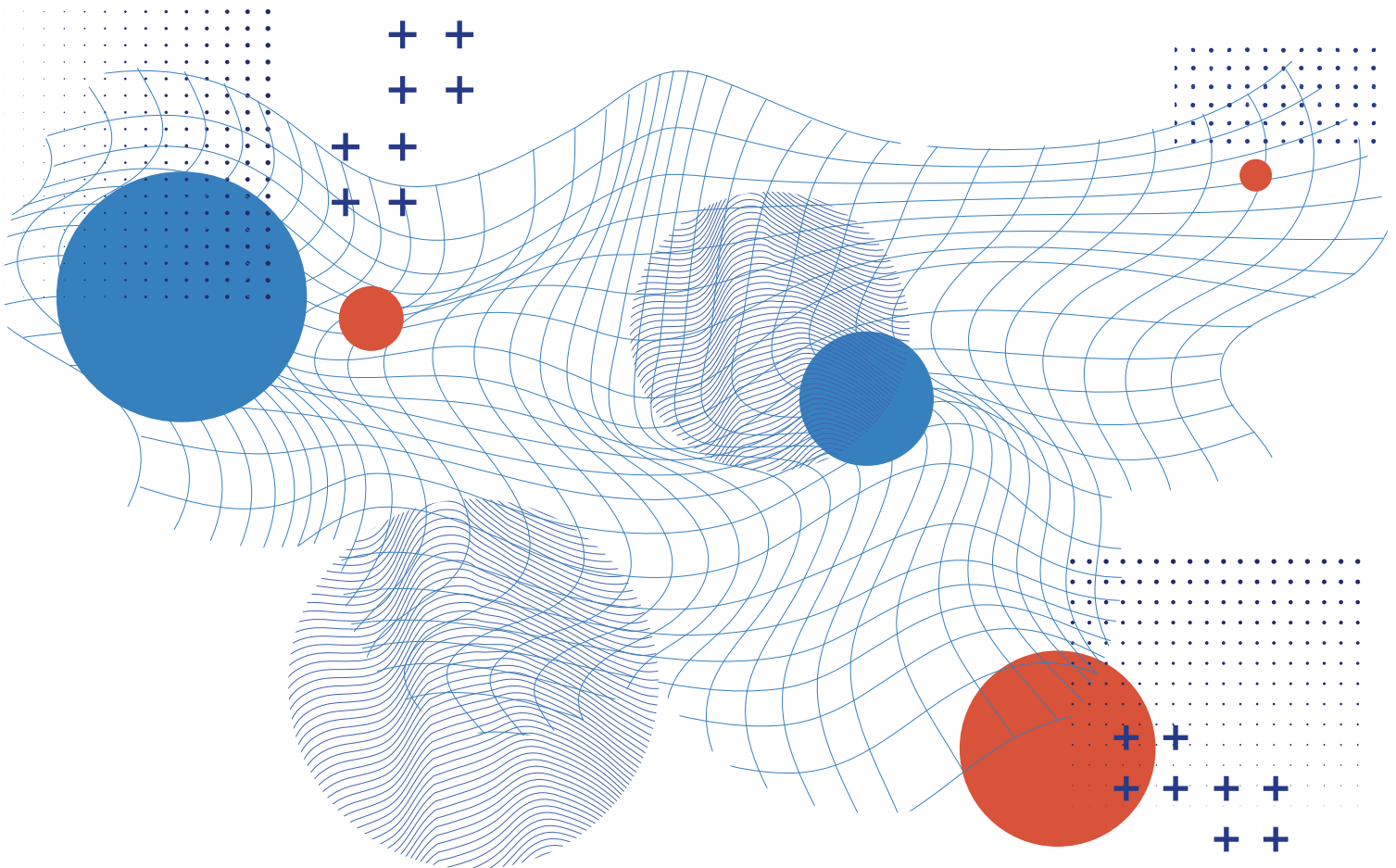




วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

Journal of Primary Care and Family Medicine



ISSN : 3057-1928 (Online)



PCFM 2568;8(5): ก.ย.-ต.ค.

บทความวิชาการ

- วิสัยทัศน์ “สังคมไร้วัย (Age-Neutral Society)” และการปรับบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในยุคนิยมแห่งความท้าทายทางประชากร 474

สตาจค์ ศุภผล

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ความชุกและลักษณะทางคลินิกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ 476

พงษ์ศักดิ์ เอี่ยมไธสง

- ประสิทธิภาพของการใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจผ่านบริการโทรเวชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ 487

ไทรภาพ ทองงามดี, ฐิติกาญจน์ ผสมบุญ

- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 498

ขวัญชนก โรจนศิริพัฒน์พล

- ความสัมพันธ์ระหว่างค่าจุดตัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและปัจจัยร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในเขตเมือง 506

รัฐธรรมบุญ ลมูลศรี, อริศรา ศิริวิริยะกุล

- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง 518

มูนา อุเซ็ง

- ความรู้และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล 534

ลิริยากร รอดปรีชา, ศิวรัตน์ รัตนธเนศเกียรติ

PCFM 2568;8(5): ก.ย.-ต.ค.

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

บุษรา ดอกบัว, ศุภฎี ดวงมณี, วิวัฒน์ เหล่าชัย

544
- ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนเขตสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข

ณฐา เมธาบุษยาธร

555
- ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 : การศึกษาแบบตัดขวาง

นันทวัฒน์ เลิศเจริญพงศ์, อริศรา ศิริวิริยะกุล

565
- การศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบจากการสวมหน้ากากอนามัยต่อการสื่อสารในมุมมองของผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่มากกลุ่มผู้สูงอายุ

วรศรา ทรงเงินดี, นวลศิริ ลีประเสริฐ, สุทธิศรี กอแก้ววิเชียร

576
- ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในขณะรับการรักษาภายในโรงพยาบาลสนามและหอผู้ป่วยโรงพยาบาลราชบุรีของบุคคลที่ติดเชื้อโคโรนา 2019

คมกริช อัครภาดา, สุตารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล, นิดาพร อัครภาดา

587

Content

PCFM

PCFM 2025;8(5): Sep - Oct

EDITORIAL

- **Age-Neutral Society” Vision and the Adaptation of the Family Physician’s Role to Strengthen the Primary Care System in the Era of Demographic Challenges** 474
Satang Supapon

ORIGINAL ARTICLES

- **Prevalence and Characteristics of Diabetes Remission of Type 2 Diabetes in Routine Primary Care** 476
Pongsak lamthaisong
- **Effectiveness of Motivation Interviewing Via Telemedicine Among Uncontrol-Essential Hypertension Patients in Primary Care** 487
Traipop Thongngamdee, Thitikarn Phasombun
- **Quality of Life in End-Stage Renal Disease Patients on Advance Care Plan** 498
Khuanchanok Rotchanasiripathanaphon
- **HbA1c Cutoff Point and Factors Associated with Foot Complications Among Type 2 Diabetic Patients in an Urban Area** 506
Ratthammanoon Lamunsri, Arissara Siriwiriyakul
- **Factors Affected the Decision Cervical Cancer Screening Among Women in Nathamtai Health Promoting Hospital in Muang District, Trang Province** 518
Muna Useng
- **Palliative Care Knowledge and Influential Factors: A Cross-Sectional Study of Urban Patients At Vajira Hospital** 534
Siriyakorn Rodpreecha, Sivarat Ratthanasathian

Content

PCFM

PCFM 2025;8(5): Sep - Oct

ORIGINAL ARTICLES

- **Effects of A Self-Management Program on Medication Adherence Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease** 544
Busara Dokbua, Dussadee Duangmanee, Wiwat Laochai
- **Causal Factors Affecting the Decision to Use Thai Traditional and Alternative Medicine Services in Primary Healthcare Units Among People in Health Region 5, Ministry of Public Health** 555
Natha Methabutsayathon
- **Prevalence and Associated Factors of Post COVID-19 Pandemic Depression Among Urban Older Adults: A Cross-Sectional Study** 565
Nantawat Lertcharoenyong, Arissara Siriwiriyakul
- **Impact of Face Mask Use on Doctor-Patient Communication: A Patient-Centric Comparison between Adult and Elderly Patients** 576
Varissara Songngerndee, Nawasiri Siriprasert, Sutsri Korkaewwichian
- **Health-Related Quality of Life (HRQOL) and Associated Factors of Patients from Field Hospitals or Cohort Wards in Ratchaburi Hospital** 587
Komkit Atsawapardar, Sudarat Wijitsetthakul, Nidaporn Atsawapardar



The Journal of Primary Care and Family Medicine

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

ที่ปรึกษา (Advisor)

พญ. สุพัตรา ศรีวณิชชากร

พญ. สายรัตน์ นกน้อย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

รศ.ดร.นพ. ชัยสิริ อังกระวรรณนท์

นพ. สดาศ์ ศุภผล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โรงพยาบาลขอนแก่น

รองบรรณาธิการ (Editors)

รศ.ดร.พญ. ชาญรัตน์ โอนทัยสินทวี

รศ.ดร.พญ. กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์

รศ.นพ. กรภัทร มยุระสาคร

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

รศ.นพ. อภิชัย วรรณะพิศิษฐ์

รศ.พญ. ปัทมา โกมุทบุตร

รศ.พญ. สรญา แก้วพิบูลย์

รศ.ดร.พญ. ศิรินาถ ตงศิริ

ผศ.นพ. กฤษณะ สุวรรณภูมิ

ผศ.นพ. นนท์ โสวัณณะ

ผศ.นพ. กิตติพล นาควิโรจน์

ผศ.ดร. ภัทรธรรณ ไชยสุริยา

ดร. สุรศักดิ์ อธิมานนท์

อ.นพ. อรรถกร รักษาสัตย์

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น



The Journal of Primary Care and Family Medicine

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

นพ. โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ

พญ. สุกัญญา หังสพฤกษ์

พญ. อรุณี ทิพย์วงศ์

พญ. สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล

พญ. อรวรรณ ตะเวทิพงศ์

พญ. ศิริภา ศิริพร ณ ราชสีมา

ดร.นพ. วิน เตชะเคหะกิจ

ทพญ. ปิยะดา ประเสริฐสม

ภก. จตุพร ทองอิม

ภก. ชีรภัทร์ ฉันทพันธ์

นส. ผกัรัตน์ ฤทธิศรีบุญ

โรงพยาบาลแม่สอด

โรงพยาบาลหนองคาย

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

โรงพยาบาลราชบุรี

โรงพยาบาลเขาย้อย

โรงพยาบาลขอนแก่น

โรงพยาบาลลำปาง

ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โรงพยาบาลตราด

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน

บทบรรณาธิการ

วิสัยทัศน์ “สังคมไร้วัย (Age-Neutral Society)” และการปรับบทบาท แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในยุคสมัยแห่ง ความท้าทายทางประชากร

สตาจ์ ศุภผล

บรรณาธิการวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับพลวัตทางประชากรที่ซับซ้อนและถือเป็น “ระเบิดเวลา” ลูกใหญ่ วิกฤตการณ์หลัก คือ อัตราการเกิดที่ลดลงอย่างรุนแรง ส่งผลให้จำนวนผู้เสียชีวิตมากกว่าผู้เกิดใหม่หลายปีติดต่อกัน การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างนี้คาดการณ์ว่าประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-64 ปี) จะลดลงจาก 46 ล้านคนเหลือเพียง 14 ล้านคน ขณะที่ประชากรสูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มจาก 8 ล้านคนเป็น 18 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2626 การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ภาระพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก และผลักดันให้งบประมาณด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมหาศาล ในขณะที่งบประมาณรัฐมีจำกัด เพื่อให้สังคมรอดพ้นจากวิกฤตนี้ นโยบายเชิงยุทธศาสตร์จึงต้องมุ่งเน้นการเสริมพลังให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี มีส่วนร่วม และมีผลิตภาพ (active/productivity)

ความท้าทายต่อระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care paradigm shift)

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุส่งผลโดยตรงต่อภาระ ผู้ป่วยหลายโรคร่วม (multimorbidity) ซึ่งหมายถึงการมีโรคเรื้อรังตั้งแต่สองโรคขึ้นไปในบุคคลเดียว ภาวะนี้มีความซับซ้อนในการดูแลสูง ใช้ทรัพยากรมาก และเป็นประเด็นสุขภาพที่สำคัญที่สุดในระบบบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 15 เป็นกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียงที่ต้องการการพึ่งพิง ทำให้ระบบบริการต้องเปลี่ยนจากการดูแลเฉียบพลันไปสู่การบูรณา

การ การดูแลระยะยาว (long-term care; LTC) และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชนอย่างเป็นระบบ

สังคมไร้วัย (Age-neutral society) คืออะไร

สังคมไร้วัย คือ วิสัยทัศน์ที่มุ่งเน้นการขจัดอคติทางอายุ โดยให้ความสำคัญกับทักษะ ความสามารถ และศักยภาพของบุคคล แทนที่จะใช้ “อายุตามปฏิทิน” เป็นข้อจำกัด ในการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมือง แนวคิดนี้สอดคล้องกับการผลักดัน “active aging” ที่เน้นให้ผู้สูงอายุมีสภาพดี มีความมั่นคง และมีการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อรักษาทักษะทางปัญญาและคุณภาพชีวิตที่ดี

เริ่มต้นจากการออกแบบที่เป็นสากล (Universal design; UD) เพื่อสังคมไร้วัย

การสร้างสังคมไร้วัยต้องอาศัยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพควบคู่ไปด้วย การออกแบบที่เป็นสากล มีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดปัจจัยเสี่ยงภายนอก ที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การออกแบบสถาปัตยกรรมและบริการจึงต้องเป็นไปตามหลัก UD เช่น การจัดให้มีทางลาด อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้าย และพื้นที่ส่วนกลางสำหรับกิจกรรมทางสังคม บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงต้องขยายไปสู่การประเมินและแนะนำการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้านและชุมชนตามหลัก UD

การจัดการผู้ป่วยหลายโรคร่วม (Multimorbidity management)

ผู้ป่วย multimorbidity มีความซับซ้อนสูงและต้องการการดูแลที่บูรณาการทั้งในระดับระบบสุขภาพ (เน้นการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมความเป็นแพทย์ทั่วไป มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ) และระดับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (เน้นความสัมพันธ์แพทย์-ผู้ป่วย การจัดลำดับความสำคัญร่วมกัน และสนับสนุนการจัดการตนเอง) การขาดการบูรณาการที่แท้จริงนี้ทำให้ผลลัพธ์การรักษาไม่ดีและต้นทุนสูง

รูปแบบบริการ LTC และ hospice care ที่จำเป็นต้องยกระดับ

สถานบริการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องยกระดับมาตรฐานและอาจปรับไปสู่รูปแบบกึ่งบ้านกึ่งโรงพยาบาล หรือ hospice care เพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและเรื้อรังอย่างเข้มข้น ในเชิงนโยบาย รัฐได้กำหนดเป้าหมายให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการ LTC ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีการจัดตั้ง LTC Center ในหน่วยบริการปฐมภูมิแม่ข่ายทุกแห่ง

หลักการ “4 C’s” ของเวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยซับซ้อน

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการจัดการผู้ป่วย multimorbidity โดยยึดหลัก

การ “4 C’s” ของบริการปฐมภูมิ: 1) บริการด้านแรก (first-contact care) 2) ความต่อเนื่อง (continuity) 3) ความครอบคลุม (comprehensiveness) และ 4) การประสานงาน (coordination of care) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการ “รวบรวมภาพรวมสุขภาพทั้งหมด” (putting the whole picture together) ของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน โดยทำหน้าที่เป็นผู้นำทีม (team leadership) และผู้จัดการระบบ (system manager) ความสามารถในการให้บริการต่อเนื่องและบริการเชื่อมโยง ช่วยในการแก้ปัญหาความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลและการส่งต่อผู้ป่วย ทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็น “สถานปนิ” ที่ออกแบบการดูแลส่วนบุคคล (individualized care) ที่สมดุล

ดังนั้น การเปลี่ยนผ่านสู่ “สังคมไร้วัย” เป็นความจำเป็นทางยุทธศาสตร์เพื่อรับมือกับวิกฤตประชากรที่กำลังคุกคามประเทศ “แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว” ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านความต่อเนื่อง ความครอบคลุม และการประสานงานของระบบบริการ (4 C’s) จะเปรียบเสมือน “สถานปนิสุขภาพ” ที่มีสมรรถนะครบถ้วนในการบูรณาการการดูแลผู้ป่วย multimorbidity การบริหารจัดการระบบ LTC ที่ขาดรอยต่อ และการเชื่อมโยงการดูแลทางการแพทย์เข้ากับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและสังคม FPP จึงเป็นแกนหลักในการสร้างสังคมที่ทุกคนในทุกช่วงวัยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีและยั่งยืน.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและลักษณะทางคลินิกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบ
ในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

พงศ์ศักดิ์ เอี่ยมไธสง, พ.บ.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ผู้รับผิดชอบบทความ:

พงศ์ศักดิ์ เอี่ยมไธสง, พ.บ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
49 ถ.ช้างเผือก ต.ในเมือง
อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000,
ประเทศไทย
Email: pongsak.iam@thai-
fammed.org

Received: March 30, 2024;

Revised: June 5, 2024;

Accepted: September 11, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: เบาหวานระยะสงบ คือ การที่ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 คมน้ำตาลในเลือดให้ต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยเบาหวานโดยไม่ต้องใช้ยา ในประเทศไทยเพ็ญนิยมอย่างเป็นทางการเมื่อปี พ.ศ. 2565 จึงยังมีการศึกษาน้อย โดยเฉพาะความชุกของเบาหวานระยะสงบในประเทศไทย งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและลักษณะทางคลินิกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์และวิธีการ: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองทั้ง 4 แห่ง ในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่มีประวัติรับบริการในช่วง 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565-30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 สุ่มตัวอย่างจำนวน 460 คน เก็บข้อมูลโดยการสืบค้นเวชระเบียนย้อนหลัง เกณฑ์วินิจฉัยผู้เป็นเบาหวานระยะสงบ คือ HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 6.5 ติดต่อกัน ≥ 2 ครั้ง เวลาห่างกัน ≥ 3 เดือน และไม่ได้รับยาเบาหวานในทั้งสองครั้งดังกล่าว

ผลการศึกษา: จากกลุ่มตัวอย่าง 460 ราย พบผู้เป็นเบาหวานระยะสงบ 19 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 4.1 (95%CI: = 2.3-6.0) โดยพบความชุกสูงสุดในผู้มีดัชนีมวลกายเมื่อวินิจฉัย 18.5-22.9 กก./ตร.ม. (ความชุกร้อยละ 11.2, 95%CI: = 4.3-18.2) รองลงมาคือการไม่ใช้ยาเมื่อวินิจฉัย และการที่ดัชนีมวลกายลดลง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10.0 (ความชุกร้อยละ 7.4, 95%CI: = 1.1-13.6 และร้อยละ 6.9, 95%CI: = 1.0-12.9 ตามลำดับ)

สรุป: เบาหวานระยะสงบในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการดูแลแบบปกติในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในผู้มีดัชนีมวลกายปกติหรือดัชนีมวลกายลดลง อาจใช้เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวทางรักษาเบาหวานต่อไป

คำสำคัญ: เบาหวานระยะสงบ เบาหวานชนิดที่ 2 ความชุก

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Characteristics of Diabetes Remission of Type 2 Diabetes in Routine Primary Care

Pongsak Iamthaisong, M.D.

Department of Social Medicine, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Thailand

Corresponding author :

Pongsak Iamthaisong, M.D.,
Department of Social
Medicine, Maharat Nakhon
Ratchasima Hospital, 49
Chang Phueak Road, Nai
Mueang Subdistrict, Mueang
District, Nakhon Ratchasima
30000, Thailand
Email: pongsak.iam@thai-
fammed.org

Received: March 30, 2024;

Revised: June 5, 2024;

Accepted: September 11,
2024

ABSTRACT

Background: Diabetes remission is defined as type 2 diabetic individuals maintaining blood sugar levels below the diagnostic threshold for diabetes without the need for medication. This concept was officially defined in Thailand in 2022. Researchers are therefore interested in assessing the prevalence of diabetes remission in the routine primary care setting.

Objectives: To assess the prevalence and characteristics of diabetes remission of type 2 diabetes in routine primary care settings.

Method: This is a retrospective descriptive study of type 2 diabetes individuals who received services at four community medical centers within the Maharat Nakhon Ratchasima Hospital network between July 1, 2022, and June 30, 2023. Four hundred and sixty individuals were randomly selected, and data were collected through reviewing medical records. In this study, diabetes remission was defined as those with HbA1c < 6.5% on two outpatients visits, with a time interval of at least three months, and who did not receive diabetes medication during both visits.

Results: Among 460 individuals, 19 were identified with diabetes remission, a prevalence of 4.1% (95%CI: = 2.3-6.0). The highest prevalence was observed in individuals with a body mass index (BMI) at diagnosis of 18.5-22.9 kg/m² (prevalence of 11.2%, 95%CI: = 4.3-18.2). This was followed by no medication use at diagnosis and a reduction of BMI ≥ 10% (prevalence of 7.4%, 95%CI: = 1.1-13.6 and 6.9%, 95%CI: = 1.0-12.9, respectively).

Conclusion: Remission of type 2 diabetes in routine care settings can be achieved, particularly in those with normal or decreased BMI. Comparisons of outcomes regarding the ongoing diabetes treatment guidelines can be made.

Keywords: diabetes remission, diabetes mellitus type 2, prevalence

บทนำ

โรคเบาหวานจัดเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยที่สุด¹ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย² ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาระเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ³ จากฐานข้อมูล Health Data Center⁴ พบอัตราผู้เป็นเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากพิจารณาอัตราผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานรายใหม่มีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งอัตรากลับมาเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2564 จนถึงปี พ.ศ. 2565⁵ และการควบคุมระดับน้ำตาลตามเป้าหมาย แม้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁶ แต่ก็ได้เพียงร้อยละ 40.0⁷

แต่จากเดิมที่โรคเบาหวานถูกระบุว่าเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการศึกษาใหม่ ๆ ที่มีแนวโน้มชี้ให้เห็นว่าโรคเบาหวานมีโอกาสมารักษาให้หายได้⁸ ปัจจุบันมีการรักษาที่สามารถช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยเบาหวานโดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลได้ โดยเรียกภาวะนี้ว่า diabetes remission หรือเบาหวานระยะสงบ⁹ การจะเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบสามารถทำได้ 3 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (intensive lifestyle modification) การผ่าตัดลดน้ำหนัก (bariatric surgery) และการใช้ยา ซึ่งอาจใช้ร่วมกันได้⁵ ในประเทศไทยเอง ได้มีการออก “แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข”⁹ โดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมและภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้เป็นเบาหวาน เป็นการกำหนดนิยามเบาหวานระยะสงบอย่างเป็นทางการในประเทศไทย

แม้จะไม่มีนิยามเบาหวานระยะสงบมาก่อนหน้านี้ ทว่าในการให้บริการดูแลผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริการปฐมภูมินั้นก็มีการใช้าร่วมกับการแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่แล้ว แม้อาจจะไม่ถึงขั้นระบุได้ว่าเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ผู้วิจัยจึงต้องการทราบว่า การให้บริการแบบเดิมของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น

ทำให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถเข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้บ้างหรือไม่ มากน้อยเพียงใด ซึ่งมีหลายการศึกษาในต่างประเทศพบว่าอุบัติการณ์การเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในบริบทการรักษาแบบเดิม มีตั้งแต่ 1.60 ต่อพันประชากร-ปี (Karter และคณะ, 2014)¹⁰, 9.7 ต่อพันประชากร-ปี (Holman และคณะ, 2022)¹¹, ไปจนถึง 10.5 ต่อพันประชากร-ปี (Fujihara และคณะ, 2023)¹² นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความชุกของการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบในสก็อตแลนด์ พบความชุกร้อยละ 4.8 (Captieux และคณะ, 2021)¹³ ซึ่งหลาย ๆ การศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกายแรกวินิจฉัยระดับการลดดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมแรกวินิจฉัย และการได้หรือไม่ได้รับยาลดน้ำตาล อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษามาก่อนในประเทศไทยเพราะยังไม่มีนิยามภาวะนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในเรื่องนี้โดยเริ่มต้นจากการศึกษาความชุกของเบาหวานระยะสงบในการให้บริการแบบเดิมก่อนที่จะมีการออกแนวทางดังกล่าว เพื่อจะเป็นประโยชน์ในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการให้การดูแลผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและลักษณะทางคลินิกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยศึกษาในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองทั้ง 4 แห่ง ในเครือข่ายบริการเมืองยา 4 หัวทะเล โรงพยาบาลมหาสารคามราชสิมา จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งได้แก่ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 1 หัวทะเล ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 วัดป่าสาละวัน ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 12 จอหอ และคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ในช่วง 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565-30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยการสืบค้นเวชระเบียนย้อนหลัง

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา คือ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยหลังอายุ 30 ปีขึ้นไป และมีผลตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในเวชระเบียน อย่างน้อย 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 3 เดือนขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก หากข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบ หรือผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วมรุนแรง เช่น โรคไตเรื้อรังที่มีค่าประมาณอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate; eGFR) < 30 มิลลิตร/นาที่/1.732 ตารางเมตร โรคหัวใจล้มเหลวรุนแรงหรืออาการไม่คงที่ โรคหัวใจขาดเลือดใน 6 เดือน หรือผู้เป็นเบาหวานที่ตั้งครรภ์ หรือมีปัจจัยที่อาจรบกวนผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c)¹⁴ เช่น ภาวะไม่มีม้าม ภาวะโลหิตจาง ความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง การได้รับเลือด การได้รับ erythropoietin

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรเมื่อทราบขนาดประชากร (Finite population proportion)¹⁵ ดังนี้

$$n = \frac{NP(1-P)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{e^2(N-1) + P(1-P)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

ซึ่งจากฐานข้อมูลผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองทั้ง 4 แห่งที่ทำการศึกษามีจำนวนรวมทั้งสิ้น 2,323 คน โดยค่าสัดส่วนของโรค (P) อ้างอิงจากการศึกษาของ Captieux และคณะ (2021)¹³ ซึ่งพบว่าความชุกร้อยละ 4.8 (p = 0.048) ผู้วิจัยกำหนดให้ค่าความกระชับของการประมาณค่า (precision of estimation: absolute e) ที่ยอมรับได้เป็น 0.02 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z_{1-\alpha/2} = 1.96$) จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 370 คน ผู้วิจัยคาดว่าอาจจะมีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างอาจสูญหายหรือถูกคัดออกเนื่องจากข้อมูลไม่สมบูรณ์ได้ประมาณร้อยละ 20 จึงประมาณการเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 460 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากบัญชีรายชื่อของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการของแต่ละหน่วย เก็บข้อมูลโดยการสืบค้นเวชระเบียน และเก็บข้อมูลด้วยแบบเก็บข้อมูลทางคลินิก ประกอบไปด้วยตัวแปร คือ เพศ อายุ (ปัจจุบัน) โรคร่วม โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน อายุ (เมื่อวินิจฉัย) ดัชนีมวลกาย (เมื่อ

วินิจฉัย) ระดับน้ำตาลสะสมเมื่อวินิจฉัย ยาเบาหวานที่ได้รับ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลสะสมปัจจุบัน และยาเบาหวานที่ได้รับปัจจุบัน

ในการศึกษานี้มีการกำหนดเกณฑ์วินิจฉัยเบาหวานระยะสงบ อ้างอิงจาก “แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข”⁹ คือ ผู้ที่มีระดับน้ำตาลสะสมน้อยกว่าร้อยละ 6.5 ติดต่อกันตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ระยะเวลาห่างกัน 3 เดือนขึ้นไป และไม่ได้รับยาเบาหวานในการเข้ารับบริการทั้งสองครั้งดังกล่าว

การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) บรรยายลักษณะทางคลินิกโดยใช้ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความชุกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดและในกลุ่มย่อยตามลักษณะทางคลินิก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ในการประมาณค่า ช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confident interval, CI)

ผู้วิจัยยื่นขออนุญาตทำการศึกษา และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาสารคามราชสิมา

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 460 ราย ลักษณะทั่วไปดังแสดงในตารางที่ 1 พบมีผู้ที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยเบาหวานระยะสงบจำนวน 19 ราย คิดเป็นความชุก (prevalence) ร้อยละ 4.1 (95%CI: 2.3-6.0) โดยหากวิเคราะห์ในกลุ่มย่อยตามลักษณะทางคลินิกแต่ละกลุ่ม ดังตารางที่ 2 จะพบความชุกได้ตั้งแต่ร้อยละ 1.2-11.2 โดยลักษณะทางคลินิกที่มีความชุกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบสูงที่สุดได้แก่ การมีดัชนีมวลกายเมื่อแรกวินิจฉัยอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กก./ตร.ม. มีความชุกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบร้อยละ 11.2 (95%CI: 4.3-18.2) รองลงมาคือการไม่ได้เริ่มยาเมื่อแรกวินิจฉัย และการที่ดัชนีมวลกายลดลง $\geq 10\%$ โดยมีความชุกเป็นร้อยละ 7.4 (95%CI: 1.1-13.6) และ 6.9 (95%CI: 1.0-12.9) ตามลำดับ

ตารางที่ 1. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์เบาหวานระยะสงบ

	รวม (n = 460)	เข้าเกณฑ์ เบาหวานระยะสงบ (n = 19)	ไม่เข้าเกณฑ์ เบาหวานระยะสงบ (n = 441)
เพศ, คน (ร้อยละ)			
ชาย	168 (36.5)	2 (10.5)	166 (37.6)
หญิง	292 (63.5)	17 (89.5)	275 (62.4)
อายุปัจจุบัน, คน (ร้อยละ)			
< 40 ปี	8 (1.7)	0 (0)	8 (1.8)
40-49 ปี	27 (5.9)	2 (10.6)	25 (5.7)
50-59 ปี	128 (27.8)	3 (15.8)	125 (28.3)
60-69 ปี	159 (34.6)	7 (36.8)	152 (34.5)
70-79 ปี	113 (24.6)	7 (36.8)	106 (24.0)
≥ 80 ปี	25 (5.4)	0 (0.0)	25 (5.7)
Mean±SD (ปี)	63.7±11.5	65.0±10.7	63.6±11.6
การมีโรคร่วม, คน (ร้อยละ)			
ไม่มีโรคร่วม	21 (4.6)	1 (5.3)	20 (4.5)
โรคความดันโลหิตสูง	370 (80.4)	18 (94.7)	352 (79.8)
โรคไขมันในเลือดสูง	327 (71.1)	13 (68.4)	314 (71.2)
โรคหัวใจเต้นพลิ้ว/โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/โรคหอบหืด	10 (2.17)	0 (0.0)	10 (2.3)
โรคอื่น ๆ	23 (5.0)	1 (5.3)	22 (5.0)
ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน, คน (ร้อยละ)			
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	328 (71.3)	16 (84.2)	312 (70.8)
ภาวะแทรกซ้อนทางตา	25 (5.4)	0 (0)	25 (5.7)
ภาวะแทรกซ้อนทางไต	88 (19.1)	3 (15.8)	85 (19.3)
ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	12 (2.6)	0 (0.0)	12 (2.72)
โรคหลอดเลือดหัวใจ	6 (1.3)	0 (0.0)	6 (1.4)
โรคหลอดเลือดสมอง	20 (4.4)	0 (0.0)	20 (4.5)
อายุเมื่อแรกวินิจฉัย, คน (ร้อยละ)			
< 40 ปี	28 (6.1)	0 (0.0)	28 (6.4)
40-49 ปี	86 (18.7)	3 (15.8)	83 (18.8)
50-59 ปี	178 (38.7)	10 (52.6)	168 (38.1)
60-69 ปี	132 (28.7)	5 (26.3)	127 (28.8)
70-79 ปี	35 (7.6)	1 (5.3)	34 (7.7)
≥ 80 ปี	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)
Mean±SD (ปี)	55.7±9.8	56.1±8.5	55.7±9.9
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน, คน (ร้อยละ)			
< 1 ปี	19 (4.1)	0 (0)	19 (4.3)
1-2.9 ปี	85 (18.5)	4 (21.1)	81 (18.4)
3-4.9 ปี	74 (16.1)	2 (10.5)	72 (16.3)
5-9.9 ปี	123 (26.7)	5 (26.3)	118 (26.8)
10-14.9 ปี	100 (21.8)	5 (26.3)	95 (21.5)
≥ 15 ปี	59 (12.8)	3 (15.8)	56 (12.7)
Mean±SD (ปี)	8.0±7.0	9.0±5.8	8.0±7.1

ตารางที่ 1. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์เบาหวานระยะสงบ (ต่อ)

	รวม (n = 460)	เข้าเกณฑ์ เบาหวานระยะสงบ (n = 19)	ไม่เข้าเกณฑ์ เบาหวานระยะสงบ (n = 441)
ดัชนีมวลกายเมื่อแรกวินิจฉัย, คน (ร้อยละ)			
< 18.5 กก./ตร.ม.	10 (2.2)	0 (0.0)	10 (2.3)
18.5-22.9 กก./ตร.ม.	80 (17.4)	9 (47.3)	71 (16.1)
23.0-24.9 กก./ตร.ม.	99 (21.5)	4 (21.1)	95 (21.5)
25.0-29.9 กก./ตร.ม.	162 (35.2)	2 (10.5)	160 (36.3)
≥ 30 กก./ตร.ม.	109 (23.7)	4 (21.1)	105 (23.8)
Mean ± SD (กก./ตร.ม.)	26.8±4.9	25.5±5.7	26.9±4.9
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) เมื่อแรกวินิจฉัย, คน (ร้อยละ)			
ร้อยละ 6.5-6.9	82 (17.8)	5 (26.3)	77 (17.5)
ร้อยละ 7.0-7.9	173 (37.6)	7 (36.8)	166 (37.6)
ร้อยละ 8.0-8.9	75 (16.3)	3 (15.8)	72 (16.3)
ร้อยละ 9.0-9.9	33 (7.2)	3 (15.8)	30 (6.8)
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10.0	97 (21.1)	1 (5.3)	96 (21.8)
Mean ± SD (%)	8.6±2.2	7.9±1.4	8.6±2.3
การได้รับยาลดระดับน้ำตาลเมื่อแรกวินิจฉัย, คน (ร้อยละ)			
ไม่ได้รับยา	68 (14.8)	5 (26.3)	63 (14.3)
ได้รับยากิน 1 ชนิด	287 (62.4)	14 (73.7)	273 (61.9)
ได้รับยากินมากกว่า 1 ชนิด	94 (20.4)	0 (0.0)	94 (21.3)
ได้รับยาฉีดอินซูลิน (และ/หรือยากิน)	11 (2.4)	0 (0.0)	11 (2.5)
ดัชนีมวลกายที่เปลี่ยนแปลง, คน (ร้อยละ)			
ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10	72 (15.7)	5 (26.3)	67 (15.2)
ลดลงร้อยละ 5.0-9.9	87 (18.9)	5 (26.3)	82 (18.6)
ลดลงร้อยละ 0-4.9	142 (30.9)	5 (26.3)	137 (31.1)
เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.1-4.9	77 (16.7)	4 (21.1)	73 (16.5)
เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5	82 (17.8)	0 (0.0)	82 (18.6)

ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยเบาหวานระยะสงบจำนวน 19 ราย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.5 อายุเฉลี่ย 65.0 ± 10.7 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี และช่วงอายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.8 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 84.2 อายุเฉลี่ยเมื่อแรกวินิจฉัยเบาหวาน 56.1 ± 8.5 ปี โดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเมื่ออยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.6 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานจนถึงช่วงที่ทำการศึกษาเฉลี่ย 9.0 ± 5.8 ปี โดยส่วนใหญ่

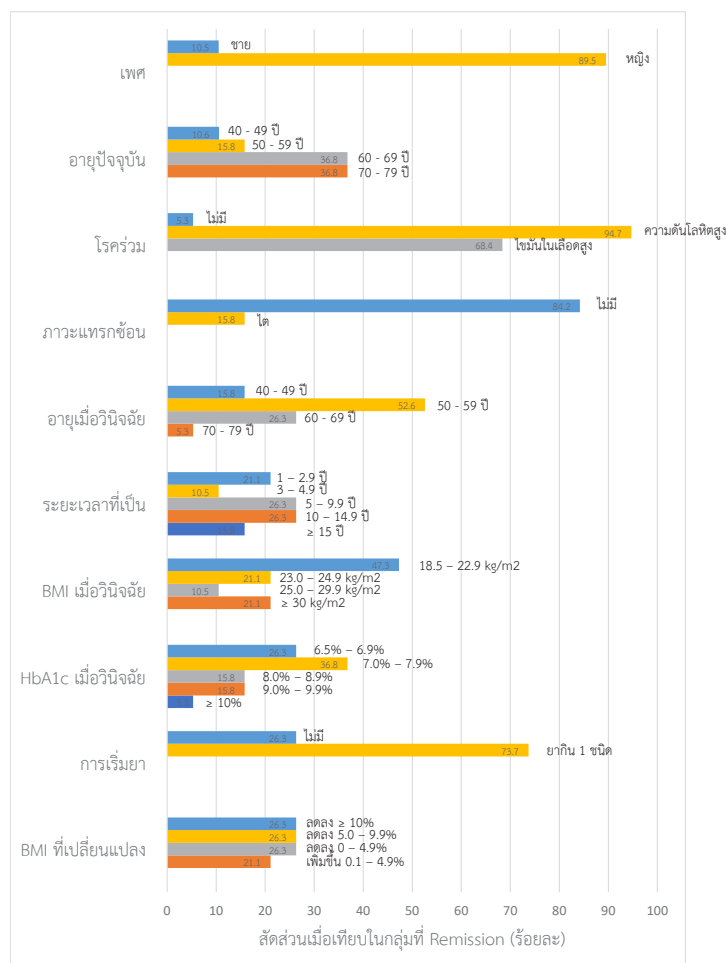
อยู่ในช่วง 5-9.9 ปี และช่วง 10-14.9 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.3 เท่ากัน ดัชนีมวลกายเมื่อแรกวินิจฉัยเฉลี่ยอยู่ที่ 25.5 ± 5.7 กก./ตร.ม. โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18.5-22.9 กก./ตร.ม. คิดเป็นร้อยละ 47.3 มีระดับน้ำตาลสะสม เมื่อแรกวินิจฉัยเฉลี่ย 7.9% ± 1.4 โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง ร้อยละ 7.0-7.9 คิดเป็นร้อยละ 36.8 ส่วนใหญ่ได้เริ่มยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่แรกวินิจฉัย โดยเริ่มด้วยยากินเพียง 1 ชนิด คิดเป็นร้อยละ 73.7 ไม่พบผู้เป็นเบาหวานระยะสงบในกลุ่มที่เริ่มใช้ยากินมากกว่า 1 ชนิด หรือเริ่มใช้ยาฉีดอินซูลิน และดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเมื่อแรกวินิจฉัยเทียบกับช่วงที่ทำการ

ตารางที่ 2. ข้อมูลความชุกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบโดยวิเคราะห์ในแต่ละกลุ่มย่อย

	Total (n)	Remission (n)	Prevalence (%)	95% Confi- dence interval
Overall	460	19	4.1	2.3-6.0
เพศ				
ชาย	168	2	1.2	0.4-2.8
หญิง	292	17	5.8	-3.1-8.5
อายุปัจจุบัน				
< 40 ปี	8	0	-	-
40-49 ปี	27	2	7.4	-2.7 - 17.5
50-59 ปี	128	3	2.3	-0.3-5.0
60-69 ปี	159	7	4.4	1.2-7.6
70-79 ปี	113	7	6.2	1.7-10.7
≥ 80 ปี	25	0	-	-
การมีโรคร่วม				
ไม่มีโรคร่วม	21	1	4.8	-4.6-14.1
โรคความดันโลหิตสูง	370	18	4.9	2.7-7.1
โรคไขมันในเลือดสูง	327	13	4.0	1.8-6.1
โรคหัวใจเต้นพลิ้ว/โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ	1	0	-	-
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/โรคหอบหืด	10	0	-	-
โรคอื่น ๆ	23	1	4.3	-4.2-12.9
ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน				
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	328	16	4.9	2.5-7.2
ภาวะแทรกซ้อนทางตา	25	0	-	-
ภาวะแทรกซ้อนทางไต	88	3	3.4	-0.4-7.2
ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	12	0	-	-
โรคหลอดเลือดหัวใจ	6	0	-	-
โรคหลอดเลือดสมอง	20	0	-	-
อายุเมื่อแรกวินิจฉัย				
< 40 ปี	28	0	-	-
40-49 ปี	86	3	3.5	-0.4-7.4
50-59 ปี	178	10	5.6	2.2-9.0
60-69 ปี	132	5	3.8	0.5-7.1
70-79 ปี	35	1	2.8	-2.7-8.5
≥ 80 ปี	1	0	-	-
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน				
< 1 ปี	19	0	-	-
1-2.9 ปี	85	4	4.7	0.2-9.2
3-4.9 ปี	74	2	2.7	-1.0-6.4
5-9.9 ปี	123	5	4.1	0.6-7.6
10-14.9 ปี	100	5	5.0	0.7-9.3
≥ 15 ปี	59	3	5.1	-0.6-10.8
ดัชนีมวลกายเมื่อแรกวินิจฉัย				
< 18.5 กก./ตร.ม.	10	0	-	-
18.5-22.9 กก./ตร.ม.	80	9	11.2	4.3-18.2
23.0-24.9 กก./ตร.ม.	99	4	4.0	0.1-7.9
25.0-29.9 กก./ตร.ม.	162	2	1.2	-0.5-2.9
≥ 30 กก./ตร.ม.	109	4	3.7	0.1-7.2

ตารางที่ 2. ข้อมูลความชุกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบโดยวิเคราะห์ในแต่ละกลุ่มย่อย (ต่อ)

	Total (n)	Remission (n)	Prevalence (%)	95% Confi- dence interval
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) เมื่อแรกวินิจฉัย				
ร้อยละ 6.5-6.9	82	5	6.1	0.9-11.3
ร้อยละ 7.0-7.9	173	7	4.0	1.1-7.0
ร้อยละ 8.0-8.9	75	3	4.0	-0.5-8.5
ร้อยละ 9.0-9.9	33	3	9.1	-0.9-19.1
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10.0	97	1	1.0	-1.0-3.1
การได้รับยาลดระดับน้ำตาลเมื่อแรกวินิจฉัย				
ไม่ได้รับยา	68	5	7.4	1.1-13.6
ได้รับยาเกิน 1 ชนิด	287	14	4.9	2.4-7.4
ได้รับยาเกิน 1 ชนิด	94	0	-	-
ได้รับยาฉีดอินซูลิน (และ/หรือยาเกิน)	11	0	-	-
ดัชนีมวลกายที่เปลี่ยนแปลง				
ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10	72	5	6.9	1.0-12.9
ลดลงร้อยละ 5.0-9.9	87	5	5.7	0.8-10.7
ลดลงร้อยละ 0-4.9	142	5	3.5	0.5-6.6
เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.1-4.9	77	4	5.2	0.2-10.2
เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5	82	0	-	-



แผนภูมิที่ 1. ลักษณะทางคลินิกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

ศึกษา ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายไม่เปลี่ยนแปลงหรือลดลง ไม่พบผู้เป็นเบาหวานระยะสงบในกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นมาก กว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5

วิจารณ์

จากผลการศึกษาหลักของการวิจัยในครั้งนี้เพื่อหาความชุกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าความชุกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบคิดเป็นร้อยละ 4.1 (95%CI: 2.3-6.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Captieux และคณะ (2021) พบความชุกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบในประเทศสก็อตแลนด์ ร้อยละ 4.8 (95%CI: 4.7-4.9)¹³ นอกจากนั้นยังมีการการศึกษาของ Karter และคณะ (2014), Holman และคณะ (2022), และ Fujihara และคณะ (2023) ทำการศึกษาาระบาดวิทยาของเบาหวานระยะสงบในการรักษาแบบปกติ ซึ่งพบอุบัติการณ์เบาหวานระยะสงบเป็น 1.60 ต่อพันประชากร-ปี (95%CI: 1.53-1.68)¹⁰, 9.7 ต่อพันประชากร-ปี (95%CI: 9.6-9.8)¹¹, และ 10.5 ต่อพันประชากร-ปี¹² อย่างไรก็ตาม ทุกการศึกษาดังกล่าวให้ข้อสรุปไปในแนวทางเดียวกัน คือ การเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในการรักษาแบบปกติสามารถเกิดขึ้นได้ แต่มีโอกาสนพได้น้อย

เมื่อวิเคราะห์ความชุกในกลุ่มย่อยตามลักษณะทางคลินิก จะพบความชุกได้ตั้งแต่ร้อยละ 1.2-11.2 โดยลักษณะทางคลินิกที่มีความชุกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบสูงที่สุดได้แก่ การมีดัชนีมวลกายเมื่อแรกวินิจฉัยอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กก./ตร.ม. มีความชุกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบร้อยละ 11.2 (95%CI: 4.3-18.2) รองลงมาคือการไม่ได้เริ่มยาเมื่อแรกวินิจฉัย และการที่ดัชนีมวลกายลดลง $\geq 10\%$ โดยมีความชุกเป็นร้อยละ 7.4 (95%CI: 1.1-13.6) และ 6.9 (95%CI: 1.0-12.9) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Karter และคณะ (2014) ซึ่งระบุว่าอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยาในตอนเริ่มการรักษา¹⁰ การศึกษาของ Captieux และคณะ (2021) ระบุว่า การไม่เคยได้รับยาลดน้ำตาลในเลือดมีโอกาสเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็น

14.6 เท่า¹³ Holman และคณะ (2022) ที่ระบุว่า การไม่ได้รับยาลดน้ำตาล การลดระดับน้ำตาลสะสม และการลดดัชนีมวลกายลงได้ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ¹¹ และการศึกษาของ Fujihara และคณะ (2023) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยไม่นาน น้ำตาลสะสมแรกวินิจฉัยไม่สูง ดัชนีมวลกายแรกวินิจฉัยสูง การลดดัชนีมวลกายได้มากภายใน 1 ปี และการไม่ได้ใช้ยาเมื่อเริ่มรักษา สัมพันธ์กับการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ¹² แต่ก็มีข้อแตกต่างในส่วนของดัชนีมวลกายเมื่อแรกวินิจฉัย ซึ่งการศึกษานี้พบความชุกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบสูงที่สุดในผู้มีดัชนีมวลกายปกติ (18.5-22.9 กก./ตร.ม.) ในขณะที่การศึกษาส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายแรกวินิจฉัยสูง หรือการลดดัชนีมวลกาย/น้ำหนักได้มาก เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ

เมื่อพิจารณาลักษณะทางคลินิกต่าง ๆ เฉพาะในกลุ่มที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัยเบาหวานระยะสงบ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Holman และคณะ (2022)¹¹

อายุปัจจุบันอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี และช่วงอายุ 70-79 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Karter และคณะ (2014) พบปัจจัยด้านอายุมากกว่า 65 ปี¹⁰ และการศึกษาของ Captieux และคณะ (2021) พบปัจจัยด้านอายุมากตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป¹³

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้มีทั้งส่วนที่สอดคล้องและที่แตกต่างจากการศึกษาที่นำมาเปรียบเทียบ เนื่องจากเป็น การศึกษาในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาการเก็บข้อมูลและลักษณะประชากร เนื่องจากการศึกษาที่นำมาเปรียบเทียบส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลขนาดใหญ่และประชากรจำนวนมาก แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาก็ให้ผลสรุปไปในทางเดียวกันว่า ภาวะเบาหวานระยะสงบในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยการดูแลแบบปกติก็สามารถเกิดขึ้นได้แต่อาจมีความชุกน้อย เช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นในภูมิภาคอื่น ๆ ดังการศึกษาที่ได้ยกมาเปรียบเทียบ ซึ่งในอนาคตเมื่อมีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขมาใช้ในบริการปฐมภูมิ ก็อาจเห็นผลของ

ความชุกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบที่เปลี่ยนไปจากนี้ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลที่จะนำไปต่อยอดและใช้ประโยชน์ เช่น นำไปเปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบในอนาคต การให้โอกาสได้รับการรักษาเพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ หากผู้ป่วยมีความประสงค์ แม้จะมีช่วงอายุ 40-79 ปี หรือแม้แต่ผู้ที่เป็นเบาหวานมากกว่า 15 ปี และแนะนำว่าการควบคุมหรือลดดัชนีมวลกายลงจากเดิมหรือให้อยู่ในระดับปกติ น่าจะเป็นผลดีและมีโอกาสเข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้มากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น

การศึกษานี้มีข้อดีคือเป็นการศึกษาในระดับบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ซึ่งใกล้เคียงกับบริบทของหลายหน่วยบริการที่อาจมีข้อจำกัดด้านยา ทำให้ผลการรักษาและการควบคุมเบาหวานในการศึกษานี้ น่าจะใช้เทียบเคียงได้กับหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางย้อนหลัง จึงไม่สามารถบอกความสัมพันธ์ของปัจจัยได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (analytic study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้ชัดเจนขึ้น อาจศึกษาการเกิดภาวะเบาหวานระยะสงบในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น กลุ่มวัยกลางคน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้มีภาวะอ้วน โดยการกำหนดขนาดตัวอย่างและกลุ่มเปรียบเทียบที่ชัดเจนตั้งแต่แรก หรือมีการศึกษาผลระยะยาวของการเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ

Highlight

1. พบความชุกของผู้เป็นเบาหวานระยะสงบ ร้อยละ 4.1 (95%CI: = 2.3-6.0)
2. ความชุกมากที่สุดของผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเมื่อแรกวินิจฉัยอยู่ในช่วงปกติ
3. ไม่พบผู้เป็นเบาหวานระยะสงบในกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5.00

เอกสารอ้างอิง

1. Goldman L, Schafer AL. Goldman-Cecil Medicine E-Book. (26th Edition). New York: Elsevier - OHCE; 2019.
2. ธัญสร ศรีสุนา, เกษมศรี สิลม, ญานิดา นวกุล, มานิตย์ แซ่เตียว, พีรวัฒน์ จินาทองไทย. อัตราการควบคุมน้ำตาลและการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลม่วงสามสิบ อ่างทองม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2557;9:175.
3. ญัฐพร สุขพอดิ. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับเบาหวาน. นนทบุรี : สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2550.
4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565. นนทบุรี : กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564.
5. คณะทำงานจัดทำรายงานประจำปีของกองโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ : อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์, 2565.
6. Sakboonyarat B, Pima W, Chokbunrungsuk C, Pimpak T, Khunsri S, Ukritchon S, et al. National trends in the prevalence of glycemic control among patients with type 2 diabetes receiving continuous care in Thailand from 2011 to 2018. Sci Rep. 2021;11(1):14260. PubMed PMID: 34253809
7. Puangpet T, Pongkunakorn T, Chulkarat N, Bunlangjit C, Surawit A, Pinsawas B, et al. Control and complications of diabetes in urban primary care units in Thailand: a cross-sectional study. BMC Prim Care. 2022;23(1):212. PubMed PMID: 35996081
8. Kalra S, Bantwal G, Kapoor N, Sahay R, Bhattacharya S, Anne B, et al. Quantifying remission probability in type 2 diabetes mellitus. Clin Pract. 2021;11: 850-9.
9. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2565.
10. Karter AJ, Nundy S, Parker MM, Moffet HH, Huang ES. Incidence of remission in adults with type 2 diabetes: the diabetes & aging study. Diabetes Care. 2014;37:3188-95.
11. Holman N, Wild SH, Khunti K, Knighton P, O'Keefe J, Bakhai C, et al. Incidence and characteristics of remission of type 2 diabetes in England: a cohort study using the national diabetes audit. Diabetes Care. 2022;45:1151-61. PubMed PMID: 35320360
12. Fujihara K, Khin L, Murai K, Yamazaki Y, Tsuruoka K, Yagyuda N, et al.; JDDM Study Group. Incidence and predictors of remission and relapse of type 2 diabetes mellitus in Japan: Analysis of a nationwide patient registry (JDDM73). Diabetes Obes Metab.

- 2023;25:2227-35.
13. Captieux M, Fleetwood K, Kennon B, Sattar N, Lindsay R, Guthrie B, Wild SH; Scottish Diabetes Research Network Epidemiology Group. Epidemiology of type 2 diabetes remission in Scotland in 2019: A cross-sectional population-based study. *PLoS Med.* 2023;18(11):e1003828. PubMed PMID: 34727107
 14. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์, 2566.
 15. Wayne W. Daniel. *Biostatistics: a Foundation for Analysis In the Health Sciences*. 6th ed. New York: Wiley & Sons, 1995.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของการใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจผ่านบริการโทรเวชกรรม
สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้
ในหน่วยบริการปฐมภูมิไทรภพ ทองงามดี, พ.บ.¹, อธิติกาญจน์ ผสมบุญ, พ.บ.²¹โรงพยาบาลบางกระพุ่ม, ²กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและปฐมภูมิ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ไทรภพ ทองงามดี, พ.บ.
กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาล
บางกระพุ่ม 100 หมู่ที่ 11
ต.ไผ่ล้อม อ.บางกระพุ่ม
จ.พิษณุโลก 65110,
ประเทศไทย
Email: traipop1352@gmail.
com

Received: March 30, 2022;

Revised: May 31, 2022r;

Accepted: July 26, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจผ่านบริการโทรเวชกรรมเปรียบเทียบกับกลุ่มบริการปกติ

รูปแบบการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control study)

วัตถุประสงค์และวิธีการ: กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จำนวน 80 คน ซึ่งมีลักษณะพื้นฐานคล้ายกัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจผ่านบริการโทรเวชกรรม จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการปกติ จำนวน 40 คน เก็บข้อมูลระหว่าง 1 กันยายน พ.ศ. 2564 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา: กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยที่บ้านลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โดยครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 6) ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6) ค่าความดันโลหิต 132/78, 129/74 และ 127/74 มม.ปรอท ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มควบคุม คือ 137/81, 136/80 และ 134/77 มม.ปรอท ตามลำดับ ซึ่งก่อนเข้าร่วมงานวิจัยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต เท่ากับ 149/82 มม.ปรอท อีกทั้งสัดส่วนการควบคุมความดันโลหิตได้ และสัดส่วนการดีขึ้นของลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รับบริการปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

สรุป: การใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจผ่านบริการโทรเวชกรรมสามารถลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มทดลองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: บริการโทรเวชกรรม เทคนิคสร้างแรงจูงใจ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ บริการปฐมภูมิ

ORIGINAL ARTICLE

Effectiveness of Motivation Interviewing Via Telemedicine Among Uncontrol-Essential Hypertension Patients in Primary Care

Traipop Thongngamdee, M.D.¹, Thitikarn Phasombun, M.D.²

¹Bangkrathum Hospital, ²Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok Province, Thailand

Corresponding author :

Traipop Thongngamdee, M.D.,
Bangkrathum Hospital, 100
Moo 11, Phailom Subdistrict,
Bangkrathum District, Phitsa-
nulok 65110, Thailand
Email: traipop1352@gmail.
com

Received: March 30, 2022;

Revised: May 31, 2022;

Accepted: July 26, 2024

ABSTRACT

Background: To compare the clinical effectiveness between motivation interviewing (MI) via telemedicine service versus routine service for the treatment of uncontrolled hypertension.

Design: A randomized control study ; two groups pretest-posttest design.

Methods: The patients were enrolled in this study between September 2021 and February 2022. We assigned 80 uncontrolled hypertensive patients to received MI via telemedicine service or routine service. The outcomes were mean home blood pressure (HBP), proportion of ability of blood pressure control, and proportion of shift level of stage of change.

Result: The mean HBP of MI via telemedicine service group at the 6th week, 3rd month and 6th month were 132/78, 129/74 and 127/74 mmHg respectively, lower than those who received regular service; 137/81, 136/80 and 134/77 mmHg, respectively (The mean HBP of pre-study is 149/82 mmHg). In the same way the increase proportion of controlled-blood pressure and the proportion of promotion of stage of change when compared with those who received routine service, the statistical significance of $p < 0.05$

Conclusion: MI via telemedicine was statistically significantly effective in the HBP lowering compared to the routine service.

Keywords: telemedicine, motivational interviewing, uncontrolled blood pressure, primary care

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยที่สุดในบริการปฐมภูมิ¹ และจัดเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบผู้ป่วยจำนวนมากถึง 1.39 พันล้านคนทั่วโลก² อีกทั้งยังจัดเป็นภาวะร้ายแรงที่สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ สมอ่ง ไตและโรคอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ³ สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยประมาณ 13.6 ล้านคน และมีแนวโน้มสูงขึ้น⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันได้ตามเป้าหมายมีเพียงร้อยละ 29.75 ซึ่งระดับความดันโลหิตที่ลดลง 10 มม.ปรอทสามารถลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 41.00 และลดโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 22.00⁶

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาได้มีความพยายามในการศึกษาวิธีการต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ควบคุมระดับความดันโลหิตผู้ป่วยให้อยู่ในค่าเป้าหมาย อาทิ การตรวจและเฝ้าระวังระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง (self-monitoring) สามารถลด systolic blood pressure (SBP) ได้เฉลี่ย 3.2 มม.ปรอท ในระยะ 12 เดือน⁷ การติดตามระดับความดันโลหิตระยะไกล (telemonitoring) สามารถลด SBP ได้ 6-9 มม.ปรอท ในระยะ 24 เดือน⁸ หรือลดสัดส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จากร้อยละ 36.5 เป็น 32.57 รวมทั้งการจัดบริการแบบใหม่ที่ได้รับคามนิยมเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน ดังเช่น “โทรเวชกรรม”⁹⁻¹² หรือ “การแพทย์ทางไกล” (telemedicine)¹³ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้อธิบายไว้คือ การให้บริการดูแลสุขภาพทางไกล โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดใช้เทคโนโลยีสื่อสารสนเทศและการสื่อสาร สำหรับการแลกเปลี่ยนที่มีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยรักษา ป้องกันโรค การรักษาอาการบาดเจ็บ การวิจัย ประเมินผล และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์”⁹ แต่การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบบริการข้างต้นระบุว่า การผสมผสานวิธีเฝ้าระวังความดันโลหิตด้วยตนเองกับวิธีอื่นข้างต้น ส่งผลให้เกิดประสิทธิผลการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่า⁷ นอกจากนี้แม้ว่าปัจจุบันการเข้าถึงการรักษาจะดีขึ้น แต่ยังพบว่าผู้ป่วยขาดการรับประทานยาต่อเนื่องและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสิ่งนี้

สำคัญในการแก้ไขปัญหาคือการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อมีแรงจูงใจแล้วความรู้และทักษะในการดูแลตนเองย่อมถูกนำมาใช้ เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing; MI) ของ Miller & Rollnick เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการกระตุ้นความพร้อม สร้างความตั้งใจในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้^{14,15} เช่น ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเป้าหมายการรักษา¹⁶ เป็นต้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งรับผิดชอบดูแลประชากรในพื้นที่ตำบลบ้านไร่ (catchment area) ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากเป็นอันดับต้นของอำเภอบางกระทุ่ม และพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ 48.20¹⁷ ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทั่วโลกและประเทศไทยที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างสม่ำเสมอ มีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 จากการไปสถานพยาบาล¹⁸ ดังนั้นการนำ โทรเวชกรรมมาใช้จัดบริการจึงสอดคล้องกับสถานการณ์และข้อจำกัดดังกล่าวและยังไม่มีการศึกษาโทรเวชกรรมผ่านช่องทางออนไลน์ที่ใช้หลักการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (MI) มาใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาครั้งนี้

คำถามวิจัย

กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการบริการโทรเวชกรรมโดยใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจสามารถลดค่าความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มที่รับบริการปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจผ่านบริการโทรเวชกรรม ในการลดความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เปรียบเทียบกับกลุ่มบริการปกติ

2. วัตถุประสงค์รอง

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่บ้าน สัดส่วนการควบคุมความดันโลหิต และสัดส่วนการเลื่อน

ลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลง ระหว่างกลุ่มบริการโทรเวชกรรมโดยใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มบริการปกติ รวมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับบริการโทรเวชกรรมโดยใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่บ้านลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รับบริการปกติ

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านไร่ อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางกระทุ่ม และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ กล่าวคือมีผล official BP $\geq 140/90$ มากกว่า 2 ครั้งติดกัน ระหว่างเดือนมกราคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง

1. การกำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำเร็จรูปของ Bernard, R. 2000 และจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน คือ กิรณา อรุณแสงสด และคณะ¹⁹ คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน

2. เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

- 1) อายุ 35-79 ปี
- 2) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รักษาด้วยยาลดความดันโลหิต (anti-hypertensive drug) ซึ่งไม่มีการปรับยารักษาอย่างน้อย 8 สัปดาห์
- 3) มีระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่บ้าน (home blood pressure monitoring, HBPM) โดยมีค่า SBP อยู่ระหว่าง 136-159 และ/หรือ diastolic blood pressure (DBP) 86-99 มม.ปรอท
- 4) สามารถใช้เครื่องวัดความดันโลหิตและแปล

ผลเองที่บ้านได้ หรือมีผู้ที่สามารถช่วยวัดหรือแปลผลที่บ้านได้ (ญาติหรือ อสม.)

5) มีหรือสามารถเข้าถึงสมาร์ทโฟน (smart phone) ที่มีแอปพลิเคชันรองรับการวิดีโอคอล (video call)

6) ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มี คะแนน Thai Mental State Examination (TMSE) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 ในผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 ในผู้ที่เรียนจบชั้นประถมศึกษา หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 สำหรับผู้ที่จบสูงกว่าชั้นประถมศึกษา

2) ผู้ป่วยตั้งครรภ์

3) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางระบบหลอดเลือดและสมอง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) หลอดเลือดสมองตีบ/แตก/ตัน (ischemic or hemorrhagic stroke) เป็นต้น ภายในระยะเวลา 6 เดือน

4) มีระดับ Thai CV risk 20 คะแนนขึ้นไป (แบบใช้ผลเลือด)

5) ผู้ป่วย secondary-HTหรือผู้ที่สงสัยมีภาวะนี้ซึ่งอยู่ระหว่างการตรวจวินิจฉัย

6) มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวาน (diabetes mellitus)

7) มีโรคร่วมเป็นโรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease)

8) มีโรคร่วมเป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation) หรือภาวะอื่นที่ส่งผลต่อความแม่นยำของค่าความดันโลหิต

9) ผู้ป่วยที่มีการวางแผนทำผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (elective surgery or intervention) ในระหว่างการวิจัย

10) ผู้ป่วยติดสารเสพติดและผู้ป่วยจิตเวช

11) ผู้ที่อยู่ระหว่างเข้าร่วมงานวิจัยอื่น

12) เสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่ หรือขาดการเข้าร่วมกิจกรรมหรือติดตามการรักษามากกว่า 1 ครั้ง

13) ขอลถอนตัวออกจากการวิจัย

14) ผู้ที่มีอาการทางร่างกายหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการบ่งชี้ว่าภาวะแทรกซ้อนอันตรายอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสมต่อการเข้าร่วมวิจัย

4. การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี blocked randomization (block of 4 and 6) อัตราส่วน 1:1 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างทีละ 4 และ 6 คน แล้วจับฉลากเลือกให้กลุ่มทดลองแทนด้วยหมายเลข 1 ส่วนกลุ่มควบคุมแทนด้วยหมายเลข 2

ระยะเวลาที่ทำการวิจัย : ระหว่าง 1 กันยายน พ.ศ. 2564 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 รวมระยะเวลา 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมบริการโทรเวชกรรมโดยใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยเองคนเดียว และบันทึกในฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ในโปรแกรมบริการของ รพ.บางกะพ้อม ตามหลัก 3 A (Affirm, Ask, Advice) ในการทำ motivation interviewing แบบ brief advice ของ Miller & Rollnick^{14,15}

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติแบบพกพาที่ได้รับการรับรองมาตรฐานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม และผ่านมาตรฐานการสอบเทียบเครื่องมือไม่เกิน 1 ปี จำนวน 20 เครื่อง

2.2 แบบบันทึกรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลความดันโลหิตที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วยช่องบันทึกค่าความดันโลหิต วันละ 4 ครั้ง (เช้า 2 ครั้งและเย็น 2 ครั้ง วัดห่างกันอย่างน้อย 1 นาที) โดยวัดจำนวน 3-7 วัน ก่อนถึงนัด รวมทั้งคำแนะนำในการวัดความดันโลหิต ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562⁵

2) แบบบันทึกข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ทางสถิติ รวบรวมโดยผู้วิจัย ซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

2.1) การบันทึกค่าช่องเฉลี่ยความดันโลหิตที่บ้านก่อนเข้าร่วมการวิจัย เพื่อแยกภาวะ white-coat hypertension และ mask hypertension ออกก่อน หลังจากนั้นบันทึกครั้งที่ 1-3 ของทั้งสองกลุ่ม โดยใช้ค่าความดันโลหิตแต่ละครั้ง (เฉลี่ยจาก HBPM) จากโปรแกรมเวชระเบียนของโรงพยาบาล

2.2) การบันทึกช่องความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต จำนวน 3 ครั้ง คือครั้งที่ 1 (สัปดาห์

ที่ 6) ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) และครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6) โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

- ความคุมได้ หมายถึง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่บ้าน SBP < 135 มม.ปรอท และ DBP < 85 มม.ปรอท

- ความคุมไม่ได้ หมายถึง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่บ้าน SBP ≥ 135 มม.ปรอท หรือ DBP ≥ 85 มม.ปรอท

2.3) การบันทึกช่องลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลง จำนวน 4 ครั้ง คือครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 6) ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 3) และครั้งที่ 4 (เดือนที่ 6) โดยใช้ผลที่บันทึกไว้ในโปรแกรมเวชระเบียนของโรงพยาบาลทั้งสองกลุ่ม

2.4) การบันทึกช่องแปลผลลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลง (stage of change) จำนวน 3 ครั้ง คือครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 6) ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) และครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6) โดยพิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

- เปลี่ยนแปลงดีขึ้น หมายถึง มีการเปลี่ยนลำดับขั้นอย่างน้อย 1 ลำดับ เมื่อเทียบกับครั้งก่อนจาก pre-contemplation → contemplation → preparation → action → maintenance

- เปลี่ยนแปลงแย่ลง หมายถึง มีการเปลี่ยนลำดับลดลงอย่างน้อย 1 ลำดับ เมื่อเทียบกับครั้งก่อนจาก maintenance → action → preparation → contemplation → pre-contemplation

- ไม่เปลี่ยนแปลง หมายถึง ไม่มีการเปลี่ยนลำดับขั้นเมื่อเทียบกับครั้งก่อน

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อทดสอบค่าสถิติต่าง ๆ ของผลการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ค่าความดันโลหิต และลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงก่อนการวิจัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive analysis) แจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงก่อนการวิจัย วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square สำหรับข้อมูล อายุและค่าความดันโลหิตใช้สถิติ Shapiro-Wilk W test ทดสอบการกระจายข้อมูลจากนั้นพิจารณาเลือกสถิติทดสอบตามเงื่อนไข คือ Independent t-test กรณีข้อมูลเป็น normal distribution หรือ Wilcoxon's rank sum test กรณี abnormal distribution

3. เปรียบเทียบข้อมูลค่าความดันเฉลี่ยที่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 6) ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) และครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6) โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk W test ทดสอบการกระจายข้อมูลจากนั้นพิจารณาเลือกสถิติทดสอบตามเงื่อนไข คือ Independent t-test กรณีข้อมูลเป็น normal distribution หรือ Wilcoxon's rank sum test กรณี abnormal distribution

4. เปรียบเทียบข้อมูลค่าความดันเฉลี่ยที่บ้านก่อนการวิจัยเปรียบเทียบกับหลังการวิจัย (จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 = สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 2 = เดือนที่ 3 และครั้งที่ 3 = เดือนที่ 6) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk W test ทดสอบการกระจายข้อมูลจากนั้นพิจารณาเลือกสถิติทดสอบตามเงื่อนไข คือ repeated measure ANOVA กรณีลักษณะข้อมูลเป็น normal distribution หรือใช้ Kruskal-Willis H test กรณีข้อมูลเป็น abnormal distribution

5. คำนวณค่าสัดส่วนการควบคุมความดันโลหิต และเปรียบเทียบสัดส่วนดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 6) ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) และครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6) โดยใช้สถิติ Chi-square

6. คำนวณค่าสัดส่วนการเลื่อนลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงและเปรียบเทียบสัดส่วนดังกล่าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 6) ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) และครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6) โดยใช้สถิติ Chi-square

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยยื่นเอกสาร เลขที่โครงการวิจัย 018/2564 เพื่อขอรับการประเมินจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก กระทรวงสาธารณสุข และผ่านการรับรองตามเอกสารรับรอง 017/2564 เมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2564

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่ได้ติดตามจนครบระยะเวลา 6 เดือน มีจำนวน 80 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 อายุเฉลี่ย 64 ปี ลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงก่อนการวิจัยอยู่ในขั้นลังเล (contemplation) ร้อยละ 73.25

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายละเอียดตามตารางที่ 1 และเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลพื้นฐานไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบความดันโลหิตเฉลี่ยที่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 6) ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) และครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6) จากตารางที่ 2 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่วัดด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน (home blood pressure monitoring) ก่อนเข้าร่วมงานวิจัยไม่แตกต่างกัน กล่าวคือค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 149 มม.ปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิก 82 มม.ปรอท

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่บ้านกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกครั้ง กล่าวคือหลังเข้าร่วมงานวิจัยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 6), ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6) คือ 132/78, 129/74 และ 127/74 มม.ปรอท ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มควบคุม คือ 137/81, 136/80 และ 134/77 มม.ปรอท ตามลำดับ

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	P-value
เพศ			0.639 ^a
ชาย	15 (37.5)	13 (32.5)	
หญิง	25 (62.5)	27 (67.5)	
ลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลง (stage of change)			0.792 ^a
ก่อนการวิจัย			
Pre-contemplation	2 (5.0)	3 (7.5)	
Contemplation	29 (72.5)	30 (75)	
Preparation	9 (22.5)	7 (17.5)	
อายุ	64.28±8.65	65.15±11.05	0.694 ^b

^aChi-square test, ^bIndependent t-test

ตารางที่ 2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่บ้าน

ความดันโลหิตเฉลี่ยที่บ้าน	กลุ่มทดลอง Mean±SD	กลุ่มควบคุม Mean±SD	Mean diff. [95%CI]	P-value
ก่อนการวิจัย				
Systolic blood pressure	149.22±3.72	150.20±3.52	-0.97 [-2.55, 1.60]	0.196 ^c
Diastolic blood pressure	82.47±7.38	83.32±8.39	-0.85 [-4.36, 2.66]	0.632 ^b
หลังการวิจัย				
Systolic blood pressure				
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 6)	131.92±7.43	137.30±9.16	-5.36 [-9.09, -1.66]	0.005 ^{ab}
ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3)	128.85±9.21	135.60±12.43	-6.75 [-11.62, -1.88]	0.035 ^{ac}
ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6)	127.10±8.81	134.10±11.98	-7.98 [-11.65, -2.29]	0.004 ^{ab}
Diastolic blood pressure				
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 6)	78.43±6.67	80.90±8.02	-2.45 [-5.76, 0.81]	0.138 ^b
ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3)	74.45±7.79	80.32±8.60	-5.87 [-9.52, -2.22]	0.002 ^{ab}
ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6)	74.23±7.04	76.52±9.01	-2.3 [-5.89, 1.29]	0.207 ^b

^ap-value < 0.05, ^bIndependent t-test, ^cWilcoxon's rank sum test

ตารางที่ 3. การเปรียบเทียบสัดส่วนการควบคุมความดันโลหิตได้

ครั้งที่	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	Odd ratio [95%CI]	P-value
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 6)	26 (65.0)	14 (35.0)	3.45 [1.25, 9.58]	0.007 [*]
ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3)	35 (87.5)	24 (60.0)	4.67 [1.36, 18.19]	0.005 [*]
ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6)	39 (97.5)	29 (72.5)	14.79 [1.89, 65.24]	0.002 [*]

^{*}p-value < 0.05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่บ้านก่อนกับหลังการวิจัยสัปดาห์ที่ 6 เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตก่อนกับหลังการวิจัย ตามแผนภูมิเส้น พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกหลังการวิจัยตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ลดลง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการวิจัย

4. เปรียบเทียบสัดส่วนการควบคุมความดันโลหิตได้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 6) ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) และครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6)

จากตารางที่ 3 สัดส่วนการควบคุมความดันโลหิตได้ของกลุ่มทดลองหลังได้รับการบริการโทรเวชกรรมโดยใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็น 3.45, 4.67 และ 14.79 เท่า ตั้งแต่ครั้งที่ 1-3 ตามลำดับ กล่าวคือสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งมีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 65 ในกลุ่มทดลองกับร้อยละ 35 ในกลุ่มควบคุม เดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 มีสัดส่วนควบคุมความดันโลหิตได้เช่นเดียวกัน กล่าวคือ ร้อยละ 87.5 และ 97.5 ในกลุ่มทดลองกับร้อยละ 60 และ 72.5 ในกลุ่มควบคุมตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบสัดส่วนการควบคุมความดันโลหิตภายในกลุ่ม พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงตามตารางที่ 4

5. เปรียบเทียบสัดส่วนการเลื่อนลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 6) ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) และครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6)

จากตารางที่ 5 สัดส่วนการดีขึ้นของลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลง หลังได้รับการบริการโทรเวชกรรมโดยใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจ พบว่ากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็น 4.33 เท่า ในเดือนที่ 6 แต่สัดส่วนการลดลงของลำดับการเปลี่ยนแปลงของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ในขณะที่สัดส่วนการคงที่ของ

ตารางที่ 4. การเปรียบเทียบสัดส่วนการควบคุมความดันโลหิตได้ ก่อนกับหลังการวิจัยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ก่อนกับหลังวิจัยสัปดาห์ที่ 6		ก่อนกับหลังวิจัยเดือนที่ 3		ก่อนกับหลังวิจัยเดือนที่ 6	
	Odd ratio [95% CI]	P-value	Odd ratio [95% CI]	P-value	Odd ratio [95%CI]	P-value
กลุ่มทดลอง	26 [4.09,102.6]	0.000*	34 [5.70,138.1]	0.000*	37 [6.24,150.0]	0.000*
กลุ่มควบคุม	13 [1.95,55.24]	0.001*	23 [3.73,94.74]	0.000*	29 [4.81,118.4]	0.000*

*p-value < 0.05

ตารางที่ 5. การเปรียบเทียบสัดส่วนการเลื่อนลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ครั้งที่	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	Odd ratio [95%CI]	P-value
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 6)				
ดีขึ้น	25 (62.5)	17 (42.5)	2.25 [0.84,6.09]	0.073
ลดลง	1 (2.5)	5 (12.5)	0.17 [0 ,1.74]	0.089
คงที่	14 (35.0)	18 (45.0)	0.65 [0.24,1.77]	0.361
ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3)				
ดีขึ้น	36 (90.0)	30 (75.0)	3 [0.75,14.27]	0.077
ลดลง	3 (7.5)	1 (2.5)	3.16 [0.23,170.16]	0.304
คงที่	1 (2.5)	9 (22.5)	11.32 [1.40,50.87]	0.006*
ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6)				
ดีขึ้น	36 (90)	27 (67.5)	4.33 [1.14,19.94]	0.013*
ลดลง	1 (2.5)	2 (5.0)	2.05 [0.10,124.14]	0.556
คงที่	3 (7.5)	11 (27.5)	4.67 [1.07,27.99]	0.018*

*p-value < 0.05

ลำดับการเปลี่ยนแปลง พบว่ากลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คิดเป็น 11.32 เท่า ในเดือนที่ 3

วิจารณ์

กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับบริการโทรเวชกรรมโดยใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจมีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยที่บ้านลดลง สัดส่วนการควบคุมความดันโลหิตได้ และสัดส่วนการดีขึ้นของลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่รับบริการปกติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้เป็นจริงตามสมมติฐาน สาเหตุอาจเนื่องมาจากบริการโทรเวชกรรมโดยใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการจัดบริการการแพทย์ทางไกลผสมผสานกับหลักการให้คำแนะนำแบบสั้น (brief advice) ที่ประยุกต์มาจากหลักการ Motivation interviewing ของ ดร.มิลเลอร์ และ ดร.สติเฟน โรลนิก¹⁵ ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกครั้ง โดยลดลงตั้งแต่ครั้งแรกหลังได้รับบริการโทรเวชกรรมโดยใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจจนครบ 3 ครั้ง ส่วนค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงเล็กน้อยในแต่ละครั้งที่ติดตามแต่ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาของ Margolis และคณะ²⁰ Yatabe และคณะ²¹ พบว่าบริการโทรเวชกรรมมีผลทำให้ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีค่าความดันโลหิตลดลงหรือสามารถกลับมาควบคุมความดันโลหิตได้ สอดคล้องตามการศึกษาของ Mileski และคณะ²² เช่น สามารถเพิ่มความรู้และการมีส่วนร่วม รวมถึงสร้างความสะดวกแก่ผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งการศึกษานี้ยังใช้การสื่อสารกับผู้ป่วยผ่านทางแอปพลิเคชันในอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่รองรับการวิดีโอคอลไปยังผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านทำให้เกิดความสะดวกและเพิ่มเวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้น ทั้งนี้เพราะความสามารถในการลดความดันโลหิตของบริการโทรเวชกรรมขึ้นอยู่กับรูปแบบบริการที่มีหลากหลาย เช่น ระบบคอมพิวเตอร์หรือแอปพลิเคชัน การใช้โทรศัพท์ การส่งอีเมล การใช้โทรศัพท์และการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น

นอกจากบริการโทรเวชกรรมจะมีประโยชน์ดังกล่าวข้างต้น การใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจเข้ามามีใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะตระหนักถึงสิ่งสำคัญในชีวิตที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรม¹⁵ ตลอดจนกระตุ้นความพร้อมสร้างความตั้งใจในการดูแลตนเอง นำไปสู่การเลื่อนลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น เพราะเมื่อมีแรงจูงใจแล้ว ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองย่อมถูกนำมาใช้จริง สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการสร้างแรงจูงใจที่สามารถทำให้การควบคุมความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{16,19,23,24}

นอกจากกลุ่มที่ได้รับบริการโทรเวชกรรมโดยใช้เทคนิคโทรเวชกรรมจะมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง แต่ในกลุ่มที่ได้รับบริการปกติก็มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่ลดลงเช่นกัน ย่อมแสดงว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตร่วมด้วย เช่น ความถี่ในการติดตามการรักษา¹⁵ และการวัดระดับความดันที่บ้าน^{5,7} เป็นต้น

ข้อจำกัดงานวิจัย

ข้อจำกัดการจัดบริการการแพทย์ทางไกล เช่น ปัญหาสัญญาณโทรศัพท์ผู้ป่วยไม่เสถียรขณะวิดีโอคอลกับผู้ป่วยขาดหลักฐานที่แสดงว่าผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพยังขาดการติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมระยะยาว²² เป็นต้น

สรุป

การนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาสนับสนุนการจัดบริการแพทย์ทางไกลที่ผสมผสานแนวคิดการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่เกิดจากการตระหนักถึงสิ่งสำคัญในชีวิตเชื่อมโยงเข้ากับพฤติกรรม¹⁵ นำไปสู่การเลื่อนลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น รวมทั้งช่วยกระตุ้นความพร้อม และสร้างความตั้งใจในการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำไปใช้ประโยชน์

1. ควรมีการประเมินประสิทธิภาพบริการโทรเวชกรรมโดยใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจในระยะ 9 เดือน 1 ปี หรือมากกว่า รวมทั้งอาจเพิ่มจำนวนครั้งในการติดตามผลให้สม่ำเสมอ เช่น ทุก 4-6 สัปดาห์เท่า ๆ กัน เป็นต้น เพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรม และกระตุ้นความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตในระยะยาว เนื่องจากการติดตามที่นานขึ้นอาจบ่งบอกประสิทธิภาพของโปรแกรมได้ชัดเจนขึ้น

2. ควรมีการใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ ควบคู่ไปกับการวัดค่าความดันโลหิต เพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละราย

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องด้วยได้รับการสนับสนุนจาก พญ.ดวงรัตน์ เชี่ยวชาญวิทย์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางกระพุ่ม และทีมงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คปสอ.บางกระพุ่ม ตลอดจนได้รับการช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากพี่ ๆ เจ้าหน้าที่และ อสม.ทุกท่านของตำบลบ้านไร่ สุดท้ายขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่ได้สละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

Highlight

1. โรคความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติปฐมภูมิ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้
2. บริการโทรเวชกรรมที่ผสมผสานเทคนิคการสร้างแรงจูงใจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Com-

- mittee (JNC 8). JAMA. 2014;311:507-20.
2. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020;75:1334-57.
3. WHO. WHO, health topic hypertension 13 September 2019. [cited 2021 May 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
4. Wattanayingcharoenchai S. Hypertension care in Thailand: best practices and challenges, 2019. [cited 2021 May 10]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/330488>
5. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. Thai Hypertension Society: Guidelines in the Treatment of Hypertension 2019.
6. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. BMJ. 2009;338:b1665. PubMed PMID: 19454737
7. Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB, Bove A, Bray EP, et al. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: A systematic review and individual patient data meta-analysis. PLoS Med. 2017;14(9):e1002389. PubMed PMID: 28926573
8. Margolis KL, Asche SE, Dehmer SP, Bergdall AR, Green BB, Sperl-Hillen JM, et al. Long-term outcomes of the effects of home blood pressure telemonitoring and pharmacist management on blood pressure among adults with uncontrolled hypertension: follow-up of a cluster randomized clinical trial. JAMA Netw Open. 2018;1(5):e181617. PubMed PMID: 30646139
9. ขจิตวรรณ เรืองรัตนอัมพร, ปิยะนุช โปตะวณิช. ความรับผิดชอบทางละเมิดของแพทย์: ศึกษากรณีการรักษาด้วยวิธีโทรเวชกรรม. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <chromeextension://efaidnbmnnpbpcajpcgiclfndmkaj/https://libdoc.dpu.ac.th/thesis/Khajitwan.Rua.pdf>
10. Yatabe MS, Yatabe J, Asayama K, Staessen JA, Mujaj B, Thijs L, et al. The rationale and design of reduction of uncontrolled hypertension by Remote Monitoring and Telemedicine (REMOTE) study. Blood Press. 2018;27:99-105.
11. Orozco-Beltran D, Sánchez-Molla M, Sanchez JJ, Mira JJ. Telemedicine in primary care for patients with chronic conditions: the valcròn quasi-experimental study. J Med Internet Res. 2017;19(12):e400. PubMed PMID: 29246881
12. Xu L, Fang WY, Zhu F, Zhang HG, Liu K. A coordinated PCP-Cardiologist Telemedicine Model (PCTM)

- in China's community hypertension care: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017;18:236. PubMed PMID: 28545514
13. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศแพทยสภา ที่ 54/2563 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (telemedicine) และคลินิกออนไลน์. ราชกิจจานุเบกษา; 2563. หน้า 52-4.
 14. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1122820210319041432.pdf>
 15. เทอดศักดิ์ เดชคง. สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วย NCDs [Motivational Interviewing for NCDs; MI NCDs] 2560. [cited 2021 May 10]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/275>
 16. เทอดศักดิ์ เดชคง. ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อค่าซีเอสดีลิค และไดแอสโตลิคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*. 2563; 16:59-68.
 17. ศูนย์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. รายงานผลการดำเนินงาน HDC อำเภอบางกระทุ่ม ประจำปี 2563.
 18. สำนักกฎหมาย. การยกระดับบริการ สาธารณสุขด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine). 2563.
 19. กิรณา อรุณแสงสด, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, อรสา พันธักกิติ. ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อความรู้ แรงจูงใจ และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 2557;28:129-44.
 20. ปรีศนา อัครธนพล, อาภรณ์ ตีนาน, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตที่บ้านแบบบูรณาการ ต่อค่าความดันโลหิต เปรอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย และพฤติกรรมการบริโภคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ *วารสารพยาบาลทหารบก* 2561;19 (ฉบับพิเศษ):39-47.
 21. Montrivade S, Chattranukulchai P, Siwamogsatham S, Vorasettakarnkij Y, Naeowong W, Boonchayaanant P, et al. Hypertension subtypes among Thai hypertensives: an analysis of telehealth-assisted instrument in home blood pressure monitoring nationwide pilot project. *Int J Hypertens*. 2020;2020: 3261408. PubMed PMID: 32328300
 22. Mileski M, Kruse CS, Catalani J, Haderer T. Adopting telemedicine for the self-management of hypertension: systematic review. *JMIR Med Inform*. 2017;5(4):e41. PubMed PMID: 29066424
 23. โสภา ไชยแก้ว. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านท่าข้าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*. 2565;5:78-83.
 24. ปิยะ วงษ์ไทยเจริญ, จุฑามาศ แหนจอน, สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์. ผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับคอเลสเตอรอล ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารราชพฤกษ์*. 2558;13:91-102.

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ขวัญชนก โรจนศิริพัฒน์พล, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ขวัญชนก โรจนศิริพัฒน์พล, พ.บ.,
โรงพยาบาลพล 215 ถ.มิตรภาพ
ต.เมืองพล อ.พล จ.ขอนแก่น
40120, ประเทศไทย
Email: k.burapan99@gmail.
com

Received: March 13, 2024;

Revised: July 4, 2024;

Accepted: August 15, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นโรคที่รุนแรง การวางแผนการดูแลตัวเองล่วงหน้าช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสพบทวนและวางแผนชีวิต การวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามระยะเวลาการดำเนินของโรคของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไตและได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

แบบวิจัย: การศึกษาไปข้างหน้า (prospective cohort study)

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไตและได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์ ในปี พ.ศ. 2565 เข้าร่วม 30 คน ติดตามทุกเดือนจนครบ 3 ครั้ง ตั้งแต่ มิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 ใช้แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย Palliative Performance Scale (PPS) และ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ frequency (range), mean (standard deviation) และเปรียบเทียบคะแนน PPS และ ESAS ด้วย paired t-test

ผลการศึกษา: คะแนน ESAS และ PPS มีแนวโน้มลดลงตามระยะเวลา เมื่อเปรียบเทียบคะแนน ESAS พบว่าครั้งที่ 1 กับ 3 และครั้งที่ 2 กับ 3 คะแนน PPS ครั้งที่ 1 กับ 2 และครั้งที่ 1 กับ 3 มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป: การทำ advance care planning (ACP) อาจช่วยลดความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยกลุ่มไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไต แม้ในผู้ป่วยที่ระดับ PPS ลดลงตามช่วงเวลา จึงควรประชาสัมพันธ์ ACP ให้เป็นทางเลือกในการรักษาและศึกษาในทุกโรคที่มีการรักษาแบบประคับประคอง

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ORIGINAL ARTICLE

Quality of Life in End-Stage Renal Disease Patients on Advance Care Plan

Khuanchanok Rotchanasiripathanaphon, M.D., MRCFPT

Phon Hospital, Khon Kaen Province, Thailand

Corresponding author :

Khuanchanok Rotchanasiripathanaphon, M.D.,
Phon Hospital, 215 Mittrap-hap Road, Mueang Phon
Subdistrict, Phon District,
Khon Kaen 40120, Thailand
Email: k.burapan99@gmail.com

Received: March 13, 2024;

Revised: July 4, 2024;

Accepted: August 15, 2024

ABSTRACT

Background: End-stage renal disease (ESRD) is critical disease, Advance care plan help patients and their families are to facilitate the review of the life, plan of life. This research aims to study and compare the quality of life according to the duration of disease for end-stage renal disease patients who refused dialysis on advance care plan.

Design: Prospective cohort study

Methods: End-stage renal disease patients who refuse dialysis on advance care plan in Phon hospital, Khon Kaen province. 18 years old or over that was diagnosed by Internal Medicine in 2022, 30 participants, all patients were followed-up for 3 visits (Follow up every month), correcting has begun from June to September 2023. Quality of life interviewing questionnaire, namely Palliative Performance Scale (PPS) and Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Data were analyzed by frequency (range), mean (standard deviation) and paired t-test used to compare PPS and ESAS.

Results: ESAS and PPS scores tend to decrease over time, when compare ESAS between 1st and 2nd, 2nd and 3rd, PPS between 1st and 2nd, 1st and 3rd were statistically significant decreased at the 0.05 level.

Conclusions: Advance care plan (ACP) may reduce suffering in end-stage renal disease patients without dialysis. Even PPS score decrease over time. Therefore, we should be publicized ACP which is alternative medicine and should be studied all palliative care diseases.

Keywords: quality of life, end-stage renal disease, advance care plan

บทนำ

โรคไตระยะสุดท้าย (end-stage renal disease, ESRD) หมายถึง ภาวะการล้มเหลวและเสียหายที่ของไตอย่างถาวรเป็นผลมาจากการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรัง ซึ่งทำให้เกิดการทำลายไตอย่างช้า ๆ จนกระทั่งการทำงานของไตลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 10.0 ของการทำงานของไตทั้งหมด หรือมีอัตราการกรองของไตลดลงเหลือน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1.73 ตารางเมตร อัตราการกรองของเสียออกจากไตที่ลดลงทำให้เกิดภาวะของเสียคั่งในร่างกาย (uremia)¹ เป็นโรคที่มีความรุนแรง มีอัตราการป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี ค.ศ. 2017 พบประชากรป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 3.25 ล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 4.9 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025² Hyodo et al.³ ได้ทำการสำรวจและรายงานในทวีปเอเชีย จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายปี ค.ศ. 2015 พบว่ามีจำนวน 144.29 ต่อประชากรล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยเป็น 1 ใน 5 ประเทศที่มีอัตราการเกิดโรคไตสูงที่สุด ในปัจจุบันคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 17.6⁴ มีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี และยังเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 6 ของประเทศไทยอีกด้วย⁵

โรคไตในระยะสุดท้ายนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy, RRT) แต่การบำบัดทดแทนไต เป็นปัญหาต่อระบบบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูงมาก ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดทางไตมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาก่อนวันนัดที่มีสาเหตุจากเกิดภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ร้อยละ 36.43 เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 39.00 นำไปสู่ปัญหาต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในด้านพยาธิสภาพของโรค การดูแลรักษา และปัญหาด้านเศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) และการวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning, ACP) จึงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในกลุ่มนี้ เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคที่คุกคามมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁶ การรักษาแบบไม่ฟอกไต (non-dialytic treatment) เป็นการดูแลรักษา

ที่เน้นลดภาวะแทรกซ้อนและควบคุมอาการคุกคามที่เกิดขึ้นจากภาวะไตวาย พยายามคงสภาพการทำงานของไตในส่วนที่เหลือ ดูแลสภาพจิตใจและสภาวะทางสังคม การให้กำลังใจ การดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีช่วงสุดท้ายของชีวิต (end of life) ที่ดี รวมไปถึงการดูแลประคับประคองสภาพจิตใจคนในครอบครัวและผู้ดูแล

การวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า เป็นเครื่องมือที่ใช้สื่อสารถึงเจตจำนงของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการให้ปฏิบัติในอนาคตเมื่อผู้ป่วยอาจมีอาการทรุดหนักลงหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต เน้นกระบวนการสื่อสารสองทางระหว่างผู้แสดงเจตนาหรือผู้ป่วยกับผู้เกี่ยวข้อง เช่น คนในครอบครัวและผู้ดูแลรักษา ให้ความสำคัญกับความปรารถนาของผู้ป่วยแต่ละคนที่แตกต่างกัน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสทบทวนและวางแผนชีวิตล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าผู้อื่นจะรับรู้และยอมรับถึงคุณค่า ความคาดหวังในช่วงท้ายของชีวิตของเขา ทำให้เขารู้สึกมั่นคง ปล่อยวาง และจากไปอย่างสงบได้⁷

คุณภาพชีวิตประกอบด้วยสุขภาพในหลายด้านรวมกัน ได้แก่ สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิตใจ และสุขภาพทางสังคม⁸ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งประสบปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการฟอกไตจะต้องเผชิญกับตัวโรคและมีผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ผลของสภาพโรคต่อผู้ป่วย ความยากลำบากจากสภาวะโรคไต สถานภาพในการทำงาน สมรรถภาพทางเพศ การนอนหลับ การให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยเอง เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ความรุนแรงของอาการจะมากกว่าเนื่องจากร่างกายไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ทำให้เกิดภาวะยูรีเมียคืออาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ หายใจลำบาก ปลายประสาทเสื่อม ความคิดสับสน ง่วงนอน ชัก โคม่า และมีอาการรุนแรงมากขึ้น⁹

สำหรับโรงพยาบาลพล เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 90 เตียง มีคลินิกการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในปี พ.ศ. 2562-2564 เป็นจำนวน 140, 107, และ 85 ราย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่เลือกรับการรักษาโดยไม่บำบัดทดแทนไต และได้รับการวางแผนดูแลตัวเองล่วงหน้า เพื่อการรักษาแบบประคับประคอง ในปี พ.ศ. 2562-2564 เป็นจำนวน 32, 44 และ 49 ตามลำดับ งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตตามระยะเวลาการดำเนินของโรค โดยการเปรียบเทียบคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) และ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) แต่ละช่วงเวลากการติดตามของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไตและได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พิจารณาให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในปัจจุบัน และหาแนวทางให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านต่าง ๆ ในอนาคต ให้ผู้ป่วยที่เลือกปฏิเสธการฟอกไตได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้า (prospective cohort study) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไตและได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์ ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 47 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไตและได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2565 อายุ 18 ปีขึ้นไป เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยการสอบถามความสมัครใจ ผู้ป่วยทุกรายที่ปฏิเสธการฟอกไตและได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566

เกณฑ์ไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (exclusion criteria)

- มีอาการทางจิตประสาทหรือได้รับยารักษาอาการดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (The Edmonton Symptom Assessment System) โดยมีการเรียงข้อความคำถามของอาการฉบับภาษาไทยโดยโรงพยาบาลรามาริบัติ (โรงพยาบาลรามาริบัติ, 2566) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ ครอนบาค-อัลฟา เท่ากับ 0.75¹⁰

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

โดยใช้แบบประเมิน PPS (Palliative Performance Scale) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ 0.99¹¹

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีระยะเวลาเก็บข้อมูลรวม 4 เดือน ตั้งแต่ มิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 แบ่งเป็นระยะเข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่ มิถุนายน ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2566 และระยะติดตาม โดยการติดตามอาสาสมัครทุกคนจนครบ 3 ครั้ง (1ครั้ง/เดือน) สิ้นสุดการติดตามในเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 โดยการเก็บข้อมูลจะถือตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การนัดหมายมาโรงพยาบาลให้ตรงตามนัดการดูแลอาการเจ็บป่วยของอาสาสมัคร การเยี่ยมบ้าน และการแพทย์ทางไกล (telemedicine)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล ซ้ำ 2 ครั้ง อย่างเป็นอิสระต่อกัน เพื่อดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาเข้าโปรแกรม STATA ver.10 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ STATA ver.10 ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ กรณีเป็นข้อมูลไม่ต่อเนื่องใช้ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่อง

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครในแต่ละช่วงของการติดตาม ได้แก่ 1) เปรียบเทียบครั้งที่หนึ่งเมื่อเริ่มเข้าโครงการกับครั้งที่สอง 2) เปรียบเทียบครั้งที่หนึ่งเมื่อเริ่มเข้าโครงการกับครั้งที่สาม และ 3) เปรียบเทียบครั้งที่สองกับครั้งที่สาม โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ หากเกิดกรณีข้อมูลขาดหายเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต จะดำเนินการกับข้อมูลขาดหายด้วยวิธี Listwise deletion (LD)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ REC 014/2566

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศหญิง ร้อยละ 73.3 มีอายุเฉลี่ย 75.87 ± 9.83 ปี โดยผู้ป่วยได้ให้เหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไตเนื่องจากผู้ป่วยทุกคนไม่อยากฟอกไต (ร้อยละ 100.0) รองลงมาคือเหตุผลด้านค่าใช้จ่ายและครอบครัวไม่อยากให้ฟอกไต (ร้อยละ 43.30 และ 43.30 ตามลำดับ) ขณะเจ็บป่วยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุตร (ร้อยละ 80.00) ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยแบบประเมิน PPS พบว่าครั้งที่หนึ่ง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 67.00 ± 22.46 ครั้งที่สอง ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 56.67 ± 25.10 และ ครั้งที่สามผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 55.33 ± 23.74 ด้าน ESAS พบว่าครั้งที่หนึ่ง มีค่าเฉลี่ย 10.40 ± 13.61 ครั้งที่สอง มีค่าเฉลี่ย 13.20 ± 16.19 และครั้งที่สามมีค่าเฉลี่ย 5.63 ± 6.51 เมื่อเปรียบเทียบคะแนน PPS ครั้งที่หนึ่งกับครั้งที่สอง และครั้งที่หนึ่งกับครั้งที่สาม พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ครั้งที่สองกับครั้งที่สาม มีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการเปรียบเทียบคะแนน ESAS ครั้งที่หนึ่งกับครั้งที่สอง พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบ ครั้งที่หนึ่งกับครั้งที่สาม และ ครั้งที่สองกับ

ตารางที่ 1. ลักษณะพื้นฐานของประชากร

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)/ mean $\pm$ SD
เพศ	
ชาย	8 (26.7)
หญิง	22 (73.3)
อายุ	75.87 $\pm$ 9.83 ปี
การศึกษา	
ประถมศึกษา	28 (93.4)
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (3.3)
ไม่ได้เข้ารับการศึกษ	1 (3.3)
สถานภาพสมรส	
คู่	16 (53.4)
หม้าย/หย่าร้าง	13 (43.3)
โสด	1 (3.3)
อาชีพ	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24 (80.0)
เกษตรกร	5 (16.7)
ค้าขาย	1 (3.3)
รายได้ต่อเดือน	1,206.67 $\pm$ 597.66 บาท
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (median = 2.5 ปี, IQR = 2 ปี)	3.30 $\pm$ 2.30 ปี
เหตุผลที่ผู้ป่วยเลือกการรักษาแบบไม่ฟอกไต (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
ผู้ป่วยไม่อยากฟอกไต	30 (100.0)
เหตุผลด้านค่าใช้จ่าย	13 (43.3)
ครอบครัวไม่อยากให้ฟอกไต	13 (43.3)
ไม่มีผู้ดูแลขณะฟอกไต	8 (26.7)
อายุมาก	2 (6.7)
ใครเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
บุตร	24 (80.0)
สามี/ภรรยา	13 (43.3)
ไม่มีผู้ดูแล	4 (13.3)
ญาติ	2 (6.7)
ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าจากช่องทางใด	
บุคลากรทางการแพทย์	30 (100.0)
ท่านได้รับการเยี่ยมบ้านหรือไม่	
ได้รับ	29 (96.7)
ไม่ได้รับ	1 (3.3)
ผู้ใดเป็นผู้มาเยี่ยมบ้าน	
อสม. ประจำหมู่บ้าน	25 (83.3)
เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	25 (83.3)
เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล	25 (83.3)

ตารางที่ 1. ลักษณะพื้นฐานของประชากร (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)/ mean±SD
การวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยเลือก	
No tube	30 (100.0)
No CPR	30 (100.0)
No Refer	30 (100.0)
ค่าเฉลี่ยการทำงานของไต	9.44±3.32 มล./ นาที/1.73 ตร.ม.
เหตุผลที่เข้ารับการวางแผนการดูแล ล่วงหน้า (ตอบได้หลายเหตุผล)	
อายุมาก	18 (60.0)
ไม่ยอมให้ทรมาน	17 (56.7)
กลัวเป็นภาระลูกหลาน	8 (26.7)
อื่น ๆ เช่น กลัวการติดเชื้อ ปัญหาการเงิน เป็นต้น	2 (6.7)

ครั้งที่สาม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

คุณภาพชีวิตโดยรวมตามระยะเวลาการดำเนินของโรค ผลการวิจัยพบว่า ครั้งที่ผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยแบบประเมิน PPS ประเมินสถานะผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาแบบประคับประคองการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันครั้งที่หนึ่ง ครั้งที่สอง และครั้งที่สามลดลงเรื่อย ๆ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายมีอาการของโรคได้วาระระยะสุดท้ายเมื่อระยะเวลาผ่านไป อาการ

ของโรคจึงมีความรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยมีอาการแสดงผิดปกติของทุกระบบในร่างกาย ส่งผลให้คะแนนแบบประเมิน PPS ลดลง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (PPS) คะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)¹² แต่วิจัยพบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และมีการจัดการอาการที่ดี คะแนนจึงลดลงอย่างช้า ๆ ส่งผลให้การเปรียบเทียบคะแนน PPS ครั้งที่หนึ่งกับสอง และครั้งที่หนึ่งกับสาม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0020$ และ 0.0006 ตามลำดับ) เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สามารถเข้าใจถึงอาการป่วย เตรียมพร้อมรับมือกับสภาพร่างกายและจิตใจ และได้รับการจัดการอาการจากทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสถานะการดำเนินโรคได้อย่างเหมาะสม¹³

ค่าเฉลี่ย ESAS ครั้งที่หนึ่ง คือ 10.40 ± 13.61 ครั้งที่สอง คือ 13.20 ± 16.19 ครั้งที่สามมีค่าเฉลี่ย ESAS น้อยที่สุด คือ 5.63 ± 6.51 เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการ จากการเข้ารับการวางแผนล่วงหน้าอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบคะแนน ESAS ครั้งที่หนึ่งกับสาม และครั้งที่สองกับสาม จึงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.0388$ และ 0.0019 ตามลำดับ) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่สำคัญในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไต 1) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป็นเรื่องที่สำคัญในการวางแผนเรื่องการดูแล 2) ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อจัดการและประสาน

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการและคะแนน PPS ตามระยะเวลาการดำเนินของโรค

เปรียบเทียบ	ESAS			PPS		
	X	SD	P-value	X	SD	P-value
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2	10.40	13.61	0.7873	67.00	22.46	0.0020*
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3	13.20	16.19		56.67	25.10	
ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3	10.40	13.61	0.0388*	67.00	22.46	0.0006*
ครั้งที่ 2 กับ ครั้งที่ 3	5.63	6.51		55.33	23.74	
ครั้งที่ 2 กับ ครั้งที่ 3	13.20	16.19	0.0019*	56.67	25.10	0.1608
ครั้งที่ 3	5.63	6.51		55.33	23.74	

ESAS, Edmonton Symptom Assessment System; PPS, Palliative Performance Scale

ปัญหาเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไข และจัดการอาการที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว 3) ควรมีการจัดการอาการผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีอาการรบกวนมากมาย การจัดการอาการจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายตามสภาพที่เป็นอยู่¹⁴ รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในชุมชนทำให้ผู้ป่วยเกิดความอุ่นใจ เข้าใจ ทำใจ และปลงใจ ซึ่งเป็นการดูแลเข้าใจตามบริบท นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีในสิ่งแวดล้อมของตนเอง¹⁵

สรุป

การทำ ACP อาจช่วยลดความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยกลุ่มไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไต แม้ในผู้ป่วยที่ระดับ PPS ลดลงตามช่วงเวลา เพราะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด เมื่อผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจถึงความเจ็บป่วยของตนรวมถึงได้รับการจัดการอาการที่ดีส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

ข้อจำกัดการวิจัย

1. เนื่องจากประชากรมีขนาดเล็กมาก มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมเพียง 30 คน ผลการวิจัยครั้งนี้จึงจำกัดในประชากรที่ศึกษา มีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปสู่พื้นที่โรงพยาบาลอื่น ๆ
2. ผู้วิจัยได้วางแผนจัดการตัวแปรกวนโดยวิเคราะห์เป็นค่าประชากรเมื่อประชากรสนใจเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด จึงไม่มีปัจจัยอื่นใดที่จะส่งผลต่อกลุ่มตัวอย่างราย แต่ระหว่างการดำเนินการวิจัยจริง มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 30 คน ส่งผลให้อาจมีปัจจัยอื่นบางปัจจัยส่งผลต่อผลการศึกษานอกจากการทำ ACP เช่น การดูแลที่ดีจากครอบครัว รายได้ที่เหมาะสม เป็นต้น ผลการวิจัยนี้จึงเหมาะสมกับพื้นที่ที่ทำการวิจัยเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีสื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงทางเลือกวิธีการรักษา และมีการจัดทีมสหวิชาชีพที่ดูแลการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เมื่อผู้ป่วยเลือกเข้ารับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ควรมีการประเมินติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดการกับอาการทุกข์ทรมาน อาการไม่สุขสบาย ลดความเครียดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
2. ควรจัดตั้งคลินิกการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าวันเดียวกับคลินิกผู้ป่วยโรคไต เพื่อสะดวกและง่ายต่อการเข้าถึง และการดูแลส่งต่อทีม ระหว่างคลินิก ซึ่งสะดวกต่อผู้ป่วยในการเข้าถึง รวมถึงการค้นหาผู้ป่วยในชุมชนแบบเชิงรุก โดยการจัดตั้งทีมเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการดูแลรักษาแบบประคับประคองมากขึ้น
3. ควรมีการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยทุกโรคที่มีการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้เห็นความแตกต่างตามลักษณะของความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน และศึกษาในพื้นที่ขนาดใหญ่เพื่อให้มีกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอต่อการศึกษา

Highlight

1. ผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามีคุณภาพชีวิตดีขึ้น
2. คลินิกการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้ากับการสื่อสารประสานงานกับคลินิกผู้ป่วยโรคไต
3. ควรมีการเข้าถึงการรักษาประคับประคองทุกโรค และให้ความรู้ความเข้าใจต่อผู้ป่วยและญาติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยประคับประคองและทีมดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง บุคลากรโรงพยาบาลพลทุกท่าน ที่ร่วมกันดูแลรักษา ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ แนวคิด มุมมอง และการปรับปรุงแก้ไขงานมาโดยตลอด รวมถึงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและครอบครัวทุกท่านที่เข้าร่วมงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. American Journal of Kidney Diseases. 2002;39:S1-266.
2. Fresenius Medical Care. Annual Report 2018[Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 29]. Available From: https://www.freseniusmedicalcare.com/fileadmin/data/com/pdf/Media_Center/Publications/Annual_Reports/FME_Annual-Report_2018.pdf
3. Hyodo T, Fukagawa M, Hirawa N, Hayashi M, Nitta K, Chan S, Widiana G. Present status of renal replacement therapy in Asian countries as of 2016: Cambodia, Laos, Mongolia, Bhutan, and Indonesia. Renal Replacement Therapy. 2019;5:1-11.
4. สมาคมโรคไต. ข้อมูลการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 เมษายน 29]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf>
5. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. โรคไต [อินเทอร์เน็ต]. 2018 [เข้าถึงเมื่อ 2566 เมษายน 29]. เข้าถึงได้จาก: <https://plan.dmh.go.th/>
6. ภัทรศร นพฤทธิ และอารมย์ พรหมดี. การพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562;16:96-108.
7. กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
8. อรรถธรณ กุลจิรัง และนารีรัตน์ สังวรวงษ์พนา. คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่เป็นโรคพาร์กินสัน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2555;23:86-96.
9. สมศรี เผ่าสวัสดิ์, ศัลยเวทย์ เลเชกุล, ชีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ, ธัญญารัตน์ ชีรพรเลิศรัฐ, สุนันทา วิจิตเลิศ, ชีรยุทธ เจริญจิรายากรณ์, และคณะ. ความรู้เรื่องไตสำหรับประชาชน. นนทบุรี: เฮลท์ เวิร์ค; 2556.
10. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ES-AS-Thai). Journal of Pain and Symptom Management. 2011;42:954-60.
11. Barallat E, Nabal M, Canal J, Truillano J, Gea-Sanchez M, Larkin P, Downing M. The Spanish adaptation of the Palliative Performance Scale (Version2) among cancer patients at the end of life: psychometric properties. Journal of Pain and Symptom Management. 2017;54:570-7.
12. วรัญญา จิตรบรรทัด, มิ่งขวัญ เกตุกำพล. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. วารสารมหาจุฬานาครทรรชน. 2022;9:155-70.
13. ประไพ บุญมรกต, โสเพ็ญ ชูवल. ผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยืดชีวิตในช่วงสุดท้าย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2022;9:270-82.
14. สุริพร ศิริยะพันธุ์, นิธิดา ชายเกตุ, เนตรชนก สันตรัตติ. การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลยะลา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2021;4:1-15.
15. Jintana Arjsanthia, Jutamas Tilaphat. Effects of palliative nursing on quality of life of end-stage renal failure patients in the community. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2019; 20:226-35.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างค่าจุดตัดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและปัจจัยร่วมกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองในเขตเมือง

รัฐธรรมณูญ ลมูลศรี, พ.บ., อริศรา ศิริวิริยะกุล, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้รับผิดชอบบทความ:

อริศรา ศิริวิริยะกุล, พ.บ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
681 ถ.สามเสน แขวงวชิร
พยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ
10300, ประเทศไทย

Email: Arissara.s@nmu.ac.th

Received: August 17, 2024;

Revised: August 20, 2024;

Accepted: August 22, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: การเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ทำให้เกิดการสูญเสียทางด้านร่างกาย จิตใจและคุณภาพชีวิต การศึกษาระดับ HbA1c นี้จะช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนลง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และจุดตัดของระดับ HbA1c รวมถึงปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าที่ระดับความรุนแรงต่าง ๆ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง

แบบวิจัย: การศึกษาเชิงวินิจัยแบบตัดขวาง

วัสดุและวิธีการ: เก็บข้อมูลระดับ HbA1c ผลตรวจวินิจัยภาวะแทรกซ้อนที่เท้า แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานอายุ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 370 คน และหาความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

ผลการศึกษา: ระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยจุดตัดค่า HbA1c ของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าระดับ 1, 2 และ 3 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7.5, 8.0 และ 10.0 ตามลำดับ และปัจจัยที่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญ คือ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และดัชนีมวลกาย

สรุป: ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และดัชนีมวลกายที่มาก มีผลต่อความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและให้ความรู้ด้านปัจจัยร่วมแก่ผู้ป่วยจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้

คำสำคัญ: น้ำตาลสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เบาหวาน

ORIGINAL ARTICLE

HbA1c Cutoff Point and Factors Associated with Foot Complications Among Type 2 Diabetic Patients in an Urban Area

Ratthammanoon Lamunsri, M.D., Arissara Siriwiriyakul, M.D.

Department of Urban Medicine Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Arissara Siriwiriyakul, M.D.,
Department of Urban Medicine Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Samsen Road, Wachira Phayaban Subdistric, Dusit Distric, Bangkok 10300, Thailand

Email: Arissara.s@nmu.ac.th

Received: August 17, 2024;

Revised: August 20, 2024;

Accepted: August 22, 2024

ABSTRACT

Background: The increase in HbA1c levels can lead to severe complications in the feet of type 2 diabetic patients, resulting in physical and psychological losses and reduced quality of life. This study aimed to examine HbA1c levels to prevent and reduce complications. This study aim to study the relationship between HbA1c levels and the severity of Diabetic foot complications in patients with type 2 diabetes in an urban setting.

Study Design: Cross-sectional diagnostic study.

Methods: The study involved 370 participants aged 40 years and older, diagnosed with type 2 diabetes, Data collected included HbA1c levels, ABI and Monofilament test, and personal information. Data were analyzed the corelation with the occurrence of foot complication.

Results: The cutoff values for HbA1c levels associated with foot complications were found to be HbA1c $\geq 7.5\%$ for low severity (Grade 1), HbA1c $\geq 8.0\%$ for moderate severity (Grade 2), and HbA1c $\geq 10.0\%$ for high severity (Grade 3). Factors associated with foot complications included exercise, smoking, and body mass index (BMI).

Conclusions: Diabetic patients who have poorly controlled sugar levels, lack of exercise, smoking, and a high body mass index are affected by the severity of foot complications. Controlling blood sugar levels and educating patients on co-factors can help minimize foot complications.

Keywords: HbA1c, diabetic foot complications, diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและเป็นสาเหตุของโรคแทรกซ้อนซึ่งอันตรายถึงชีวิต โดยมีอุบัติการณ์อย่างน้อยร้อยละ 5.0-7.0 ของประชากรโลก¹ และเพิ่มสูงขึ้นในคนไทยทุกปี² จากการสำรวจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2563 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.0 และในปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานไม่น้อยกว่า 4 ล้านคน เมื่อเป็นเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกายทางหลอดเลือดขนาดใหญ่และหลอดเลือดขนาดเล็ก ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง หรือเป็นภาระในการดูแลรักษา ตลอดจนเสียชีวิตก่อนวัยอันควรซึ่งส่งผลต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาระเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่เท้าเบาหวานเกิดจากปลายประสาทเสื่อม (diabetic peripheral neuropathy) หลอดเลือดส่วนปลายตีตัน หรือเกิดการติดเชื้อ นำไปสู่การมีปัญหาด้านผิวหนัง หลอดเลือด กระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้สูญเสียความรู้สึกและการเคลื่อนไหวที่เท้า รวมถึงเกิดเท้าผิดรูป³ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานส่งผลให้มีการทำลายระบบประสาทและหลอดเลือดส่วนปลาย⁴ เมื่อเกิดการบาดเจ็บที่เท้าระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกส่วนปลายผิดปกติจะไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกได้และหากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงขาและเท้ามีปัญหาจะทำให้การรักษาแผลของร่างกายเป็นไปอย่างล่าช้า การเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานมีความชุกประมาณร้อยละ 2-12 สำหรับผู้ที่มีประวัติเคยมีแผลมาก่อนจะมีโอกาสเกิดแผลซ้ำประมาณร้อยละ 40.0 ใน 1 ปี ร้อยละ 60.0 ใน 3 ปี และร้อยละ 65.0 ใน 5 ปี นอกจากนี้ในประเทศที่พัฒนาแล้วยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานประมาณร้อยละ 1 มีโอกาสถูกตัดขาจากเท้าเบาหวานซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการถูกตัดขาที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่ 5 ปี สูงกว่าผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงที่เท้า 2.5 เท่า และในผู้ป่วยเบาหวานหลังการตัดขามีอัตราการเสียชีวิตที่ 5 ปี สูงมากกว่าร้อยละ 70.0

การจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยปี พ.ศ. 2566⁵ แบ่งเป็น ความเสี่ยงต่ำมาก (ระดับ 0) คือ ไม่มีประวัติแผลที่เท้าหรือถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้า และซีพจรที่เท้าปกติหรือตรวจ ABI 0.9-1.3 ความเสี่ยงต่ำ (ระดับ 1) คือ ไม่มีประวัติการมีแผลที่เท้าหรือการถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้า แต่ตรวจพบการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าผิดปกติ หรือซีพจรที่เท้าเบาบาง หรือตรวจ ABI < 0.9 หรือ > 1.3 ความเสี่ยงปานกลาง (ระดับ 2) คือ ไม่มีประวัติการมีแผลที่เท้าหรือถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้า แต่ตรวจพบอย่างน้อย 2/3 ข้อต่อไปนี้ 1) เท้าผิดรูป 2) การรับรู้ความรู้สึกที่เท้าผิดปกติ 3) ซีพจรที่เท้าเบาบางหรือตรวจ ABI < 0.9 หรือ > 1.3 และความเสี่ยงสูง (ระดับ 3) มีการรับรู้ที่เท้าผิดปกติ และ/หรือซีพจรที่เท้าเบาบางหรือตรวจ ABI < 0.9 หรือ > 1.3 และมีลักษณะอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้ 1) ประวัติแผลที่เท้า 2) ถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้า 3) โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ภาวะแทรกซ้อนที่เท้ามักสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐาน⁶ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะงาน ประวัติการเกิดแผล พฤติกรรมการดูแลเท้า ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตของประชากรเขตเมือง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายที่ลดลง ลักษณะการบริโภคอาหาร ดัชนีมวลกายสูง ที่ทำให้เป็นปัจจัยในการเกิดโรคเรื้อรัง โดยปัจจัยสำคัญ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด^{3,7} โดยน้ำตาลสะสมในเลือด หรือ HbA1c (glycated hemoglobin) เป็นค่าการตรวจวัดระดับโปรตีนฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ในเซลล์เม็ดเลือดแดงที่ถูกจับเกาะด้วยน้ำตาลกลูโคส ค่าที่ได้จะสะท้อนถึงระดับความเข้มข้นเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดตลอดช่วงเวลา 2-3 เดือนที่ผ่านมา จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาค่าเฉลี่ย HbA1c สามารถพยากรณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ว่าการเพิ่มขึ้นของระดับ HbA1c มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของแผลเบาหวานที่เท้า⁸ และเพิ่มการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า^{9,10} สำหรับงานวิจัยในไทยพบมีรายงานความสัมพันธ์ระหว่างค่า HbA1c ที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มากขึ้น¹¹ แต่ยังไม่พบข้อมูลรายงานระดับค่า

จุดตัด HbA1c ที่ชัดเจน จึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับ HbA1c และจุดตัดค่าระดับ HbA1c ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับความรุนแรงต่าง ๆ ดังกล่าว รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยร่วมอื่น ที่มีผลต่อความรุนแรงของเท้าเบาหวาน เพื่อนำไปสู่แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในเชิงป้องกันต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระดับและหาจุดตัดค่าระดับ HbA1c ที่ทำให้เกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่ระดับความรุนแรงต่าง ๆ

วัตถุประสงค์รอง: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยร่วมอื่น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ที่ทำให้เกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย cross sectional study, diagnostic study ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ที่เข้ารับบริการที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว คลินิกตรวจเท้าและคลินิกดูแลบาดแผลและออสโตมีวชิรพยาบาล ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง sample size for a cross sectional¹² ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 370 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก

1. ตั้งครรภ์
2. มีโรคเกี่ยวกับตับและโลหิตจางอย่างรุนแรง
3. ใช้ยาโอปิออยด์ (opioids) ยารักษาเอชไอวี (HIVs) ยาสเตียรอยด์ (steroids)
4. ผู้ที่มีฮีโมโกลบินน้อยกว่าปกติ
5. Unilateral reflex loss
6. ขาดการตรวจรักษาตามนัดมากกว่า 1 ปีติดต่อกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประสานขอเก็บข้อมูลและดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จากเวชระเบียนของคลินิกตรวจเท้าและคลินิกดูแลบาดแผลและออสโตมีและระบบ Ephes ได้แก่ ผลการวินิจฉัยระดับภาวะแทรกซ้อนที่เท้า⁵ ข้อมูลระดับ HbA1c ของผู้ป่วย อย่างน้อย 2 ครั้งแต่ละครั้งห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน โดยเก็บในช่วงระยะเวลาย้อนหลัง 1 ปีก่อนได้รับการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยสะสม Mean-HbA1c⁹ และข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่และการออกกำลังกาย กรณีที่เวชระเบียนบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลไม่ครบอาจจำเป็นต้องโทรศัพท์ไปสอบถามเพิ่มเติมจากผู้ป่วย โดยเกณฑ์การหยุดการวิจัยคือผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูลได้ไม่ครบหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล โดยข้อมูลจะถูกบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ที่ใช้รหัสเฉพาะในการเรียกดูข้อมูลซึ่งมีเฉพาะผู้ทำวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 28.0 ใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพรายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณรายงานด้วยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ของระดับ HbA1c กับระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 370 คน จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จะมีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงต่ำมาก (ระดับ 0) จำนวน 194 คน (ร้อยละ 52.4) ระดับความรุนแรงต่ำ (ระดับ 1) จำนวน 61 คน (ร้อยละ 16.5) ระดับความรุนแรงปานกลาง (ระดับ 2) จำนวน 60 คน

ตารางที่ 1. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย

ตัวแปร	ประชากรทั้งหมด (n = 370)	ความรุนแรงของแผลเบาหวานที่เท้า			
		Grade 0 (n = 194)	Grade 1 (n = 61)	Grade 2 (n = 62)	Grade 3 (n = 55)
อายุ (ปี)					
40-49	41 (11.1)	20 (10.3)	6 (9.8)	8 (13.3)	7 (12.7)
50-59	93 (25.1)	50 (25.8)	11 (18.0)	14 (23.3)	18 (32.7)
60-69	133 (35.9)	72 (37.1)	22 (36.1)	20 (33.3)	19 (34.5)
70 และมากกว่า	103 (27.8)	52 (26.8)	22 (36.1)	18 (30.0)	11 (20.0)
เพศ					
หญิง	201 (54.3)	116 (59.8)	31 (50.8)	35 (58.3)	19 (34.5)
ชาย	169 (45.7)	78 (40.2)	30 (49.2)	25 (41.7)	36 (65.5)
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา	8 (2.2)	3 (1.5)	2 (3.3)	1 (1.7)	2 (3.6)
การศึกษาระดับประถมและมัธยม	191 (51.6)	78 (40.2)	30 (49.2)	39 (65.0)	44 (80.0)
อนุปริญญา	58 (15.7)	31 (16.0)	13 (21.3)	10 (16.7)	4 (7.3)
ปริญญาตรีขึ้นไป	113 (30.5)	82 (42.3)	16 (26.2)	10 (16.7)	5 (9.1)
สถานะ					
แต่งงาน	182 (49.2)	98 (50.5)	33 (54.1)	26 (43.3)	25 (45.5)
โสด	179 (48.4)	91 (46.9)	26 (42.6)	32 (53.3)	30 (54.5)
หย่าร้าง	9 (2.4)	5 (2.6)	2 (3.3)	2 (3.3)	0 (0.0)
การออกกำลังกาย					
ไม่ออกกำลังกาย	224 (60.5)	87 (44.8)	39 (63.9)	47 (78.3)	51 (92.7)
ออกกำลังกาย	146 (39.5)	107 (55.2)	22 (36.1)	13 (21.7)	4 (7.3)
สูบบุหรี่					
ไม่สูบ	313 (84.6)	183 (94.3)	54 (88.5)	49 (81.7)	27 (49.1)
สูบ	57 (15.4)	11 (5.7)	7 (11.5)	11 (18.3)	28 (50.9)
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)					
< 18.5	9 (2.4)	7 (3.6)	1 (1.6)	0 (0.0)	1 (1.8)
18.5-24.9	125 (33.8)	80 (41.2)	23 (37.7)	12 (20.0)	10 (18.2)
25.0-29.9	132 (35.7)	67 (34.5)	28 (45.9)	19 (31.7)	18 (32.7)
30 และมากกว่า	104 (28.1)	40 (20.6)	9 (14.8)	29 (48.3)	26 (47.3)
HbA1c (%)	8.03±2.07	7.10±1.11	7.63±1.65	9.26±2.19	10.41±2.42
น้อยกว่า 6.5%	80 (21.6)	64 (33.0)	11 (18.0)	4 (6.7)	1 (1.8)
6.5-7.4%	115 (31.1)	78 (40.2)	24 (39.3)	10 (16.7)	3 (5.5)
7.5-8.4%	59 (15.9)	30 (15.5)	11 (18.0)	8 (13.3)	10 (18.2)
8.5-9.4%	35 (9.5)	12 (6.2)	8 (13.1)	11 (18.3)	4 (7.3)
9.5-10.4%	29 (7.8)	8 (4.1)	2 (3.3)	11 (18.3)	8 (14.5)
10.5-11.4%	19 (5.1)	1 (0.5)	3 (4.9)	3 (5.0)	12 (21.8)
11.5-12.4%	14 (3.8)	1 (0.5)	1 (1.6)	8 (13.3)	4 (7.3)
12.5-13.4%	9 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (5.0)	6 (10.9)
13.5-14.4%	6 (1.6)	0 (0.0)	1 (1.6)	0 (0.0)	5 (9.1)
14.5% และมากกว่า	4 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.3)	2 (3.6)

ข้อมูลแสดงเป็น จำนวน (ร้อยละ), ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือ ค่ามัธยฐาน (ช่วงพิสัยระหว่างควอไทล์)

(ร้อยละ 16.2) และระดับความรุนแรงสูง (ระดับ 3) จำนวน 55 คน (ร้อยละ 14.9)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 35.9) โดยในแต่ละกลุ่มความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท่าจากระดับ 0 ถึง 3 ที่มีอายุในช่วงดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 37.1, 36.1, 33.3 และ 34.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.3 (ร้อยละ 59.8, 50.8, 58.3 และ 34.5 ในแต่ละกลุ่มตามลำดับ) มีระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.6 (ร้อยละ 40.2, 49.2, 65.0 และ 80.0 ในแต่ละกลุ่มตามลำดับ) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 49.2 (ร้อยละ 50.5, 54.1, 43.3 และ 45.5 ในแต่ละกลุ่มตามลำดับ) ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 60.5 (ร้อยละ 44.8, 63.9, 78.3 และ 92.7 ในแต่ละกลุ่มตามลำดับ) ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.6 (ร้อยละ 94.3, 88.5, 81.7 และ 49.1 ในแต่ละกลุ่มตามลำดับ) มีค่าดัชนีมวลกาย 25.0-29.9 กก./ม.² ร้อยละ 35.7 (ร้อยละ 34.5, 45.9, 31.7 และ 32.7 ในแต่ละกลุ่มตามลำดับ) และมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เฉลี่ย $7.10 \pm 1.11\%$, $7.63 \pm 1.65\%$, $9.26 \pm 2.19\%$ และ $10.41 \pm 2.42\%$ ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ในช่วง 6.5-7.4% คิดเป็นร้อยละ 31.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ความสัมพันธ์ของระดับ HbA1c กับระดับความรุนแรงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง

วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของระดับ HbA1c กับระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบมัลติโนเมียลลอจิสติก (multinomial logistic regression analysis) เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย พบระดับ HbA1c มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเมื่อมีระดับ HbA1c ที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในระดับ 1 เพิ่มขึ้น 1.39 เท่า (95%CI: 1.12-1.74, $p = 0.003$) โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในระดับ 2 เพิ่มขึ้น 2.17 เท่า (95%CI: 1.72-2.75, $p < 0.001$) และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในระดับ 3 เพิ่มขึ้น 2.59 เท่า (95%CI: 1.99-3.37, $p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ค่าจุดตัดระดับ HbA1c กับระดับความรุนแรงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง

การหาค่าจุดตัดระดับ HbA1c กับระดับความรุนแรงของการเกิดแผลที่เท้า โดยใช้การวิเคราะห์ receiver

ตารางที่ 2. การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวและพหุตัวแปรของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) สามารถทำนายภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง ($n = 370$)

Variables	การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว		การวิเคราะห์พหุตัวแปร	
	Unadjusted OR [†] (95%CI)	p-value	Adjusted OR [‡] (95%CI)	p-value
ความรุนแรงของแผลเบาหวานที่เท้า				
ระดับ 1	1.36 (1.10, 1.68)	0.005	1.39 (1.12-1.74)	0.003
ระดับ 2	2.15 (1.76, 2.62)	<0.001	2.17 (1.72-2.75)	<0.001
ระดับ 3	2.66 (2.14, 3.30)	<0.001	2.59 (1.99-3.37)	<0.001

[†]อัตราส่วนความเป็นไปได้ที่ไม่ได้ปรับค่า (unadjusted odds ratio) ประเมินด้วยแบบจำลองโลจิสติกถดถอยพหุนาม (multinomial logistic regression model), [‡] อัตราส่วนความเป็นไปได้ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted odds ratio) ประเมินด้วยแบบจำลองโลจิสติกถดถอยพหุนาม โดยปรับตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และดัชนีมวลกาย

ผลลัพธ์ฐาน (base outcome) คือ แผลเบาหวานที่เท้า ระดับ 0

CI, ช่วงความเชื่อมั่น (confidence Interval); OR, อัตราส่วนความเป็นไปได้ (odds ratio); NA, ไม่มีข้อมูลที่ใช้ได้ (data not applicable)

operating characteristic (ROC) คำนวณพื้นที่ใต้โค้ง (area under the ROC curve, AuROC) และพิจารณาเลือกจุดตัดคะแนนจาก Youden's index พบว่าระดับ HbA1c กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ระดับ 1 มีพื้นที่ใต้โค้ง เท่ากับ 0.594 (95%CI: 0.510-0.679) เมื่อพิจารณาเลือกจุดตัดจาก Youden's index พบว่าค่าระดับ HbA1c ที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7.5 มีค่า Youden's index มากที่สุดเท่ากับ 0.437 โดยมีค่าความไวร้อยละ 70.5 (95%CI: 63.1-77.1) ค่าความจำเพาะร้อยละ 73.2 (95%CI: 66.4-79.3)

จุดตัดระดับ HbA1c กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า Grade 2 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8.0 ซึ่งมีพื้นที่ใต้โค้ง เท่ากับ 0.809 (95%CI: 0.739, 0.879) และมีค่า Youden's index เท่ากับ 0.534 โดยมีค่าความไว

ร้อยละ 72.2 (95%CI: 63-80.1) ค่าความจำเพาะร้อยละ 81.2 (95%CI: 75.8-85.8)

จุดตัดระดับ HbA1c กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ระดับ 3 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10.0 ซึ่งมีพื้นที่ใต้โค้ง เท่ากับ 0.900 (95%CI: 0.847, 0.952) และมีค่า Youden's index เท่ากับ 0.541 โดยมีค่าความไวร้อยละ 63.6 (95%CI: 49.6-76.2) ค่าความจำเพาะร้อยละ 90.5 (95%CI: 86.7-93.5) (ตารางที่ 3)

ความสัมพันธ์ของปัจจัยร่วมกับระดับความรุนแรงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยร่วมกับระดับความรุนแรงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยด้วยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariable analysis) โดย

ตารางที่ 3. ประสิทธิภาพการวินิจฉัยในการทำนายความรุนแรงของแผลเบาหวานที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง

ความรุนแรงของแผล เบาหวานที่เท้า/เกณฑ์ ตัดค่า HbA1c (%)	Sensitivity % (95%CI)	Specificity % (95%CI)	PPV % (95%CI)	NPV % (95%CI)	LR+ (95%CI)	LR- (95%CI)
ระดับ 1						
≥7.0	75.6 (68.5-81.7)	54.6 (47.4-61.8)	60.2 (53.4-66.7)	71.1 (63.2-78.3)	1.67 (1.4-1.99)	0.45 (0.34-0.6)
≥7.5 [†]	70.5 (63.1-77.1)	73.2 (66.4-79.3)	70.5 (63.1-77.1)	73.2 (66.4-79.3)	2.63 (2.04-3.38)	0.4 (0.32-0.52)
≥8.0	58.0 (50.3-65.3)	85.1 (79.2-89.8)	77.9 (69.8-84.6)	69.0 (62.8-74.8)	3.88 (2.71-5.55)	0.49 (0.41-0.59)
ระดับ 2						
≥7.5	84.3 (76.4-90.5)	69.0 (63-74.6)	55.1 (47.4-62.6)	90.7 (85.7-94.4)	2.72 (2.23-3.32)	0.23 (0.15-0.35)
≥8.0 [†]	72.2 (63-80.1)	81.2 (75.8-85.8)	63.4 (54.5-71.6)	86.6 (81.6-90.7)	3.83 (2.9-5.07)	0.34 (0.25-0.46)
≥8.5	68.7 (59.4-77)	85.5 (80.6-89.6)	68.1 (58.8-76.4)	85.8 (80.9-89.9)	4.73 (3.43-6.54)	0.37 (0.28-0.48)
ระดับ 3						
≥9.5	67.3 (53.3-79.3)	86.0 (81.7-89.7)	45.7 (34.6-57.1)	93.8 (90.3-96.3)	4.82 (3.46-6.7)	0.38 (0.26-0.56)
≥10.0 [†]	63.6 (49.6-76.2)	90.5 (86.7-93.5)	53.8 (41-66.3)	93.4 (90.1-95.9)	6.68 (4.5-9.92)	0.4 (0.28-0.57)
≥10.5	50.9 (37.1-64.6)	92.7 (89.2-95.3)	54.9 (40.3-68.9)	91.5 (87.9-94.3)	6.97 (4.35-11.2)	0.53 (0.4-0.69)

[†]ค่าขีดจำกัดที่ดีที่สุด (best threshold value) ถูกกำหนดโดยใช้ ดัชนี Youden (Youden Index) (Youden Index = Sensitivity + Specificity - 1)

PPV, ค่าทำนายเชิงบวก (positive predictive value); NPV, ค่าทำนายเชิงลบ (negative predictive value); LR = อัตราส่วนความน่าจะเป็น (Likelihood ratio); CI, ช่วงความเชื่อมั่น (confidence interval)

ใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบมัลติโนเมียลลอจิสติกพบว่าปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ได้แก่ เพศชายสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า Grade 3 การสูบบุหรี่ และการมีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ม.² สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ระดับ 2 และ 3 ระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาลงไปสัมพันธ์กับ

การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ระดับ 1, 2 และ 3 สำหรับการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าทั้งสามระดับความรุนแรง (ตารางที่ 4) อย่างไรก็ตามหากวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร โดยควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวน พบว่าปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิด

ตารางที่ 4. การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวสำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง (n = 370)

ตัวแปร	ความรุนแรงของแผลเบาหวานที่เท้า					
	ระดับ 1		ระดับ 2		ระดับ 3	
	Crude OR [†] (95%CI)	p-value	Crude OR [†] (95%CI)	p-value	Crude OR [†] (95%CI)	p-value
HbA1c (%)	1.36 (1.10, 1.68)	0.005	2.15 (1.76, 2.62)	<0.001	2.66 (2.14, 3.30)	<0.001
อายุ (ปี)						
40-49	1.00 Reference		1.00 Reference		1.00 Reference	
50-59	0.73 (0.24-2.25)	0.588	0.70 (0.25-1.93)	0.490	1.03 (0.37-2.84)	0.957
60-69	1.02 (0.36-2.85)	0.972	0.69 (0.27-1.81)	0.456	0.75 (0.28-2.05)	0.579
70 และมากกว่า	1.41 (0.50-3.99)	0.517	0.87 (0.32-2.30)	0.772	0.60 (0.21-1.78)	0.360
เพศ						
หญิง	1.00 Reference		1.00 Reference		1.00 Reference	
ชาย	1.44 (0.81-2.57)	0.217	1.06 (0.59-1.91)	0.840	2.82 (1.51-5.27)	0.001
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา/ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา	2.02 (1.03-3.97)	0.040	4.05 (1.90-8.64)	<0.001	9.31 (3.52-24.63)	<0.001
อนุปริญญา	2.15 (0.93-4.98)	0.074	2.65 (1.01-6.97)	0.049	2.12 (0.53-8.40)	0.286
ปริญญาตรีขึ้นไป	1.00 Reference		1.00 Reference		1.00 Reference	
สถานะ						
แต่งงาน	1.00 Reference		1.00 Reference		1.00 Reference	
โสด/หย่าร้าง	0.87 (0.49-1.54)	0.625	1.33 (0.75-2.39)	0.331	1.23 (0.67-2.23)	0.508
ออกกำลังกาย						
ไม่ออกกำลังกาย	1.00 Reference		1.00 Reference		1.00 Reference	
ออกกำลังกาย	0.46 (0.25-0.83)	0.010	0.22 (0.11-0.44)	<0.001	0.06 (0.02-0.18)	<0.001
สูบบุหรี่						
ไม่สูบ	1.00 Reference		1.00 Reference		1.00 Reference	
สูบ	2.16 (0.80-5.83)	0.130	3.73 (1.53-9.12)	0.004	17.25 (7.71-38.63)	<0.001
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)						
น้อยกว่า 25.0	1.00 Reference		1.00 Reference		1.00 Reference	
25.0-29.9	1.51 (0.81-2.85)	0.197	2.06 (0.93-4.53)	0.074	2.12 (0.94-4.80)	0.070
30 และมากกว่า	0.82 (0.35-1.91)	0.639	5.26 (2.43-11.35)	<0.001	5.14 (2.31-11.42)	<0.001

ผลลัพธ์ฐาน (base outcome) คือ แผลเบาหวานที่เท้า ระดับ 0

[†] อัตราส่วนความน่าจะเป็นที่ไม่ได้ปรับค่า (unadjusted odds ratio) ประเมินโดยใช้แบบจำลองโลจิสติกถดถอยพหุนาม (multinomial logistic regression model)

CI, ช่วงความเชื่อมั่น (confidence interval); OR, อัตราส่วนความน่าจะเป็น (odds ratio); NA, ไม่มีข้อมูลที่ใช้ได้ (data not applicable)

ที่สอง แต่ปัจจัยด้านการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิเคราะห์เฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าเพิ่มเติมพบว่า การออกกำลังกายเป็นปัจจัยป้องกันไม่ให้เกิดโรค (protective factor) โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีการออกกำลังกายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในระดับความรุนแรงต่ำ (ระดับ 1) เป็น 0.44 เท่า (95%CI: 0.24-0.84, $p = 0.012$) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในระดับความรุนแรงปานกลาง (ระดับ 2) เป็น 0.24 เท่า (95%CI: 0.11-0.53, $p < 0.001$) และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในระดับความรุนแรงสูง (ระดับ 3) เป็น 0.06 เท่า (95%CI: 0.01-0.22, $p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีการออกกำลังกาย

สำหรับปัจจัยการสูบบุหรี่และการมีดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 30.0 กก./ม.² เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค โดยผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ระดับ 2 เป็น 5.13 เท่า (95%CI: 1.40-18.82, $p = 0.014$) และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ระดับ 3 เป็น 16.11 เท่า (95%CI: 4.12-62.93, $p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30.0 กก./ม.² มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ระดับ 2 เป็น 6.17 เท่า (95%CI: 2.29-16.65, $p < 0.001$) และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ระดับ 3 เป็น 5.22 เท่า (95%CI: 1.50-18.22, $p = 0.0101$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25.0 กก./ม.² (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบความสัมพันธ์ของระดับ HbA1c กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พบว่าระดับ HbA1c ที่เพิ่มขึ้นทำให้โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในทุกระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น สัมพันธ์กับการศึกษาของ Din และคณะ⁸ ที่ศึกษาพบความสัมพันธ์ของระดับ HbA1c ที่เพิ่ม

ขึ้นมีผลกับระดับแผลที่เท้า¹³ นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบค่า HbA1c ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลาย^{9,14-16} และระดับการรับรู้การสั่นสะเทือน (vibration perception threshold) ที่ลดลง¹⁷ และให้ใช้ HbA1c เป็นตัวชี้วัดสำหรับการเกิด DPN¹⁸

สำหรับจุดตัดระดับ HbA1c มีการศึกษาที่พบว่าระดับ HbA1c มากกว่า 7.0 จะเริ่มพบความรุนแรงของแผลที่เท้าเพิ่มขึ้นและในช่วงระดับ HbA1c 7.01-11.0 จะพบภาวะแทรกซ้อนในทุกความรุนแรง⁸ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ที่พบว่าจุดตัดระดับ HbA1c ของแผลที่เท้าระดับ 1 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7.5 แผลที่เท้าระดับ 2 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8.0 และในแผลที่เท้าระดับ 3 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10.0

การศึกษาด้านปัจจัยร่วมที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าพบว่า การออกกำลังกายสามารถลดการเกิดแผลที่เท้าได้ในทุกระดับความรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vahwere และคณะ¹⁹ นอกจากนี้มีงานวิจัยทบทวนอย่างเป็นระบบที่แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อผลลัพธ์ของแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะการเพิ่มความเร็วในการนำสัญญาณของเส้นประสาทในแขนขาและเพิ่มความไวของผิวหนัง รวมถึงความหนาแน่นของเส้นประสาทในชั้นหนังกำพร้า ซึ่งช่วยชะลอการเกิดโรคประสาทส่วนปลายจากเบาหวาน และลดความเสียหายและการเกิดแผลที่ผิวหนังได้²⁰

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลที่เท้าในความรุนแรงระดับที่ 2 และ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการวิจัยต่างมีปัญหาทางด้านหลอดเลือดและการรับรู้ทางเส้นประสาท สอดคล้องกับการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการสูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะพัฒนาเป็นเนื้องอกตาย (gangrene) เพิ่มขึ้น 1.15 เท่า²¹ และสารพิษในบุหรี่มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวซึ่งทำให้เกิดแผลเท้าเบาหวานได้ง่าย²² สำหรับปัจจัยด้านดัชนีมวลกายผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Fawzy และคณะ⁶ ที่อธิบายถึงผลจากการที่มีค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยร่วมที่จะเพิ่มโอกาสการเกิดแผลที่เท้า เนื่องจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจะทำให้แรงกดที่ฝ่าเท้าสูงขึ้น ซึ่งสามารถส่งผลให้เกิดปัญหาที่เท้า

ตารางที่ 5. การวิเคราะห์พหุตัวแปรสำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง (n = 370)

ตัวแปร	ความรุนแรงของแผลเบาหวานที่เท้า					
	ระดับ 1		ระดับ 2		ระดับ 3	
	Adjusted OR [†] (95%CI)	p-value	Adjusted OR [†] (95%CI)	p-value	Adjusted OR [†] (95%CI)	p-value
HbA1c (%)	1.39 (1.12-1.74)	0.003	2.17 (1.72-2.75)	<0.001	2.59 (1.99-3.37)	<0.001
อายุ (ปี)						
40-49	1.00 Reference		1.00 Reference		1.00 Reference	
50-59	0.69 (0.21-2.26)	0.544	0.71 (0.20-2.49)	0.598	0.72 (0.16-3.28)	0.675
60-69	1.17 (0.38-3.63)	0.784	1.04 (0.30-3.57)	0.956	1.01 (0.23-4.51)	0.987
70 และมากกว่า	1.77 (0.53-5.87)	0.351	3.07 (0.81-11.58)	0.098	2.07 (0.40-10.66)	0.384
เพศ						
หญิง	1.00 Reference		1.00 Reference		1.00 Reference	
ชาย	1.38 (0.72-2.64)	0.327	1.02 (0.46-2.26)	0.957	1.57 (0.56-4.36)	0.391
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา/ประถมศึกษาและมัธยมศึกษา	1.47 (0.71-3.07)	0.300	1.73 (0.70-4.29)	0.238	2.85 (0.8-10.07)	0.105
อนุปริญญา	1.72 (0.70-4.25)	0.241	1.33 (0.42-4.27)	0.630	0.62 (0.11-3.45)	0.587
ปริญญาตรีขึ้นไป	1.00 Reference		1.00 Reference		1.0 Reference 0	
สถานะ						
แต่งงาน	1.00 Reference		1.00 Reference		1.00 Reference	
โสด/หย่าร้าง	0.91 (0.48-1.70)	0.763	1.24 (0.60-2.60)	0.562	0.89 (0.36-2.15)	0.788
ออกกำลังกาย						
ไม่ออกกำลังกาย	1.00 Reference		1.00 Reference		1.00 Reference	
ออกกำลังกาย	0.44 (0.24-0.84)	0.012	0.24 (0.11-0.53)	<0.001	0.06 (0.01-0.22)	<0.001
สูบบุหรี่						
ไม่สูบ	1.00 Reference		1.00 Reference		1.00 Reference	
สูบ	2.10 (0.66-6.68)	0.207	5.13 (1.40-18.82)	0.014	16.11 (4.12-62.93)	<0.001
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.²)						
น้อยกว่า 25.0	1.00 Reference		1.00 Reference		1.00 Reference	
25.0-29.9	1.55 (0.78-3.06)	0.209	1.73 (0.68-4.40)	0.248	2.06 (0.63-6.69)	0.229
30 และมากกว่า	0.98 (0.38-2.50)	0.966	6.17 (2.29-16.65)	<0.001	5.22 (1.50-18.22)	0.010

ผลลัพธ์ฐาน (base outcome) คือ แผลเบาหวานที่เท้า ระดับ 0

†อัตราส่วนความน่าจะเป็นที่ปรับค่าแล้ว (adjusted odds ratio) ประเมินโดยใช้แบบจำลองโลจิสติกถดถอยพหุนาม (multinomial logistic regression model) โดยปรับตาม อายุ, เพศ, สถานภาพสมรส, การออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ และดัชนีมวลกาย

CI, ช่วงความเชื่อมั่น (confidence interval); OR, อัตราส่วนความน่าจะเป็น (odds ratio); NA, ไม่มีข้อมูลที่ใช้ได้ (data not applicable)

เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c สูง ยิ่งมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับระดับน้ำตาลที่เหมาะสมและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า เพื่อให้ผู้ป่วยลดปัจจัยที่หลีกเลี่ยงได้ดังกล่าว ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าลงได้

จุดเด่นของงานวิจัยเป็นการแบ่งกลุ่มความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานของประเทศไทย ทำให้สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ได้ในบริบทเวชปฏิบัติจริง ข้อจำกัดเป็นการศึกษาแบบตัดขวางที่เก็บข้อมูลน้ำตาลสะสมในเลือดผู้ป่วยในช่วงระยะเวลา 1 ปีก่อนมีผลวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จำนวนอย่างน้อย 2 ครั้ง หากสามารถเก็บข้อมูลในเวลานานขึ้น อาจได้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยของผู้ป่วยที่แม่นยำขึ้น

สรุป

ระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ และการมีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30.0 kg/m² เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยจุดตัดระดับ HbA1c ของภาวะแทรกซ้อนที่เท้าระดับ 1, 2 และ 3 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7.5, 8.0 และ 10.0 ตามลำดับ ดังนั้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้เรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผล รวมถึงการสนับสนุนการออกกำลังกายในผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้ ส่งผลให้ลดจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าลงและลดผลกระทบรุนแรงจากภาวะดังกล่าว

Highlight

1. พบค่าจุดตัดระดับ HbA1c ที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่เท้า คือ $\geq 7.5\%$ สำหรับระดับ 1, $\geq 8.0\%$ สำหรับระดับ 2 และ $\geq 10.0\%$ สำหรับระดับ 3
2. การเพิ่มขึ้นของ HbA1c ทุก 1% เพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าระดับ 1, 2 และ 3 เป็น 1.39, 2.17 และ 2.59 เท่าตามลำดับ
3. การออกกำลังกายเป็นปัจจัยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. การสูบบุหรี่และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 30 กก./ม.² เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้ารุนแรง

เอกสารอ้างอิง

1. Ong KL, Stafford LK, McLaughlin SA, Boyko EJ, Vollset SE, Smith AE, et al. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2023;402(10397):203-34.
2. Sakboonyarat B, Sangkool T, Poovieng J, Jongcherdchootrakul K, Srisawat P, Hatthachote P, et al. Trends in the prevalence of type 2 diabetes among Royal Thai Army personnel and associated factors from 2017 to 2021. *J Southeast Asian Med Res*. 2023;7:e0160.
3. Hossain MA, Sarkar MK, Mahbub I, Islam SMS. A study on peripheral neuropathy and its related risk factors associated with HbA1c levels. *J Biosci (Rajshari)*. 2021;29:123-38.
4. Jalilian M, Ahmadi Sarbarzeh P, Oubari S. Factors related to severity of diabetic foot ulcer: A systematic review. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2020;13:1835-42.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
6. Fawzy MS, Alshammari MA, Alruwaili AA, Alanazi RTR, Alharbi JAM, Almasoud AMR, et al. Factors associated with diabetic foot among type 2 diabetes in Northern area of Saudi Arabia: a descriptive study. *BMC Res Notes*. 2019;12(1):51. PubMed PMID: 30670095
7. Hamida A, Irfana L, Irawati DN. Correlation of HbA1c levels and diabetic neuropathy complications in diabetes mellitus patients. *Gac Med Caracas*. 2021;129(s2):S293-8.
8. Din N, Khan M, Danyal Khan B, Ghaffar T, Tabish Ikram M, Aamir Salman M, et al. Association of diabetic foot ulcer with glycated hemoglobin A1C levels: Diabetic foot ulcer with glycated HbA1C levels. *Pakistan Journal of Health Sciences*. 2023;4:161-5.
9. Su J-B, Zhao L-H, Zhang X-L, Cai H-L, Huang H-Y, Xu F, et al. HbA1c variability and diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetic patients. *Cardiovasc Diabetol*. 2018;17(1):47. PubMed PMID: 29598819
10. Moodley RM, D'Almeida SS, Lameko V, Ghimire S. Novel relationship between hemoglobin A1c levels and foot ulcer development among patients with type 2 diabetes mellitus admitted at Tupua Tamasese Meaole Hospital. *Cureus*. 2021;13(11):e20054. PubMed PMID: 34993030
11. Limsomwong P, Wajanakomkul P. Prevalence and factors associated with the stratified risk to develop diabetic foot ulcer in type 2 diabetes mellitus patients in primary care unit of Songklanagarind Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2023;106:434-43.
12. Kelsey JL. *Methods in Observational Epidemiology*. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 1996.
13. Farooque U, Lohano AK, Hussain Rind S, Rind MS, Karimi S, Jaan A, et al. Correlation of hemoglobin A1c 7 with Wagner classification in patients with diabetic foot. *Cureus*. 2020;12(7): e9199. PubMed PMID: 32821554
14. Lai YR, Chiu WC, Huang CC, Tsai NW, Wang HC, Lin WC, et al. HbA1C variability is strongly associated with the severity of peripheral neuropathy in pa-

- tients with type 2 diabetes. *Front Neurosci.* 2019; 13:90. PubMed PMID: 30814926
15. Nozawa K, Ikeda M, Kikuchi S. Association between HbA1c levels and diabetic peripheral neuropathy: A case control study of patients with type 2 diabetes using claims data. *Drugs Real World Outcomes.* 2022;9:403-14.
16. Liu X, Xu Y, An M, Zeng Q. The risk factors for diabetic peripheral neuropathy: A meta-analysis. *PLoS One.* 2019;14(2):e0212574. PubMed PMID: 30785930
17. Maiya AG, Parameshwar A, Hande M, Nandalike V. Relationship between glycated hemoglobin and vibration perception threshold in diabetic peripheral neuropathy. *Int J Low Extrem Wounds.* 2020;19:120-4.
18. Casadei G, Filippini M, Brognara L. Glycated hemoglobin (HbA1c) as a biomarker for diabetic foot peripheral neuropathy. *Diseases.* 2021;9(1):16. PubMed PMID: 33671807
19. Vahwere BM, Ssebuufu R, Namatovu A, Kyamanywa P, Ntulume I, Mugwano I, et al. Factors associated with severity and anatomical distribution of diabetic foot ulcer in Uganda: a multicenter cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2023;23(1):463. PubMed PMID: 36899359
20. Matos M, Mendes R, Silva AB, Sousa N. Physical activity and exercise on diabetic foot related outcomes: A systematic review. *Diabetes Res Clin Pract.* 2018;139:81-90.
21. Syauta D, Mulawardi, Prihantono, Hendarto J, Mariana N, Sulmiati, et al. Risk factors affecting the degree of diabetic foot ulcers according to Wagner classification in diabetic foot patients. *Medicina Clínica Práctica.* 2021;4(100231):100231.
22. อภิภรณ์ นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย รักดีวงศ์. การเกิดแผลที่เท้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล.* 2553; 25:51-63.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทย
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง

มูนา อุซึง, พ.บ.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

ผู้รับผิดชอบบทความ:

มูนา อุซึง, พ.บ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลตรัง 69 ถ.โคกชัน
ต.ทับเที่ยง อ.เมือง จ.ตรัง
92000, ประเทศไทย
Email: Muna.use@thai-
fammed.org

Received: April 8, 2022;

Revised: May 31, 2022;

Accepted: July 25, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากปัญหาการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจทางเซลล์วิทยาปากมดลูกแบบ conventional Pap-smear ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2562 ที่ไม่ครอบคลุมอย่างน้อยละ 80 ของสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาท่ามใต้ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง

แบบวิจัย: การศึกษาวิจัยแบบ case-control study

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การศึกษานี้ได้ทำในหญิงไทยอายุ 30-60 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาท่ามใต้ ที่มีโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ โรงพยาบาลตรัง ประเทศไทย จากรายชื่อหญิงไทยอายุ 30-60 ปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ในปีงบประมาณ 2564 จำนวนทั้งหมด 604 คน นำมาเข้าสู่ตรรกานวนขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Schlesselman (1982) สำหรับกรณีไม่มีการปรับค่า (correction factor) โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นกลุ่มเคยและไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวนกลุ่มละ 73 คน หลังจากที่ได้เซ็นหนังสือยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย จะต้องตอบคำถามในแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือ ผ่านผู้ช่วยวิจัยหากจำเป็น ซึ่งจะมีข้อคำถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1. ปัจจัยส่วนบุคคล 2. ปัจจัยนำ 3. ปัจจัยเสริม และ 4. ปัจจัยเอื้อ ทั้งนี้การเคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 5 ปีที่ผ่านมา

ผลการศึกษา: จากหญิงทั้งหมด 146 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 73 คน และ กลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 73 คน โดยอายุ 30-40 ปี และ เจตคติที่ต่ำสัมพันธ์กับการไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป: อายุและเจตคติ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยอายุ 30-60 ปี จึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยที่มีอายุ 30-40 ปี หรือ มีเจตคติที่ต่ำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำสำคัญ: ปัจจัย การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ORIGINAL ARTICLE

Factors Affected the Decision Cervical Cancer Screening Among Women in Nathamtai Health Promoting Hospital in Muang District, Trang Province

Muna Useng, M.D.

Department of Social Medicine, Trang Hospital, Trang, Thailand

Corresponding author :

Muna Useng, M.D.,
Department of Social Medicine,
Trang Hospital, 69 Khuan Han
Rd, Thap Thiang, Mueang
Trang District, Trang 92000,
Thailand.
Email: Muna.use@thai-
fammed.org

Received: April 8, 2022;

Revised: May 31, 2022;

Accepted: July 25, 2024

ABSTRACT

Background: This study aims to identify the factors associated with the refuse of cervical cancer screening due to problems in accessing cervical cancer screening among women aged 30-60 years using conventional Pap-smear methods during the years 2015-2019, where fewer than 80 percent of women in this age group at Nathamtai primary care unit in Mueang Trang District, Trang Province, Thailand.

Design: Case-control study

Methods: This study was conducted among women 30-60 years of age in the catchment area of Nathamtai primary care unit, networking of Trang hospital, Thailand. From the list of 604 Thai women aged 30-60 years of the Nathamtai primary care unit, in fiscal year 2021, were taken into the formula for calculating using the Schlesselman formula (1982). The participants were divided into two categories in which has been undergoing and hasn't been undergoing cervical cancer screening, totaling 73 people per group. After signing informed consent, all women were asked to complete a self-questionnaire (Thai language) with literate assistance if needed. The questionnaire was divided into 4 parts: (I) personal factors; (II) predisposing factors; (III) reinforcing factors; (IV) enabling factors. Adequate screening was defined as women who had only one screening, and the last screen was within 5 years.

Results: From 146 women, there were 73 with adequate screening and 73 with inadequate screening. Significantly associated with inadequate screening included age 30-40 years and poor attitude, tend to be a significant correlation with inadequate cervical cancer screening.

Conclusions: Age and attitude were important factors associated with women's decisions to attend cervical cancer screening among 30-60 years old. These factors should be the focus of attention to improve coverage of cervical cancer screening in Thailand.

Keywords: factors, cervical cancer screening

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งชนิดที่พบได้บ่อยเป็นลำดับที่ 4 ของเพศหญิงทั่วโลก กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2561 พบจำนวนผู้ป่วยใหม่และเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกทั่วโลกประมาณ 570,000 และ 311,000 คน¹ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 พบว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งชนิดที่พบได้บ่อยเป็นลำดับที่ 2 รองลงมาจากมะเร็งเต้านมในเพศหญิง คือ มีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตและรายใหม่ประมาณ 2,238 คน² และ 2,833 คน พบมากในช่วงอายุ 30-65 ปี³ มักมีสาเหตุจากการติดเชื้อ human papillomavirus (HPV) สามารถหายได้เองหรือก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกขึ้นกับชนิดของความรุนแรงของสายพันธุ์แต่ละชนิดของเชื้อไวรัส ภูมิคุ้มกันต่อโรคของผู้ได้รับเชื้อไวรัส โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ จำนวนบุตรและการคลอดบุตรคนแรก และการสูบบุหรี่ เป็นต้น หากพิจารณาในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงแล้วจะพบว่า

มีการเข้าถึงได้ง่ายของสตรีในการรับวัคซีนเพื่อป้องกันและตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาหะยะก่อนการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอแตกต่างจากกลุ่มประเทศที่รายได้ต่ำถึงปานกลางที่มีข้อจำกัดของสิ่งเหล่านี้ ทำให้ต้องเข้าสู่การรักษาในระยะท้าย ๆ ของโรคแทน ได้แก่ การผ่าตัดก่อนมะเร็ง การรับเคมีบำบัด หรือ การรับรังสีรักษา เป็นต้น ซึ่งมักมีข้อจำกัดในการรักษาโรคให้หายส่งผลให้มีอัตราการตายที่สูงในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง⁴ รวมทั้งประเทศไทยด้วย ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยจะลดลงได้ถ้ามีการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองอย่างมีระบบ (organised screening) โดยใช้วิธีตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ ทำในสตรีกลุ่มเป้าหมายให้ได้ความครอบคลุมสูง มีความถี่ของการตรวจคัดกรองที่เหมาะสม และมีระบบส่งต่อสตรีที่ผลการตรวจคัดกรองผิดปกติไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยยังไม่มีคำแนะนำเป็นวัคซีนเนื่องจากราคายังสูง

ทั้งนี้ปัจจุบันถึงแม้มีการกล่าวถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกถึง 3 วิธีหลัก ดังนี้ 1) การตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก (conventional pap test และ

liquid-based cytology) 2) การตรวจหาเชื้อ HPV (HPV DNA testing) ซึ่งแบ่งออกเป็น การตรวจ HPV testing ร่วมกับการตรวจทางเซลล์วิทยา (co-testing) หรือการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบ primary HPV testing และ 3) การตรวจด้วยน้ำส้มสายชู (visual inspection with acetic acid) โดยปัจจุบัน American Cancer Society จะแนะนำให้ผู้หญิงที่อายุตั้งแต่ 25-65 ปี ตรวจด้วยวิธี primary HPV testing ทุก 5 ปี ยกเว้นถ้าไม่สามารถทำได้ก็สามารถตรวจด้วยวิธี HPV DNA testing ร่วมกับ cervical cytology (co-testing) ทุก 5 ปี หรือการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก (conventional pap test) อย่างเดียว ทุก 3 ปี⁵ ซึ่งสอดคล้องกับประเทศไทยในปัจจุบันจะเริ่มเปลี่ยนจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกแบบ conventional pap test เป็นการตรวจหาเชื้อ HPV (HPV DNA testing) แทนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป

ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงมีเป้าหมายให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก แบบ conventional pap test เป็นไปได้อย่างทั่วถึง มีความครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 80.00 ของสตรีทั่วประเทศ โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน จึงได้กำหนดนโยบายในช่วงปี พ.ศ. 2554- 2558 ให้สตรีช่วงอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้งทุก ๆ 5 ปี โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ยังคงดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน แต่ถึงอย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ช่วงปีงบประมาณ 2558-2562 ของการประเมินครั้งล่าสุดในระยะเวลาทุก 5 ปีของหลาย ๆ พื้นที่ของทั่วประเทศยังน้อยมาก รวมทั้งเกือบทั้งหมดในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลต้ง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลนาทามใต้ อำเภอมืองตรัง จังหวัดตรัง ที่พบว่ามีสตรีช่วงอายุ 30-60 ปี เพียงจำนวน 454 คน จากทั้งหมด 643 คน คิดเป็นร้อยละ 70.61 ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงอาจทำให้พบผู้ป่วยใหม่ของโรคมะเร็งปากมดลูกที่ต้องส่งต่อไปรักษา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ของโรคมะเร็งปากมดลูกในปี 2563 เพียง 1 คน เท่านั้น

จากปัญหาการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกแบบ conventional pap-smear ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2562 ที่ไม่ครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 80.00 ในสตรีอายุ 30-60 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามใต้ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ร่วมกับการวิจัยที่เคยปรากฏทั้งของประเทศไทย หรือต่างประเทศที่ลักษณะของกลุ่มประชากรตัวอย่าง แตกต่างกับสตรีอายุ 30-60 ปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามใต้ อาจจะเป็นด้านศาสนา เช่น การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก ในสตรีมุสลิมเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ของคณะศุภร เตชะเสาวภาคย์ และ จันทรา คงลำพันธ์⁶ แตกต่างจาก ประชากรที่ผู้ทำวิจัยสนใจ คือ นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ และ ลักษณะของชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท เช่น การศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตมหานครของพรพิมล โสฬสกลางกูร และรัตนศิริ ทาโต⁷ ซึ่งกลุ่มประชากร ตัวอย่างจะอาศัยอยู่ในชุมชนเมืองแตกต่างจากประชากร ที่ผู้ทำวิจัยสนใจที่เป็นชุมชนชนบท เป็นต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาหาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และ ปัจจัยเอื้อ ที่ทำให้ปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามใต้ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรังที่ไม่ได้มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยผู้วิจัยหวังว่าการศึกษานี้จะสามารถสร้างองค์ความรู้ที่มีประโยชน์ นำมาใช้เป็นข้อมูล เพื่อต่อยอดไปสู่การวางแผนดำเนินงานสำหรับการแก้ปัญหาความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี ทั้งในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามใต้ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรังและพื้นที่ที่มีลักษณะของประชากรใกล้เคียงต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของประชากรผู้หญิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง อายุ 30-60 ปี เป็นการศึกษาวิจัยแบบย้อนกลับ (case control study) โดย

ประชากรศึกษา คือ หญิงไทยอายุ 30-60 ปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ที่ไม่เคยมีประวัติรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือโรคมะเร็งปากมดลูกหรือผ่าตัดนำปากมดลูกออก ตามทะเบียนรายชื่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลท่ามใต้ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ในปีงบประมาณ 2564 จำนวนทั้งหมด 604 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงไทยอายุ 30-60 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรังที่ไม่เคยมีประวัติรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือโรคมะเร็งปากมดลูกหรือตัดมดลูกกับปากมดลูกออก ตามรายชื่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลท่ามใต้ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ในปีงบประมาณ 2564 จำนวนทั้งหมด 604 คน นำมาเข้าสู่สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Schlesselman (1982) สำหรับกรณีไม่มีการปรับค่า (correction factor) คือ

โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นกลุ่มเคยและไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวนกลุ่มละ 73 คน หลังจากนั้นได้ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนเซ็นหนังสือยินยอม การเข้าร่วมโครงการวิจัย แล้วตอบคำถามในแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือ ผ่านผู้ช่วยวิจัยหากจำเป็น ซึ่งแบบสอบถามจะมีข้อคำถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยนำ 3) ปัจจัยเสริม และ 4) ปัจจัยเอื้อ แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม IBM SPSS statistics 26 โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรย่อยของข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ กับเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สถิติไคสแควร์ และ อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (odds ratio; OR) (95%CI) แล้วนำมาวิเคราะห์ต่อด้วยสมการถดถอยพหุโลจิสติกส์ (multiple logistic regression)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการแจกแจงความถี่ และ คำนวณร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ จำแนกตามกลุ่มที่เคยและไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีอายุ 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.20 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.50 (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.20 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.20 (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 39.70 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีอาชีพทำสวน/เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 43.80 (ตารางที่ 1)

และทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยและเคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 57.50 และ 79.50 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 9,000 ถึง 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.40 และ 47.90 ตามลำดับ ยังมีประจำเดือน คิดเป็นร้อยละ 71.2 และ 58.9 ตามลำดับ เคยมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 80.8 และ 91.8 ตามลำดับ มีจำนวนคู่นอน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 74 และ 83.60 ตามลำดับ ไม่คุมกำเนิดคิดเป็นร้อยละ 58.90 และ 63 ตามลำดับ เคยตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 74.00 และ 89.00 ตามลำดับ จำนวนบุตรเท่ากับหรือมากกว่า 2 คน คิดเป็นร้อยละ 49.30 และ 74 ตามลำดับ ไม่เคยแท้งบุตร คิดเป็นร้อยละ 87.70 และ 78.10 ตามลำดับ และ ไม่เคยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 98.60 และ 100.00 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ปัจจัยนำ

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.30 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก

มดลูก ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.10 (ตารางที่ 2)

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการตรวจคัดกรองโรคระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.30 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการตรวจคัดกรองโรคระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 78.10 (ตารางที่ 2)

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีเจตคติระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 52.10 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีเจตติระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 93.30 (ตารางที่ 2) และทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยและเคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50.70 และ 64.40 ตามลำดับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.80 และ 64.40 ตามลำดับ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 71.20 และ 79.50 ตามลำดับ และ การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองโรคระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.50 และ 45.20 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ปัจจัยเสริม

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ไม่เคยมีการปรึกษาสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนเกี่ยวกับการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 68.50 และ 63.00 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เคยมีการปรึกษาสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนเกี่ยวกับการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 64.40 และ 76.70 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) และทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยและเคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เคยมีการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามกลุ่มที่เคยและไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยส่วนบุคคล	การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		p-value
	ไม่เคย (n=73) จำนวน (ร้อยละ)	เคย (n=73) จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ			
30-40 ปี	33 (45.2)	11 (15.1)	<0.001*
41-50 ปี	16 (21.9)	20 (27.4)	
51-60 ปี	24 (32.9)	42 (57.5)	
สถานภาพ			
โสด	20 (27.4)	4 (5.5)	0.009*
หม้าย	6 (8.2)	7 (9.6)	
หย่าร้าง	1 (1.4)	1 (1.4)	
แยกกันอยู่	4 (5.5)	3 (4.1)	
สมรส	42 (57.5)	58 (79.5)	
การศึกษา			
ปริญญาตรีและเทียบเท่า	15 (20.5)	17 (23.3)	0.629
อนุปริญญา (ปวส./ปวช.)	7 (9.6)	9 (12.3)	
มัธยมศึกษา	24 (32.9)	25 (34.2)	
ประถมศึกษา	25 (34.2)	22 (30.1)	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2 (2.7)	0 (0hh)	
อาชีพ			
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (1.4)	5 (6.8)	0.021*
รับจ้าง	29 (39.7)	15 (20.5)	
ค้าขาย	11 (15.1)	12 (16.4)	
ทำสวน/เกษตรกรรม	17 (23.3)	32 (43.8)	
ไม่มีอาชีพหรือกำลังตกงาน	9 (12.3)	5 (6.8)	
อื่น ๆ	6 (8.2)	4 (5.5)	
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			
น้อยกว่า 9,000	28 (38.4)	27 (37.0)	0.588
9,000-15,000	39 (53.4)	35 (47.9)	
15,001-30,000	5 (6.8)	8 (11.0)	
มากกว่า 30,000	1 (1.4)	3 (4.1)	
การมีประจำเดือน			
มี	52 (71.2)	43 (58.9)	0.118
ไม่มี	21 (28.8)	30 (41.1)	
การมีเพศสัมพันธ์			
เคย	59 (80.8)	67 (91.8)	0.054
ไม่เคย	14 (19.2)	6 (8.2)	
จำนวนคู่นอน			
ไม่มี	16 (21.9)	6 (8.2)	0.051
1 คน	54 (74.0)	61 (83.6)	
มากกว่า 1 คน	3 (4.1)	6 (8.2)	

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามกลุ่มที่เคยและไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		P-value
	ไม่เคย (n = 73) จำนวน (ร้อยละ)	เคย (n = 73) จำนวน (ร้อยละ)	
การคุมกำเนิด			
ถุงยาง	2 (2.7)	4 (5.5)	0.404
กินยาคุมกำเนิด	10 (13.7)	6 (8.2)	0.289
ฉีดยาคุมกำเนิด	4 (5.5)	3 (4.1)	0.698
ทำหมัน	14 (19.2)	16 (21.9)	0.682
ไม่คุมกำเนิด	43 (58.9)	46 (63.0)	0.611
การตั้งครรภ์			
เคย	54 (74.0)	65 (89.0)	0.019*
ไม่เคย	19 (26.0)	8 (11.0)	
จำนวนบุตร			
ไม่มี	19 (26)	8 (11.0)	0.008
1 คน	18 (24.7)	11 (15.1)	
มากกว่า 2 คน	36 (49.3)	54 (74.0)	
การแท้งบุตร			
เคย	9 (12.3)	16 (21.9)	0.124
ไม่เคย	64 (87.7)	57 (78.1)	
เคยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			
มี	1 (1.4)	0 (0.0)	0.316
ไม่มี	72 (98.6)	73 (100.0)	

บุคลากรทางการแพทย์ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เคยมีการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคลากรทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 80.80 และ 71.20 ตามลำดับ และ กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเคยมีการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคลากรทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 97.30 และ 94.50 (ตารางที่ 3)

ปัจจัยเอื้อ

ทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เคยและไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เคยมีการเปิดช่องทางในการขอรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ

สถานพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 94.50 และ 97.30 เคยมีความเอื้อของช่วงเวลาให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 83.60 และ 93.20 ตามลำดับ เคยมีความมิดชิดและมีความเป็นส่วนตัวของห้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 90.40 และ 98.60 ตามลำดับ และ เคยได้รับการบริการอย่างเป็นกันเองของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 90.40 และ 98.60 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และ อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุโลจิสติกส์

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของปัจจัยนำของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามกลุ่มที่เคยและไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยนำ	การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		P-value
	ไม่เคย (n = 73) จำนวน (ร้อยละ)	เคย (n = 73) จำนวน (ร้อยละ)	
ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก			0.098
สูง	37 (50.7)	47 (64.4)	
ปานกลาง	25 (34.2)	22 (30.1)	
ต่ำ	11 (15.1)	4 (5.5)	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค			0.026*
สูง	14 (19.2)	26 (35.6)	
ปานกลาง	59 (80.8)	47 (64.4)	
ต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)	
การรับรู้ความรุนแรงของโรค			0.001*
สูง	27 (37.0)	49 (67.1)	
ปานกลาง	44 (60.3)	24 (32.9)	
ต่ำ	2 (2.7)	0 (0.0)	
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรค			0.247
สูง	52 (71.2)	58 (79.5)	
ปานกลาง	19 (26.0)	15 (20.5)	
ต่ำ	2 (2.7)	0 (0.0)	
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองโรค			0.016*
สูง	23 (31.5)	18 (24.7)	
ปานกลาง	42 (57.5)	33 (45.2)	
ต่ำ	8 (11.0)	22 (30.1)	
การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการตรวจคัดกรองโรค			<0.001*
สูง	25 (34.2)	57 (78.1)	
ปานกลาง	44 (60.3)	16 (21.9)	
ต่ำ	4 (5.5)	0 (0.0)	
ระดับเจตคติ			<0.001*
สูง	33 (45.2)	68 (93.2)	
ปานกลาง	38 (52.1)	5 (6.8)	
ต่ำ	2 (2.7)	0 (0.0)	

Chi-square test., (*) p < 0.05

เนื่องจากการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยสถิติไคสแควร์ ยังไม่สามารถบอกขนาดของความสัมพันธ์ได้ จึงได้หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยสถิติอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ที่สามารถแสดงขนาด

ของความสัมพันธ์ โดยเลือกปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ < 0.05 ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เคยและไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุโลจิสติกส์ เพื่อตัด confounding factors และ interaction effect ออก พบว่ามีปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ และปัจจัยนำ คือ เจตคติ มีความสัมพันธ์กับการปฏิเสธการตรวจคัดกรอง

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละของปัจจัยนำของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามกลุ่มที่เคยและไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยนำ	การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		P-value
	ไม่เคย (n = 73) จำนวน (ร้อยละ)	เคย (n = 73) จำนวน (ร้อยละ)	
การปรึกษาสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
เคย	23 (31.5)	47 (64.4)	<0.001*
ไม่เคย	50 (68.5)	26 (35.6)	
การปรึกษาเพื่อนเกี่ยวกับการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
เคย	27 (37.0)	56 (76.7)	<0.001*
ไม่เคย	46 (63.0)	17 (23.3)	
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน			
เคย	59 (80.8)	71 (97.3)	<0.001*
ไม่เคย	14 (19.2)	2 (2.7)	
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากบุคลากรทางการแพทย์			
เคย	52 (71.2)	69 (94.5)	<0.001*
ไม่เคย	21 (28.8)	4 (5.5)	

Chi-square test., (*) p < 0.05

ตารางที่ 4. จำนวนและร้อยละของปัจจัยนำของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามกลุ่มที่เคยและไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยเอื้อ	การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		P-value
	ไม่เคย (n = 73) จำนวน (ร้อยละ)	เคย (n = 73) จำนวน (ร้อยละ)	
การเปิดช่องทางในการขอรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาล			
ใช่	69 (94.5)	71 (97.3)	0.695
ไม่ใช่	4 (5.5)	2 (2.7)	
ความเอื้อของช่วงเวลาให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาล			
ใช่	61 (83.6)	68 (93.2)	0.071
ไม่ใช่	12 (16.4)	5 (6.8)	
ความมิดชิดและมีความเป็นส่วนตัวของห้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาล			
ใช่	66 (90.4)	72 (98.6)	0.029*
ไม่ใช่	7 (9.6)	1 (1.4)	
การบริการอย่างเป็นกันเองของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาล			
ใช่	66 (90.4)	72 (98.6)	0.029*
ไม่ใช่	7 (9.6)	1 (1.4)	

Chi-square test., (*) p < 0.05

มะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 30-40 ปี มักไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าเป็น 3.6 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 51-60 ปี (adjusted OR = 3.6, 95%CI: 1.05, 12.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ กลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติต่ำ มักไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าเป็น 7.79 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติสูง (adjusted OR = 7.79, 95%CI: 2.01, 30.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 5)

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และ ปัจจัยเอื้ออื่น ๆ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษา พบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กล่าวคือ อายุ 30-40 ปี มักไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 3.6 เท่าของอายุ 51-60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaowawanit et al.⁸ และ ปิยปราชญ์ รุ่งเรือง และ รุจิรา ดวงสงค์¹² เนื่องจากช่วงอายุ 30-40 ปี หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นช่วงที่ร่างกายยังสมบูรณ์แข็งแรงแต่ยังต้องปรับตัวกับบทบาทใหม่ ได้แก่ ชีวิตการทำงาน ชีวิตคู่ บทบาทการเป็นบิดามารดาและชีวิตโสด เป็นต้น จึงอาจจะให้ความสำคัญน้อยกับการดูแลสุขภาพ เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น เมื่อเทียบกับช่วงอายุ 51-60 ปีหรือวัยกลางคนช่วงหลัง ซึ่งเป็นช่วงที่เริ่มมีความเสื่อมถอยในเกือบทุกระบบของร่างกายและบทบาททางหน้าที่การงานและสังคมเจริญก้าวหน้าลดลง จึงมักให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากขึ้น

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลต่อไปนี้ได้แก่ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท) การมีประจำเดือน การมีเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน การคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ จำนวนบุตร การแท้งบุตร การ

เคยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Visanuyothin et al.¹¹ และ การศึกษาของ ปิยปราชญ์ รุ่งเรือง และ รุจิรา ดวงสงค์¹² เนื่องจากหญิงไทยอายุ 30-60 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรังทั้งเคยและไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส การศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา อาชีพรับจ้างและทำสวน/เกษตรกรรม รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 9,000 ถึง 15,000 มีประจำเดือน เคยมีเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน 1 คน ไม่คุมกำเนิด เคยตั้งครรภ์ จำนวนบุตรเท่ากับหรือมากกว่า 2 คน ไม่เคยแท้งบุตร และ ไม่เคยเคยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก แต่หากการศึกษาวิจัยนี้ถูกวิเคราะห์ผลด้วยจำนวนของกลุ่มตัวอย่างตามที่ได้คำนวณขนาดตัวอย่างไว้ ก็อาจจะส่งผลต่อปัจจัยเหล่านี้กับความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

ปัจจัยนำ

จากการศึกษา พบว่า เจตคติ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaowawanit et al.⁸ และ การศึกษาของ Budkaew and Chumworathayi⁹ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมแบบแผน (Theory of planned behavior) ที่กล่าวว่าพฤติกรรม (behavior) ส่วนมากของบุคคลอยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาเชิงพฤติกรรม (behavioral intention) ที่ประกอบด้วย เจตคติต่อพฤติกรรม (attitude toward the behavior) ดังนั้นเมื่อมีเจตคติทางบวกก็จะเกิดเจตนาหรือตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ¹⁰

ส่วนปัจจัยนำต่อไปนี้ได้แก่ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรค การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองโรค การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการตรวจคัดกรองโรค เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิเสธ

ตารางที่ 5. ตัวแบบถดถอยพหุคูณของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัย	Univariate		Multivariate	
	Crude OR (95%CI)	p-value	Crude OR (95%CI)	P-value
อายุ				
30-40 ปี	5.25 (2.25, 12.24)	<0.001*	3.6 (1.05, 12.34)	0.041*
41-50 ปี	1.4 (0.61, 3.2)	0.425	1.25 (0.36, 4.32)	0.723
51-60 ปี	Reference	1	Reference	1
สถานภาพ				
โสด	6.9 (2.2, 21.69)	0.001*	4.07 (0.24, 68.02)	0.328
หม้าย	1.18 (0.37, 3.78)	0.776	1.64 (0.36, 7.51)	0.524
หย่าร้าง	1.38 (0.08, 22.71)	0.821	0.17 (0, 298.66)	0.645
แยกกันอยู่	1.84 (0.39, 8.66)	0.440	1.01 (0.11, 9.22)	0.996
สมรส	Reference	1	Reference	1
การศึกษา				
ปริญญาตรีและเทียบเท่า	Reference	1		
อนุปริญญา (ปวส./ปวช.)	0.88 (0.26, 2.95)	0.838		
มัธยมศึกษา	1.09 (0.45, 2.65)	0.853		
ประถมศึกษา	1.29 (0.52, 3.17)	0.582		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0 (0, 1)	1		
อาชีพ				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	Reference	1	Reference	1
รับจ้าง	9.67 (1.03, 90.41)	0.047*	10.97 (0.36, 338.61)	0.171
ค้าขาย	4.58 (0.46, 45.61)	0.194	7.6 (0.21, 270.5)	0.266
ทำสวน/เกษตรกรรม	2.66 (0.29, 24.61)	0.39	3.57 (0.12, 108.95)	0.466
ไม่มีอาชีพหรือกำลังตกงาน	9 (0.81, 100.14)	0.074	12.68 (0.37, 434.39)	0.159
อื่น ๆ	7.5 (0.62, 90.65)	0.113	5.37 (0.09, 310.26)	0.417
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
น้อยกว่า 9,000	3.11 (0.3, 31.79)	0.338		
9,000-15,000	3.34 (0.33, 33.63)	0.306		
15,001-30,000	1.87 (0.15, 23.4)	0.625		
มากกว่า 30,000	Reference	1		
การมีประจำเดือน				
มี	1.73 (0.87, 3.44)	0.120		
ไม่มี	Reference	1		
การมีเพศสัมพันธ์				
เคย	Reference	1		
ไม่เคย	2.65 (0.96, 7.34)	0.061		
จำนวนคู่นอน				
ไม่มี	5.33 (0.99, 28.43)	0.050		
1 คน	1.77 (0.42, 7.42)	0.435		
มากกว่า 1 คน	Reference	1		

ตารางที่ 5. ตัวแบบถดถอยพหุคูณของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ปัจจัย	Univariate		Multivariate	
	Crude OR (95%CI)	p-value	Crude OR (95%CI)	P-value
การคุมกำเนิด				
ถุงยาง	0.49 (0.09, 2.74)	0.413		
กินยาคุมกำเนิด	1.77 (0.61, 5.16)	0.294		
ฉีดยาคุมกำเนิด	1.35 (0.29, 6.27)	0.699		
ทำหมัน	0.85 (0.38, 1.89)	0.682		
ไม่คุมกำเนิด	0.84 (0.43, 1.64)	0.611		
การตั้งครรภ์				
เคย	Reference	1	Reference	1
ไม่เคย	2.86 (1.16, 7.04)	0.022*	0.64 (0.05, 8.02)	0.728
จำนวนบุตร				
0	3.56 (1.41, 9.01)	0.007*	1 (1, 0)	1
1 คน	2.45 (1.04, 5.8)	0.041*	1.49 (0.43, 5.11)	0.53
มากกว่าเท่ากับ 2 คน	Reference	1	Reference	1
การแท้งบุตร				
เคย	Reference	1		
ไม่เคย	2 (0.82, 4.87)	0.129		
เคยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก				
มี	Reference	1		
ไม่มี	0 (0, 1)	1		
ระดับความรู้				
สูง	Reference	1	Reference	1
ปานกลาง	1.44 (0.7, 2.96)	0.316	1.78 (0.51, 6.2)	0.368
ต่ำ	3.49 (1.03, 11.86)	0.045*	2.03 (0.33, 12.38)	0.441
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค				
สูง	Reference	1	Reference	1
ปานกลาง	3.33 (1.68, 6.59)	0.001*	1.01 (0.32, 3.13)	0.988
ต่ำ	2.33 (1.1, 4.96)	0.028*	1 (0, 1)	1
การรับรู้ความรุนแรงของโรค				
สูง	Reference	1		
ปานกลาง	3.33 (1.68, 6.6)	0.001*		
ต่ำ	1 (0, 1)	1		
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรค				
สูง	Reference	1		
ปานกลาง	1.41 (0.65, 3.06)	1		
ต่ำ	1 (0, 1)	0.381		
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองโรค				
สูง	3.51 (1.27, 9.72)	0.015*	1.74 (0.35, 8.58)	0.498
ปานกลาง	3.5 (1.38, 8.86)	0.008*	1.05 (0.23, 4.83)	0.949
ต่ำ	Reference	1	Reference	1

ตารางที่ 5. ตัวแบบถดถอยพหุคูณของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ปัจจัย	Univariate		Multivariate	
	Crude OR (95%CI)	p-value	Crude OR (95%CI)	P-value
การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการตรวจคัดกรองโรค				
สูง	Reference	1		
ปานกลาง	6.27 (2.99, 13.15)	<0.001*		
ต่ำ	1 (0, 1)	1		
ระดับเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
สูง	Reference	1	Reference	1
ปานกลาง	1 (0, 1)	1	1 (0, 1)	1
ต่ำ	15.66 (5.64, 43.47)	<0.001*	7.79 (2.01, 30.12)	0.003*
การปรึกษามาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
เคย	Reference	1	Reference	1
ไม่เคย	3.93 (1.98, 7.82)	<0.001*	2.14 (0.75, 6.1)	0.156
การปรึกษาเพื่อนเกี่ยวกับการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
เคย	Reference	1	Reference	1
ไม่เคย	5.61 (2.73, 11.55)	<0.001*	1.44 (0.45, 4.56)	0.54
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน				
เคย	Reference	1	Reference	1
ไม่เคย	8.42 (1.84, 38.57)	0.006*	2.37 (0.32, 17.53)	0.399
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากบุคลากรทางการแพทย์				
เคย	Reference	1	Reference	1
ไม่เคย	6.97 (2.25, 21.53)	0.001*	4.02 (0.85, 19.03)	0.08
การเปิดช่องทางในการขอรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาล				
ใช่	Reference	1		
ไม่ใช่	2.06 (0.37, 11.6)	0.413		
ความเอื้อของช่วงเวลาให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาล				
ใช่	Reference	1		
ไม่ใช่	2.68 (0.89, 8.03)	0.079		
ความมิดชิดและมีความเป็นส่วนตัวของห้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาล				
ใช่	Reference	1		
ไม่ใช่	7.64 (0.92, 63.73)	0.060		
การบริการอย่างเป็นกันเองของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาล				
ใช่	Reference	1		
ไม่ใช่	7.64 (0.92, 63.73)	0.060		

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Budkaew, Chumworathayi⁹ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Visanuyothin et al.¹¹ เนื่องจากปัจจุบันมีช่องทางในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกผ่านทางออนไลน์มากขึ้น เช่น โทรศัพท์ เพจเฟซบุ๊กของสูตินรีแพทย์ เป็นต้น ทำให้หญิงไทยอายุ 30-60 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน่าทรมได้ อำเภอเมือง จังหวัดตรังทั้งเคยและไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการตรวจคัดกรองที่นำไปสู่ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรค การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองโรค การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการตรวจคัดกรองโรค แต่หากการศึกษาวิจัยนี้มีคุณภาพเครื่องมือของการศึกษาวิจัยในส่วนการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกสูง หรือ ถูกวิเคราะห์ผลด้วยจำนวนของกลุ่มตัวอย่างตามที่ได้คำนวณขนาดตัวอย่างไว้ ก็อาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

ปัจจัยเสริม

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยเสริมต่อไปนี้ ได้แก่ การปรึกษามาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การปรึกษาเพื่อนเกี่ยวกับการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Budkaew, Chumworathayi⁹ เนื่องจากในทุก ๆ ปี ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน่าทรมได้ อำเภอเมือง จังหวัดตรังจะมีการส่งหนังสือเชิญหญิงไทยอายุ 30-60 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน่าทรมได้ อำเภอเมือง จังหวัดตรังทั้งเคยและไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูกให้เข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่หากการศึกษาวิจัยนี้ถูกวิเคราะห์ผลด้วยจำนวนของกลุ่มตัวอย่างตามที่ได้คำนวณขนาดตัวอย่างไว้ ก็อาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

ปัจจัยเอื้อ

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยเอื้อต่อไปนี้ ได้แก่ การเปิดช่องทางในการขอรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาล ความเอื้อของช่วงเวลาให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาล ความมิดชิดและมีความเป็นส่วนตัวของห้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาล การบริการอย่างเป็นกันเองของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาล เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน่าทรมได้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ได้มีระบบบริการเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่หญิงไทยอายุ 30-60 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน่าทรมได้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ดังนี้ หญิงไทยอายุ 30-60 ปีทุกรายสามารถแสดงความประสงค์จะตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถยื่นความจำนงค์ได้ในเวลาราชการของทุกวัน มีการจ้างพยาบาลเพื่ออยู่เวรในวันนอกราชการ มีห้องสำหรับใช้ในตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นห้องแยกไว้โดยเฉพาะ ซึ่งเป็นห้องที่มิดชิดมิดชิดและมีความเป็นส่วนตัว และมีบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานอยู่เป็นประชากรในตำบลน่าทรมได้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรดำเนินการรณรงค์ให้มีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยได้รับการเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะกลุ่มหญิงไทยที่มีอายุช่วง 30-40 ปี และมีเจตคติต่ำ

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมปรับเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับเจตคติในหญิงไทยอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. เป็นการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างของประชากรหญิงไทยอายุ 30-60 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาท่ามใต้ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง เพื่อแก้ปัญหาคอขวดของอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ดังกล่าว ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในวงกว้างจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงข้อจำกัด

2. การศึกษาวิจัยนี้ไม่ได้ถูกวิเคราะห์ผลด้วยจำนวนของกลุ่มตัวอย่างตามที่ได้คำนวณขนาดตัวอย่างไว้ เนื่องจากขั้นตอนการเก็บข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชากรในวัยทำงานมักมีการย้ายถิ่นเพื่อไปประกอบอาชีพ ดังนั้น ควรทำการสำรวจรายชื่อประชากรที่อาศัยอยู่จริงก่อนที่จะนำมาคำนวณขนาดตัวอย่าง

3. การศึกษาวิจัยนี้มีคุณภาพเครื่องมือของการศึกษาวิจัยในส่วนการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกยังไม่สูงมากนัก

สรุป

อายุ 30-40 ปี และเจตคติที่ต่ำ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยที่มีอายุ 30-40 ปี หรือ มีเจตคติที่ต่ำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อเพิ่มอัตราของความครอบคลุมเกี่ยวกับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยได้

Highlight

1. ปัญหาการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกแบบ conventional pap-smear ที่ไม่ครอบคลุม

2. อายุและเจตคติ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยที่มีอายุ 30-40 ปี หรือ มีเจตคติต่ำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา และ คณะอาจารย์แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว ของโรงพยาบาลตรัง ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้คำแนะนำ ปรึกษา ตรวจสอบ แก้ไข ปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ

ขอขอบพระคุณอาจารย์กอปรุชณ์ ตย์คานนท์ และ อาจารย์กิตติศักดิ์ ชุมาลี ซึ่งเป็นอาจารย์พิเศษ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้คำแนะนำ ปรึกษา ตรวจสอบ แก้ไข ปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ

ขอขอบพระคุณอาจารย์สาลี อินทร์เจริญ อาจารย์เอกพจน์ อนันตวรพจน์ และ อาจารย์ กิรติ พลเพชร ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ขอขอบพระคุณคุณสายพิณ เม่งเอียด คุณปริดา ไทรงาม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคลากรของ รพ.สต.นาท่ามใต้ ที่ช่วยเหลือให้การเก็บข้อมูลของงานวิจัย สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนที่ให้ความร่วมมือเกี่ยวกับแบบสอบถามงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cervical cancer [Internet]. WHO; 2021. [cited 2021 Jul 27]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer>
2. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. หนังสือสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้า

- ถึงเมื่อ 28 กรกฎาคม 2564]. Available from: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์. หน่วยงานทะเบียนมะเร็ง. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: นิทรรศการพิมพ์ (ประเทศไทย); 2563 [เข้าถึงเมื่อ 28 กรกฎาคม 2564]. Available from: https://www.nci.go.th/th/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Hospital-Based%202019%20NCI.pdf
 4. World Health Organization. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer [Internet]. WHO; 2021. [cited 2021 Jul 27]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
 5. American Cancer Society. The American Cancer Society medical and editorial content team. Cervical Cancer Early Detection, Diagnosis, and Staging [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 27]. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8601.00.pdf>
 6. คณศพร เตชะเสาวภาคย์, จันทรา คงลำพันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีมุสลิมเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. วารสารเกื้อการณย์. 2559;23:232-47.
 7. พรพิมล โสฬสกุลางกูร, รัตน์ศิริ ทาโต. ปัจจัยทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2562;11:407-20.
 8. Chaowawanit W, Tangjitgamol S, Kantathavorn N, Phoolcharoen N, Kittisiam T, Khunnarong J, et al. Knowledge, Attitudes and Behavior of Bangkok Metropolitan Women Regarding Cervical Cancer Screening. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention [internet]. 2016 [cited 2021 August 28]; 17:945-952. Available from: http://journal.waocp.org/article_32181_abe1e470fe429318862b1398c868c064.pdf
 9. Budkaew J, Chumworathayi B. Factors associated with decisions to attend cervical cancer screening among women aged 30-60 years in Chatapadung Contracting Medical Unit, Thailand. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(12):4903-7.
 10. ชาญวิทย์ ตั้งสุวรรณกุล. ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB) [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/470622>
 11. Visanuyothin S, Chompikul J, Mongkolchat A. Determinants of cervical cancer screening adherence in urban areas of Nakhon Ratchasima Province, Thailand. Journal of Infection and Public Health. 2015; 8:543-52.
 12. ปิยปราชญ์ รุ่งเรือง, รุจิรา ดวงสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีในตำบลหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2561;21:48-55.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรู้และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับ
ประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

สิริยากร รอดปรีชา, พ.บ., ศิวรัตน์ รัตนธนะเสถียร, พ.บ., วว. เวชศาสตร์ครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จังหวัดกรุงเทพฯ

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ศิวรัตน์ รัตนธนะเสถียร, พ.บ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
681 ถ.สามเสน แขวงวชิรพยาบาล
เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร
10300, ประเทศไทย
Email: sivarat@nmu.ac.th

Received: September 22, 2024;

Revised: December 26, 2024;

Accepted: December 28, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: ปัจจุบันประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอยู่ในภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้การดูแลแบบประคับประคองมีบทบาทมากขึ้น โดยหนึ่งในปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึง คือ การขาดความรู้ การศึกษานี้ทำขึ้นเพื่อประเมินระดับความรู้และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมือง

รูปแบบวิจัย: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง

วัตถุประสงค์และวิธีการ: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการทางการแพทย์ที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในช่วงเดือนเมษายน - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวน 191 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้ต่อการดูแลแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร ใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ แสดงค่าความสัมพันธ์ในรูปค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้น และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.57 ± 16.24 ปี ส่วนมากมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.8 โดยพบว่า อายุ สถานภาพสมรส การรับรู้ข้อมูล และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองให้ทั่วถึงมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชนมีความเข้าใจที่ถูกต้อง เพิ่มการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคอง ความรู้ เวชศาสตร์ครอบครัว เขตเมือง

ORIGINAL ARTICLE

Palliative Care Knowledge and Influential Factors: A Cross-Sectional Study of Urban Patients At Vajira Hospital

Siriyakorn Rodpreecha, M.D., Sivarat Ratthanasathian, M.D., MRCFPT

Department of Urban Medicine, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Sivarat Ratthanasathian, M.D.,
Department of Urban Medicine, Faculty of Medicine, 681
Samsen Road, Vachiraphaya-
ban Subdistrict, Dusit District,
Bangkok 10300, Thailand
Email: sivarat@nmu.ac.th

Received: September 22, 2024;

Revised: December 26, 2024;

Accepted: December 28, 2024

ABSTRACT

Background: Nowadays, the aging population is increasing rapidly, resulting in a higher prevalence of chronic diseases and dependency. This had led to a greater emphasis on the role of palliative care. One of the main barriers to accessing palliative care is the lack of knowledge. This study was conducted to evaluate knowledge levels and its influencing factors regarding palliative care among patients in urban areas.

Design: Cross-sectional study

Methods: Eligible participants consisted of patients aged 18 years or older who received medical services at the Family Medicine Clinic, Vajira Hospital from April to June 2024. A total of 191 participants were enrolled. Data were collected using questionnaires that included personal information and assessments of knowledge related to palliative care. Data analysis was performed using descriptive statistics, while factors influencing knowledge levels were analyzed through multiple linear regression, with relationships presented as linear regression coefficients and a confidence interval of 95%. Statistical significance level was set at $p < 0.05$.

Results: The 191 participants had a mean age of 49.57 ± 16.24 years old. The majority of participants, representing 39.8%, demonstrated a moderate knowledge level. The study found that age, marital status, knowledge perception and prior experiences related to palliative care significantly influenced knowledge levels.

Conclusions: Knowledge regarding palliative care should be more broadly accessible to ensure that patients and the general population have an accurate understanding. This improvement would facilitate greater access to palliative care and ultimately improve the quality of life for both patients and their families.

Keywords: palliative care, knowledge, family medicine, urban area

บทนำ

จากการที่อัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกมีแนวโน้มลดลง ประกอบกับประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นเนื่องจากการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ประชากรสูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) มีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 โดยทวีปเอเชียจะมีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลก สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้สูงอายุมีตัวเลขเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ ซึ่งถือว่ามียัตราการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย รองมาจากประเทศเกาหลีใต้ และประเทศญี่ปุ่น โดยประเทศไทยได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548¹

ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ และส่งผลให้อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าสถิติการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถิติสาธารณสุขไทยปี พ.ศ. 2565 พบว่าโรคมะเร็งทุกชนิดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญที่สุด รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง² เช่นเดียวกับพื้นที่เขตเมืองของกรุงเทพมหานคร พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยในช่วงวัยทำงานและวัยสูงอายุ³⁻⁶ ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยาวนาน และอาจได้รับการดูแลแบบประคับประคองร่วมด้วย

การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางการดูแลที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยเป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁷ จากการศึกษาในต่างประเทศจำนวนมากพบว่าการดูแลแบบประคับประคองช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการรักษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล และลดการกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นเรื่องที่สำคัญ และจำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงได้^{8,9} ในปัจจุบันพบว่าประชากรที่ควรได้รับ

การดูแลแบบประคับประคองยังมีอุปสรรคต่อการเข้าถึงหลายปัจจัย ได้แก่ การขาดผู้เชี่ยวชาญ การมีข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงกลุ่มยาระงับปวด และการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นต้น⁹

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง¹⁰⁻¹² โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเชื่อทางศาสนา การฝึกอบรม และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง¹³⁻¹⁵ ในประเทศไทยมีการศึกษาความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹⁶ แต่ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป งานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับ-ประคองในกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้มากขึ้นในอนาคต

วัสดุและวิธีการ

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล COA 068/2567 เมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2567 การศึกษานี้เป็นแบบ cross-sectional study โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการทางการแพทย์ที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในช่วงเดือนเมษายน – เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 มีการติดป้ายประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมการวิจัยบริเวณคลินิก จากนั้นแจกเอกสารชี้แจงและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง sample size for infinite population^{17,18} และได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ที่ร้อยละ 10 จากการคำนวณโดยใช้สมการปรับค่าขนาดตัวอย่าง¹⁹ จะได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมอย่างน้อย 190 คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. สามารถฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

1. อาสาสมัครตอบแบบสอบถามไม่ครบ
2. อาสาสมัครเปลี่ยนใจไม่ให้ข้อมูล หรือต้องการถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นชุดแบบ-สอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ศาสนา โรคประจำตัว การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ต่อการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ Palliative Care Knowledge Scale (PaCKS) ของ Elissa Kozlov²⁰ เนื่องจากเป็นแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้สำหรับประชาชนทั่วไป และได้มีการศึกษาแล้วว่ามีความเที่ยงตรงและมีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ โดยเป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 15 คะแนน การแปลผลคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom²¹ แบ่งระดับคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ คือ คะแนนความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-8 คะแนน)

ระดับปานกลาง คือ คะแนนความรู้ร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน)

ระดับสูง คือ คะแนนความรู้ร้อยละ 80-100 (12-15 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้ต่อการดูแลแบบประคับประคอง ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence, IOC)²² ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 แสดงถึงแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เหมาะสม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำแบบประเมินความรู้ต่อการดูแลแบบประคับประคอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ผ่านโปรแกรม SPSS ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.765 แสดงถึงแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และแบบประเมินความรู้จำแนกรายข้อ วิเคราะห์และนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ตามประเภทของข้อมูลดังนี้

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ศาสนา โรคประจำตัว การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และแบบประเมินความรู้จำแนกรายข้อ โดยรายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่ (n) และร้อยละ (%)

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ โดยรายงานด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; SD)

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุตัวแปร (multivariable analysis) โดย

ใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression analysis) รายงานค่าความสัมพันธ์ในรูปค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงเส้น (linear regression coefficient; β) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95%CI)

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS Statistics, Version 29.0 โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 191 คน มีอายุเฉลี่ย 49.57 ± 16.24 ปี ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 47.6 ระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 51.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-30,000 บาท ร้อยละ 49.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.2 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยเคยค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง ร้อยละ 14.7 เคยได้รับการอบรม ร้อยละ 4.2 และเคยได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น ร้อยละ 10.5 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยตนเองได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 0.5 และมีญาติหรือคนรู้จักได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละ 16.8 (ตารางที่ 1)

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลชิริยาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 39.8 รองลงมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 30.9 และอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 29.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลชิริยาพยาบาล

เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตอบข้อคำถามในแบบประเมินความรู้ได้ถูกต้องมากที่สุดข้อในข้อคำถาม “การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางการดูแลรักษาที่เน้นการวางแผนร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมแพทย์ผู้รักษา” โดยมีผู้ตอบถูกจำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 95.3 สำหรับข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ “ในการดูแลแบบประคับประคอง อาจมีการใช้ยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการหายใจหอบเหนื่อยได้” โดยมีผู้ตอบถูกเพียง 57 คน คิดเป็นร้อยละ 29.8 (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลชิริยาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลชิริยาพยาบาล ด้วยการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multivariable analysis) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression analysis) ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลชิริยาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยร่วมในการวิเคราะห์ โดยที่อายุที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ปี ส่งผลให้มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.05 คะแนน ($\beta = 0.048$, 95%CI: 0.016, 0.081, $p = 0.003$) กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสดมีคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแล้ว เฉลี่ย 1.64 คะแนน ($\beta = -1.643$, 95%CI: -2.588, -0.698, $p < 0.001$) การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองโดยการได้รับการอบรมส่งผลให้มีคะแนนความรู้

ตารางที่ 1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง (n = 191)

คุณลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)	ระดับความรู้, n (ร้อยละ)		
		ต่ำ (n = 56)	ปานกลาง (n=76)	สูง (n = 59)
อายุ (ปี), Mean±SD	49.57±16.24			
เพศ				
ชาย	52 (27.2)	13 (25)	20 (38.5)	19 (36.5)
หญิง	139 (72.8)	43 (30.9)	56 (40.3)	40 (28.8)
สถานภาพสมรส				
โสด	68 (35.6)	11 (16.2)	32 (47.1)	25 (36.8)
สมรส	91 (47.6)	36 (39.6)	30 (33.0)	25 (27.5)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	20 (10.5)	5 (25.0)	10 (50.0)	5 (25.0)
หม้าย	12 (6.3)	4 (33.3)	4 (33.3)	4 (33.3)
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	31 (16.2)	10 (32.3)	17 (54.8)	4 (12.9)
มัธยมศึกษา/ปวช.	48 (25.1)	17 (35.4)	20 (41.7)	11 (22.9)
อนุปริญญา/ปวส.	14 (7.3)	6 (42.9)	6 (42.9)	2 (14.3)
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	98 (51.3)	23 (23.5)	33 (33.7)	42 (42.9)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
ไม่มีรายได้	29 (15.2)	8 (27.6)	11 (37.9)	10 (34.5)
น้อยกว่า 10,000 บาท	27 (14.1)	10 (37.0)	11 (40.7)	6 (22.2)
10,000-30,000 บาท	94 (49.2)	29 (30.9)	40 (42.6)	25 (26.6)
30,001-50,000 บาท	24 (12.6)	6 (25.0)	9 (37.5)	9 (37.5)
มากกว่า 50,000 บาท	17 (8.9)	3 (17.6)	5 (29.4)	9 (52.9)
ศาสนา				
พุทธ	187 (97.9)	53 (28.3)	75 (40.1)	59 (31.6)
คริสต์	2 (1.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	0 (0.0)
อิสลาม	2 (1.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
โรคประจำตัว				
มี	136 (71.2)	38 (27.9)	58 (42.6)	40 (29.4)
ไม่มี	55 (28.8)	18 (32.7)	18 (32.7)	19 (34.5)
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง				
เคยค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง	28 (14.7)	7 (25.0)	12 (42.9)	9 (32.1)
เคยได้รับการอบรม	8 (4.2)	0 (0.0)	1 (12.5)	7 (87.5)
เคยได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น	20 (10.5)	3 (15.0)	10 (50.0)	7 (35.0)
ไม่เคย	135 (70.7)	46 (34.1)	53 (39.3)	36 (26.7)
ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง				
ตนเองได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	1 (0.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
มีญาติหรือคนรู้จักได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	32 (16.8)	5 (15.6)	14 (43.8)	13 (40.6)
ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง	158 (82.7)	51 (32.3)	62 (39.2)	45 (28.5)

ตารางที่ 2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 191)

คำถาม	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)
หนึ่งในเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือการแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ที่เป็นผลมาจากการมีความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต	156 (81.7)
การดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยจัดการหรือบรรเทาผลข้างเคียงจากการดูแลรักษาหลักได้	170 (89.0)
การดูแลแบบประคับประคองมีไว้สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในช่วง 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น	87 (45.5)
เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองแล้ว จำเป็นต้องหยุดการรักษาหลักที่ได้รับอยู่	138 (72.3)
การดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางการดูแลรักษาที่เน้นการวางแผนร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมแพทย์ผู้รักษา	182 (95.3)
หนึ่งในเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเป้าหมายและทางเลือกในการ รักษาโรคของตนได้ดีขึ้น	175 (91.6)
ในการดูแลแบบประคับประคอง อาจมีการใช้ยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการปวดได้	101 (52.9)
การดูแลแบบประคับประคองมีไว้สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะ	108 (56.5)
ผู้ป่วยที่ต้องการรับการดูแลแบบประคับประคองจะต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล	89 (46.6)
ในการดูแลแบบประคับประคอง อาจมีการใช้ยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการหายใจหอบเหนื่อยได้	57 (29.8)
หนึ่งในเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือช่วยให้ผู้ป่วยคงความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันได้	154 (80.6)
ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองได้ก็ต่อเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือเป็นผู้ป่วยติด เตียง	82 (42.9)
เมื่อเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองจะเป็นกระบวนการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบเร็วขึ้น	132 (69.1)
การดูแลแบบประคับประคองมุ่งเน้นการดูแลตามความปรารถนาของผู้ป่วยเป็นหลัก และอนุญาตให้กลับไป เสียชีวิตที่บ้านได้หากผู้ป่วยต้องการ	123 (64.4)
การดูแลแบบประคับประคองจะดูแลครอบคลุมไปถึงความเศร้าโศกเสียใจของครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต	110 (57.6)

เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.25 คะแนน ($\beta = 2.251$, 95%CI: 0.011, 4.491, $p = 0.049$) และการมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองโดยตนเองได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่งผลให้มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5.94 คะแนน ($\beta = 5.940$, 95%CI: 0.369, 11.512, $p = 0.037$) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 191 คน ส่วนมากมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.8 โดยพบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.3) มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ว่าเป็นแนวทางการดูแลรักษาที่เน้นการวางแผนร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมแพทย์ผู้รักษา สำหรับข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ การดูแลแบบประคับประคองอาจมีการ

ใช้ยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการหายใจหอบเหนื่อยได้ โดยมีผู้ตอบได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 29.8 โดยอาจเกิดจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟินว่าช่วยบรรเทาอาการปวดเท่านั้น หรือเข้าใจผิดว่าเป็นยาที่ใช้สำหรับช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตและเป็นการเร่งการเสียชีวิตให้เร็วขึ้น²³ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wake¹³ และ Ashrafizadeh และคณะ¹⁵ ที่พบว่า อายุ การฝึกอบรม และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับปัจจัยด้านสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับงานวิจัยของ Zolfaghari และคณะ²⁴ ที่พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพโสดมีการเข้าถึงสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ รวมทั้งให้ความสำคัญด้านสุขภาพ

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariable analysis) และการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multivariable analysis)

ปัจจัย	Univariable analysis			Multivariable analysis		
	β	(95%CI)	P-value	β	(95%CI)	P-value
อายุ (ปี)	0.006	(-0.020, 0.031)	0.660	0.048	(0.016, 0.081)	0.003
เพศ						
ชาย		Reference			Reference	
หญิง	-0.437	(-1.370, 0.496)	0.359	-0.088	(-0.980, 0.803)	0.846
สถานภาพสมรส						
โสด		Reference			Reference	
สมรส	-1.262	(-2.166, -0.358)	0.006	-1.643	(-2.588, -0.698)	<0.001
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	-0.965	(-2.399, 0.470)	0.188	-1.155	(-2.621, 0.310)	0.122
หม้าย	-0.848	(-2.614, 0.918)	0.347	-1.603	(-3.456, 0.251)	0.090
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา		Reference			Reference	
มัธยมศึกษา/ปวช.	-0.175	(-1.462, 1.113)	0.790	-0.051	(-1.400, 1.299)	0.941
อนุปริญญา/ปวส.	-0.687	(-2.486, 1.113)	0.455	-0.407	(-2.122, 1.308)	0.642
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	1.160	(0.009, 2.312)	0.048	1.343	(-0.059, 2.744)	0.060
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
ไม่มีรายได้					Reference	
น้อยกว่า 10,000 บาท	-0.874	(-2.385, 0.638)	0.257	-0.674	(-2.146, 0.797)	0.369
10,000–30,000 บาท	-0.781	(-1.982, 0.419)	0.202	-0.398	(-1.618, 0.822)	0.522
30,001-50,000 บาท	-0.207	(-1.767, 1.353)	0.795	-0.146	(-1.745, 1.453)	0.858
มากกว่า 50,000 บาท	0.970	(-0.757, 2.696)	0.271	0.516	(-1.226, 2.257)	0.562
ศาสนา						
พุทธ		Reference			Reference	
คริสต์	-4.334	(-8.357, -0.311)	0.035	-3.548	(-7.257, 0.160)	0.061
อิสลาม	-2.834	(-6.857, 1.189)	0.167	-2.621	(-6.358, 1.116)	0.169
โรคประจำตัว						
ไม่มี		Reference			Reference	
มี	-0.057	(-0.976, 0.862)	0.903	0.172	(-0.849, 1.193)	0.741
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง						
ไม่เคย		Reference			Reference	
เคยค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง	0.405	(-0.754, 1.564)	0.493	-0.361	(-1.606, 0.883)	0.569
เคยได้รับการอบรม	3.298	(1.267, 5.329)	0.001	2.251	(0.011, 4.491)	0.049
เคยได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น	1.048	(-0.289, 2.386)	0.125	0.477	(-0.882, 1.836)	0.491
ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง						
ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง		Reference			Reference	
ตนเองได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	5.443	(-0.227, 11.114)	0.060	5.940	(0.369, 11.512)	0.037
มีญาติหรือคนรู้จักได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	1.037	(-0.059, 2.133)	0.064	0.676	(-0.514, 1.866)	0.266

และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสแล้ว จึงเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสดมีคะแนนความรู้เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแล้ว

จุดแข็งและข้อจำกัด

จุดแข็งของงานวิจัย คือ จัดทำขึ้นเพื่อประเมินระดับความรู้และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมือง ซึ่งในประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาลักษณะนี้ในประชากรกลุ่มดังกล่าวมาก่อน ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนต่อไปในอนาคต

ข้อจำกัดของงานวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและเป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยที่ได้อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรเขตเมืองทั้งหมดได้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น รวมถึงทำการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ หรือทำการศึกษาแบบพหุสถาบัน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลได้ละเอียดและแม่นยำมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (modifiable factor) คือ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองโดยการได้รับการอบรม จึงควรมีการประชาสัมพันธ์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยามอร์ฟินทางการแพทย์ ให้ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ทำให้การดูแลแบบประคับประคองสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น และเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต

สรุป

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.8 ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยในเขตเมืองที่มารับบริการในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชนิราช ทุกท่านที่ถ่ายทอดความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ทำวิจัยเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์หญิงศิริรัตน์ รัตนธเนสสิธร อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ที่คอยให้คำปรึกษาตลอดการดำเนินงานวิจัยแก่ผู้วิจัยอย่างดีเสมอมา ขอขอบพระคุณ คุณวิชชากร รวมทวี ที่ให้คำปรึกษาด้านการใช้สถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว ที่ให้ความช่วยเหลือในการประชาสัมพันธ์โครงการ และสุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมงานวิจัยนี้

Highlight

1. ประชาชนกลุ่มตัวอย่างในเขตเมือง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับปานกลาง
2. ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และส่งผลต่อระดับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ข้อมูล และการมีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง
3. ควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชน เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งการจัดอบรมต่าง ๆ ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2567]. สืบค้นจาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2567]. สืบค้นจาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/HStatistic65.pdf>
3. กรมอนามัย. กองแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565 [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2567]. สืบค้นจาก: https://planning.anamai.moph.go.th/doh-strategic-plan/download?id=118198&mid=35346&mkey=m_document&lang=th&did=29498
4. Natetida Bunnag. sustainable urbanization การกลาย เป็นเมืองอย่างยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. sdgmove; 2565 [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2567]. สืบค้นจาก: <https://www.sdgmove.com/2021/07/22/sdg-vocab-37-sustainable-urbanization/>
5. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2524. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์; 2546.
6. World Health Organization. Urban Governance for Health and Well-being for Cities In South-East Asia: Self Assessment tool and case studies; 2022.
7. World Health Organization. Palliative care 2020 [Internet]. World Health Organization; 2020 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
8. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. New England Journal of Medicine. 2010;363:733-42.
9. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย. ใน: บัณฑิต ศิริประภาศิริ, เตือนเพ็ญ ทอรัตนเรือง, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
10. Schlichte LM, Hildenbrand J, Wolf S, Herring KW, Troy JD, LeBlanc TW. Knowledge of palliative care and barriers to access among outpatients with cancer. J Pain Symptom Manage . 2024;67:115-25.
11. Taber JM, Ellis EM, Reblin M, Ellington L, Ferrer RA. Knowledge of and beliefs about palliative care in a nationally-representative U.S. sample. PLoS One. 2019;14(8):e0219074. PubMed PMID: 31415570
12. Pruthi M, Bhatnagar S, Indrayan A, Chanana G. The Palliative Care Knowledge Questionnaire-Basic (PCKQ-B): Development and validation of a tool to measure knowledge of health professionals about palliative care in India. Indian J Palliat Care. 2022; 2:180-91.
13. Wake AD. Knowledge and associated factors towards palliative care among nurses in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. SAGE Open Med. 2022;10:1-12.
14. Jiang Q, Lu Y, Ying Y, Zhao H. Attitudes and knowledge of undergraduate nursing students about palliative care: An analysis of influencing factors. Nurse Education Today. 2019;80:15-21.
15. Ashrafizadeh H, Khanali Mojen L, Barasteh S, Akbari ME, Beiranvand S, Shirinabadi Farahani A, et al. Factors related to nurses and physicians' knowledge and attitudes towards palliative care. Int J Cancer Manag. 2022;15(2):e122653.
16. แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล, สุปรียญา สัมพันธ์รัตน์, จุลจรรยา สิ้นสิริ. ความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์. 2018;38:77-89.
17. Wayne WD. Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995. p. 177-8.
18. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V, McNeil E. n4Studies: sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. Siriraj Med J. 2016; 68:160-7.
19. มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะเวชศาสตร์เขตร้อน. ตำราการวิจัยทางคลินิก. กรุงเทพฯ: 2554.
20. Kozlov E, Carpenter BD, Rodebaugh TL. Development and validation of the Palliative Care Knowledge Scale (PaCKS). Palliat Support Care. 2017;15: 524-34.
21. Bloom BS. Taxonomy of education objective, handbook I: Cognitive domain. NewYork: David Mackay; 1984.
22. อวยพร เรืองตระกูล. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2567]. สืบค้นจาก: http://www.rlc.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=713
23. Palliative Care Australia. Palliative care myths [Internet]. Palliative Care Australia; 2016 [cited 2024 Sep 17]. Available from: https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2016/12/20151109_myths_updated.pdf
24. Zolfaghari A, Ardakani SS, Abadi MA. Investigation of the relationship between health literacy and demographic variables of Yazd city citizens. Biquarterly Iranian Journal of Health Psychology. 2019; 2:95-102.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

บุษรา ดอกบัว, พย.บ.¹, ดุษฎี ดวงมณี, วท.ม.², วิวัฒน์ เหล่าชัย, ประ.ด.³¹โรงพยาบาลสูงเม่น, ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต, ³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

วิวัฒน์ เหล่าชัย, ประ.ด,
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
50 ถ.งามวงศ์วาน แขวงลาดยาว
เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร
10900, ประเทศไทย
Email: Wiwatyod99@gmail.
com

Received: April 28, 2025;

Revised: August 11, 2025;

Accepted: August 14, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในปัจจุบัน ซึ่งก่อให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แบบวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม โดยมีการประเมินก่อนและหลังทดลอง

วัสดุและวิธีการ: ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มละ 30 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา และแบบสอบถามการจัดการตนเอง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.95, 0.90 และ 0.92 ตามลำดับ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สถิติ Paired t-test และสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา: กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาและคะแนนการจัดการตนเอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 34.19, p < 0.05$) และ ($t = 35.85, p < 0.05$) ตามลำดับ นอกจากนี้ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาและคะแนนการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 26.41, p < 0.05$) และ ($t = 36.38, p < 0.05$)

สรุป: โปรแกรมการจัดการตนเอง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพของความร่วมมือในการใช้ยา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัวที่ดีขึ้นต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ความร่วมมือในการใช้ยา โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ORIGINAL ARTICLE

Effects of A Self-Management Program on Medication Adherence Among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Busara Dokbua, R.N.¹, Dussadee Duangmanee, R.N, M.Sc.², Wiwat Laochai, R.N., Ph.D.³

¹Suangmen Hospital, Phrae Province, ²Faculty of Nursing, Suan Dusit University, ³Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Wiwat Laochai, Ph.D.,
Faculty of Nursing, Kasetsart
University, 50 Ngamwongwan
Road, Lat Yao Subdistrict,
Chatuchak District, Bangkok
10900, Thailand
Email: Wiwatyod99@gmail.
com

Received: April 28, 2025;

Revised: August 11, 2025;

Accepted: August 14, 2025

ABSTRACT

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the most common respiratory diseases today, resulting in chronic illness that affects the quality of life of patients and their families. This study aimed to examine the effects of a self-management program on medication adherence among patients with COPD.

Design: A quasi-experimental two-group design with pre- and post-intervention assessments.

Methods: The participants were 60 patients attending the COPD outpatient clinic. They were randomly assigned to an experimental group (n = 30) or a control group (n = 30) using simple random sampling. The instruments included: a general and health information questionnaire, a medication adherence questionnaire, and a self-management questionnaire. The content validity indices (CVI) of the tools were 0.95, 0.90, and 0.92, respectively. Cronbach's alpha reliability coefficient was 0.88 and 0.90 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired t-test, and independent t-test.

Results: The experimental group showed statistically significant improvements in both medication adherence and self-management scores after participating in the self-management program (t = 34.19, p < 0.05; and t = 35.85, p < 0.05, respectively). Moreover, post-intervention scores of medication adherence and self-management in the experimental group were significantly higher than those in the control group receiving routine care (t = 26.41, p < 0.05; and t = 36.38, p < 0.05, respectively).

Conclusions: The self-management program effectively improved medication adherence and self-management among COPD patients, which may consequently enhance their quality of life and that of their families in the long term.

Keywords: self-management, medication adherence, chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นหนึ่งในโรคที่มีความชุกและอัตราการเสียชีวิตสูงทั้งในระดับโลกและประเทศไทย ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีลักษณะการอุดกั้นทางเดินหายใจที่ไม่สามารถคืนสู่สภาพปกติได้อย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถิติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของโลก ในปี ค.ศ. 2024 มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ถึง 3.23 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 2022 นอกจากนี้ ในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในช่วงปี พ.ศ. 2563-2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2567 คาดว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจะสูงขึ้นกว่าปี 2563 ถึง ร้อยละ 15.0¹ จากรายงานสถิตีย้อนหลัง 4 ปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2564-2567 ของโรงพยาบาลสูงเม่น พบว่ามีผู้ป่วยที่มารักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 306, 293, 319 และ 323 คน ตามลำดับ² โดยในปัจจุบันการรักษาและจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเน้นไปที่การควบคุมอาการ ลดความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัดจึงเป็นหัวใจสำคัญในการจัดการโรคนี้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยหลายรายยังขาดความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ในการรักษาและการจัดการโรคอย่างมีประสิทธิภาพ³

ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) เป็นแนวคิดที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งเป็นการที่ผู้ป่วยรับประทานยาและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การขาดความร่วมมือในการใช้ยามักเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับยา และผลข้างเคียงของยา การขาดความร่วมมือนี้สามารถนำไปสู่การแย่งลงของอาการ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาจเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในที่สุด⁴ การเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาจึงมีความสำคัญในการปรับปรุงผลลัพธ์ของการรักษา ซึ่งการศึกษานี้เป็นการประเมินผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management)⁵ ประกอบด้วย การจัดการด้านยา การจัดการกับพฤติกรรม การจัดการบทบาทของตนเอง และการจัดการด้านอารมณ์ นำมาเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลและจัดการตนเองผ่านการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยา ปรับมุมมองและทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมใหม่

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ แต่การวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทของหอผู้ป่วยในและชุมชน^{6,7} ขณะเดียวกัน งานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองในบริบทของคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกยังมีจำนวนจำกัด และยังไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยทางวัฒนธรรม สังคม และเศรษฐกิจที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติตามโปรแกรม และการใช้ยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย⁸ นอกจากนี้ ยังขาดการศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ชัดเจนในด้านความร่วมมือในการใช้ยาหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ในฐานะผู้วิจัยปฏิบัติหน้าที่ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตในระยะยาว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาและคะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาและคะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเป็นกรอบในการวิจัย โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลและจัดการตนเองผ่านการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยา⁵ ประกอบด้วย การจัดการด้านยา การจัดการกับพฤติกรรม การจัดการบทบาทของตนเอง และการจัดการด้านอารมณ์ สามารถอธิบายได้ตามรายละเอียดดังภาพที่ 1

วัตถุประสงค์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิจำนวน 60 คน ได้มาโดยการคัดเลือกตัวอย่างแบบอย่างง่ายจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) โดยคำนวณขนาดของอิทธิพล (effect size) จากค่าเฉลี่ยงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน⁹ นำมาคำนวณค่าขนาดของอิทธิพล เท่ากับ 0.84 จากนั้นใช้โปรแกรม G*Power คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้เท่ากับ 54 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ 60 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 40-80 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่รุนแรง
4. สามารถพูด/สื่อสาร อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ สื่อสารทางโทรศัพท์ได้
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดโปรแกรม

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. การให้ความรู้และการฝึกทักษะเบื้องต้น (ระยะเวลา 60 นาที)
 - ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการ การใช้ยา และผลข้างเคียงของยา
 - แจกคู่มือที่อธิบายวิธีการใช้ยาและการจัดการกับอาการ
 - สอนวิธีการใช้เครื่องพ่นยาและอุปกรณ์การรักษารักษาอื่น ๆ อย่างถูกต้อง
2. การจัดการอาการและการตั้งเป้าหมาย (ระยะเวลา 30 นาที)
 - สอนเทคนิคการหายใจเพื่อบรรเทาอาการ
 - ให้ผู้ป่วยบันทึกอาการและการใช้ยาในบันทึกประจำวัน
 - ช่วยผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองและวางแผนการใช้ยา
3. การสนับสนุนและการติดตามผล (ระยะเวลา 60 นาที)
 - จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์สำหรับผู้ป่วยและการสนับสนุนจากครอบครัว
 - ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและการบันทึกอาการ

- การจัดการตนเอง
- ความร่วมมือในการใช้ยา

รูปที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต และมีความเร่งด่วนของการรักษา
2. ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพทางสมรส การใช้ยารักษาโรค และการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา พัฒนาโดยกมลชนก จงวิไลเกษม และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต¹⁰ จำนวน 10 ข้อ การให้คะแนน สำหรับคำตอบที่เลือก ไม่เคย (1 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) บ่อยครั้ง (4 คะแนน) เป็นประจำ (5 คะแนน) การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 10-23 ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 23-37 ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 38-50 ความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการตนเอง พัฒนาโดยจิตติธรรณ ยอเสน¹¹ จำนวน 15 ข้อ การให้คะแนน สำหรับคำตอบที่เลือก ไม่เคย (1 คะแนน) น้อยมาก (2 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) ค่อนข้างบ่อย (4 คะแนน) บ่อยมาก (5 คะแนน) การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 15-30 การจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 31-45 การจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 46-75 การจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. การให้ความรู้และการฝึกทักษะเบื้องต้น (ระยะเวลา 60 นาที)
 - ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ อาการ การใช้ยา และผลข้างเคียงของยา
 - แจกคู่มือที่อธิบายวิธีการใช้ยาและการจัดการกับอาการ
 - สอนวิธีการใช้เครื่องพ่นยาและอุปกรณ์การรักษาอื่น ๆ อย่างถูกต้อง

2. การจัดการอาการและการตั้งเป้าหมาย (ระยะเวลา 30 นาที)

- สอนเทคนิคการหายใจเพื่อบรรเทาอาการ เช่น การหายใจลึกหรือการหายใจด้วยท้อง
- ให้ผู้ป่วยบันทึกอาการและการใช้ยาในบ้านทุกวัน
- ช่วยผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองและวางแผนการใช้ยา

3. การสนับสนุนและการติดตามผล (ระยะเวลา 60 นาที)

- จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์สำหรับผู้ป่วยและการสนับสนุนจากครอบครัว
- ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและการบันทึกอาการ

วิธีดำเนินการวิจัย

เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการ ดังนี้

1. กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1.1 พบกลุ่มควบคุมครั้งแรกที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ทีมผู้ร่วมผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ 2) แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา และ 3) แบบสอบถามการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านให้ข้อคำถามให้ฟัง

1.3 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ กิจกรรมการพยาบาลในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ที่ปฏิบัติต่อผู้รับบริการตามที่ปฏิบัติเป็นประจำ

1.4 นัดติดตามผล 3 เดือนที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ขอให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา และ 2) แบบสอบถามการจัดการตนเอง โดยมีผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจข้อคำถาม

1.5 หลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยมีการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้กับกลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1 พบกลุ่มทดลองครั้งแรกที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทีมผู้ร่วมผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

2.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ 2) แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา และ 3) แบบสอบถามการจัดการตนเอง โดยมีผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถาม

2.3 กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้วิจัยจัดให้

2.4 นัดติดตามผล 3 เดือนที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ขอให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา และ 2) แบบสอบถามการจัดการตนเอง โดยมีผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติม หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ โดยข้อมูลส่วนบุคคล นำมาการแจกแจงจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติวิเคราะห์ Paired t-test, Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ รับรองวันที่ 1 ตุลาคม 2567 เลขที่ PPH No. 070/2567

ผลการศึกษา

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.00 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 66.96 ปี (SD = 7.84) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.00 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา มากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 60.00 มีสถานภาพสมรส เกือบครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.30 ได้รับการรักษาโดยใช้ยาพ่น และส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.70 เลิกสูบบุหรี่แล้ว ส่วนกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.70 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 66.86 ปี (SD = 6.97) มากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 56.60 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา มากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 76.70 มีสถานภาพสมรส เกือบครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 36.70 ประกอบอาชีพเกษตรกร ส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.30 ได้รับการรักษาโดยใช้ยาพ่น และส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.70 เลิกสูบบุหรี่แล้ว ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 26.41, p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลของการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มควบคุมก่อนที่ได้รับการพยาบาลปกติและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 36.38, p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ (N = 60)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (N = 60) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	21 (70.00)	26 (86.70)	47 (78.33)
หญิง	9 (30.00)	4 (13.30)	13 (21.67)
อายุ (ปี)			
50-59	5 (16.70)	3 (10.00)	8 (13.30)
60-69	10 (33.30)	12 (40.00)	22 (36.70)
> 70	15 (50.00)	15 (50.00)	30 (50.00)
	$\bar{X}$ (SD) = 66.96 (7.84)	$\bar{X}$ (SD) = 66.86 (6.97)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	21 (70.00)	17 (56.60)	38 (63.33)
มัธยมศึกษาต้น	6 (20.00)	7 (23.30)	13 (21.67)
มัธยมศึกษาปลาย	3 (10.00)	6 (20.00)	9 (15.00)
สถานภาพ			
สมรส	18 (60.00)	23 (76.70)	41 (68.36)
โสด	5 (16.70)	3 (10.00)	8 (13.30)
หม้าย	7 (23.30)	4 (13.30)	11 (18.34)
อาชีพ			
รับจ้างทั่วไป	12 (40.00)	6 (20.00)	18 (30.00)
เฟอร์นิเจอร์	2 (6.70)	1 (3.30)	3 (5.00)
เกษตรกร	4 (13.30)	11 (36.70)	15 (25.00)
รับราชการ	2 (6.70)	3 (10.00)	5 (8.33)
ธุรกิจส่วนตัว	2 (6.70)	2 (6.70)	4 (6.67)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8 (26.60)	7 (23.30)	15 (25.00)
ประเภทของยา			
ยาพ่น	28 (93.30)	28 (93.30)	56 (93.33)
ยารับประทาน	2 (6.70)	2 (6.70)	4 (6.67)
จำนวนมวนที่สูบ			
ไม่ได้สูบ	26 (86.70)	26 (86.70)	52 (86.67)
สูบ น้อยกว่า 5 มวนต่อวัน	4 (13.30)	1 (3.30)	5 (8.33)
สูบ 11-20 มวนต่อวัน	0 (0.00)	3 (10.00)	3 (5.00)

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($t = 34.19, p < 0.05$) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการจัดการตนเองโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 35.85, p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ และได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (N = 60)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง	25.30	2.71	22.40	2.62	4.21	0.56
หลังทดลอง	25.40	2.81	46.86	3.45	26.41	0.00*

*p-value < 0.05

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการพยาบาลปกติ และได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (N = 60)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนทดลอง	36.23	3.50	33.66	4.42	2.48	0.16
หลังทดลอง	37.36	3.29	71.60	3.96	36.38	0.00*

*p-value < 0.05

ตารางที่ 4. เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาและการจัดการตนเองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 30)

กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความร่วมมือในการใช้ยา	22.40	2.62	46.86	3.45	34.19	0.00*
การจัดการตนเอง	33.66	4.42	71.60	3.69	35.85	0.00*

*p-value < 0.05

วิจารณ์

ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้และการฝึกทักษะเบื้องต้น กิจกรรมที่ 2 การจัดการอาการและการตั้งเป้าหมาย และกิจกรรมที่ 3 การสนับสนุนและการติดตามผล ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาและคะแนนการจัดการตนเองสูงขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การออกแบบกิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติจริง การสนับสนุนจากครอบครัว และการติดตามผลเป็นกลยุทธ์ที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการ

ตนเอง ซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทหลักในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังที่ต้องใช้การควบคุมอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองจะสามารถจัดการโรคของตนได้ดีขึ้น¹² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้ถูกต้องและมีวินัยมากขึ้น นอกจากนี้ในการศึกษาในครั้งนี้ยังใช้แนวคิดความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค ความเข้าใจเกี่ยวกับตัวยา ความเชื่อในการรักษา และแรงสนับสนุนจากสังคม¹³ ซึ่งโปรแกรมการจัดการตนเองในงานวิจัยนี้ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญดังกล่าว ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคและยา การฝึกใช้เครื่องพ่นยา และการบันทึกพฤติกรรมการใช้ยาใน

ชีวิตประจำวัน ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วย และนำไปสู่ความร่วมมือที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา การใช้โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการสนับสนุน จากครอบครัวในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า มีผลต่อการเพิ่ม ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งต้องอาศัย แรงจูงใจจากภายนอกและการดูแลแบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วย¹⁴ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยลดความรุนแรงของโรค และสามารถจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันได้อย่างถูกต้อง¹⁵

นอกจากนี้ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาและคะแนนการจัดการตนเองสูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ สอดคล้องกับการ ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กิจกรรมในโปรแกรมที่จัดให้กลุ่มทดลอง เป็นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ การฝึกใช้ยาพ่นการสูด และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพจากการบันทึกอาการของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและสามารถ ควบคุมอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น เช่น อาการหอบ อาการหายใจลำบาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มี ส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายและได้รับการสนับสนุนอย่าง ใกล้ชิดจากพยาบาลวิชาชีพ¹⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าการ ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองที่ออกแบบให้เหมาะสม กับบริบท เช่น ใช้ภาษาง่าย มีภาพประกอบ และมีการ สาธิตการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง สามารถเพิ่มระดับสมรรถนะ แห่งตนและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของการออกแบบโปรแกรมที่ เน้นการสร้างการเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการสื่อสารที่ดี¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษา โปรแกรม การจัดการตนเองที่มีการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การ ติดตามผล และการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วย เกิดแรงจูงใจภายใน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาการ ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง¹⁸

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีคะแนน ความร่วมมือในการใช้ยาและการจัดการตนเองหลังการ ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพ

มากกว่าการพยาบาลตามปกติในการส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลลัพธ์ดังกล่าว สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่าน มาที่ชี้ให้เห็นว่าความร่วมมือในการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่ ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งด้านความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ จากการ ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ควบคู่กับการติดตามผลแบบใกล้ชิด มีระดับ ความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ¹⁹ ทำให้ความร่วมมือในการใช้ ยาเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงผลดีของการใช้ยา อย่างสม่ำเสมอ และได้รับการสื่อสารที่ชัดเจนจากบุคลากร ทางแพทย์ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว หลายโรค การมีโปรแกรมที่ช่วยอธิบายวิธีใช้ยา ผลข้าง เคียงที่ควรระวัง และเทคนิคการจดจำเวลาการใช้ยา เช่น การใช้บันทึกประจำวันหรืออุปกรณ์เตือน จะช่วยลดอัตราการ ลืมใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับ การพยาบาลตามปกติ ดังนั้นโปรแกรมการจัดการตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยสร้างความตระหนักรู้ในบทบาทของ ผู้ป่วยเองต่อการควบคุมโรค²⁰ สอดคล้องจากการศึกษาที่ ยืนยันว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่มีการสอนการใช้ ยาและให้สะท้อนคิดกลับเป็นรายบุคคล ส่งผลต่อการ เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดีกว่า การดูแลแบบทั่วไป²¹ จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ช่วย สนับสนุนผลการศึกษาในครั้งนี้ได้ดี แสดงให้เห็นว่าการ นำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังจะช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาและ สามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น อีกทั้งยังสามารถเป็นแนว ทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอนาคตต่อไป

สรุป

โปรแกรมการจัดการตนเองที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การตั้งเป้าหมาย และการสนับสนุน อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความร่วมมือ ในการใช้ยาและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนน

ความร่วมมือในการใช้ยาและคะแนนการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การออกแบบโปรแกรมที่เน้นความเข้าใจง่าย การฝึกปฏิบัติจริง การสนับสนุนจากครอบครัว และการติดตามผลอย่างใกล้ชิดมีส่วนช่วยเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้ถูกต้อง มีวินัยในการดูแลสุขภาพ และควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น นอกจากนี้การใช้แนวคิดการจัดการตนเองยังช่วยสร้างแรงจูงใจภายใน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการตนเองมีพฤติกรรมการใช้ยาและการจัดการตนเองที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดของการศึกษาคือการติดตามผลหลังการได้รับโปรแกรมมีระยะเวลาในช่วงสั้น จึงอาจยังไม่สามารถประเมินผลในระยะยาวต่อการคงพฤติกรรมการใช้ยาและการจัดการตนเองได้อย่างครอบคลุม ควรมีการออกแบบการติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมการใช้ยาและการจัดการตนเอง รวมถึงผลกระทบต่ออัตราการกำเริบของโรคหรือเข้าโรงพยาบาลซ้ำ

Highlight

1. การจัดการตนเองช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองของผู้ป่วย
3. ควรจัดกิจกรรมการจัดการตนเองให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย

เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle (WA): IHME; 2024.
2. โรงพยาบาลสูงเม่น. สถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2564-2567. แพ้: โรงพยาบาลสูงเม่น; 2567.
3. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Fact sheet. Geneva: WHO; 2022.
4. Nieuwlaet R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Rev. 2014;5:11-20.
5. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003;26:1-7.
6. Benzo RP, Vickers KS, Novotny PJ, Tucker CA, Sanchez VM. Health coaching and chronic obstructive pulmonary disease rehospitalization: A randomized trial. Am J Respir Crit Care Med. 2022;205:99-106.
7. Effing TW, Lenferink A, Bucknall C, Kaplan A. Self-management programs for COPD: Moving forward. Chronic Respir Dis. 2020;17:123-9.
8. Suksomboon K, Piboonrungsri P, Charumanee S. Exploring barriers and facilitators to medication adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Thailand. J Glob Health Rep. 2023;7:135-43.
9. ศิวพล ศรีแก้ว, ชนิษฐา แสนบุตร, ปวีณกานต์ จวนสง, นิสากร วิบูลชัย. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและภาวะหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้ง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566;20:100-15.
10. กมลชนก จงวิไลเกษม, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. การพัฒนาแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาสำหรับคนไทย. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562;11:30-45.
11. ชิติภรณ์ ยอเสน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร. 2554;39:52-65.
12. Ryan P, Sawin KJ. The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. Nurs Outlook. 2020;68:104-14.
13. Brown MT, Bussell JK, Egede LE. Medication adherence: Truth and consequences. Am J Med. 2021; 134:437-44.
14. Nguyen TM, La Caze A, Cottrell N. Impact of interventions on medication adherence in older adults with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc. 2022;70:110-20.

15. ทศนา วงศ์กิตติรัตน์. ประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น. 2566;1: 78-92.
16. Zhao J, Wang Y, Wang Y. The effects of self-management education programs on self-efficacy and health outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. Patient Educ Couns. 2021;104:1821-30.
17. Alqahtani JS, Alghamdi SM, Aldhahir AM, Al Rajeh AM, Alqahtani AS, Mandal S. Self-management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2022;17: 495-511.
18. Slevin P, Kessie T, Cullen W, Fitzpatrick P. Self-management support for chronic disease: Primary care interventions. Ir J Med Sci. 2020;189:1247-56.
19. Liu X, Wang L, Hu M, Liu Q, Guo X. Effectiveness of a self-management program for COPD patients to improve medication adherence: A randomized controlled trial. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2021;16:1741-50.
20. Moor C, Weitkunat R, Frey P. Factors influencing medication adherence in elderly patients with COPD: A cross-sectional study. BMC. 2021;21:187-95.
21. Mulyani S, Widyadharma IPE, Purnomo W. Effect of individualized self-management education on medication adherence in chronic disease patients: A meta-analysis. J Clin Nurs. 2023;32:745-57.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนเขตสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข

ณฐา เมธาบุษยาร, ปร.ด.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดปทุมธานี

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ณฐา เมธาบุษยาร, ปร.ด.,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เวสเทิร์น 4 หมู่ 11
ถ.หทัยราษฎร์ ต.ลาดสวาย
อ.ลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี
12150, ประเทศไทย
Email: ajdrnatha@gmail.
com

Received: September 1, 2025;

Revised: September 3, 2025;

Accepted: September 8, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: การใช้แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเป็นตัวชี้วัดในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุกับข้อมูลเชิงประจักษ์ วิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของประชาชน และหาแนวทางการเข้าถึงบริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ วิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed method research)

วัตถุประสงค์และวิธีการ: วิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูลจากประชาชนที่มาใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จำนวน 400 คน วิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม วิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ จำนวน 48 คน วิธีเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือ คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา: การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.48$ S.D.=0.56) โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าดัชนี Chi-Square = 232.56 df = 166 Chi-Square/df = 1.40 CFI = 1.00 GFI = 0.95 AGFI = 0.97 RMSEA = 0.03 และ SRMR = 0.04 การรับรู้คุณภาพ ระบบบริการ การสนับสนุน และการเข้าถึงบริการ อธิบายความแปรปรวนการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและทางเลือกได้ร้อยละ 60 ($R^2 = 0.60$) แนวทางการเข้าถึงบริการควรจัดสรรบุคลากรแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกให้เพียงพอ ครอบคลุมทุกหน่วยงาน และมีบริการเชิงรุกนอกสถานที่เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน

คำสำคัญ: การตัดสินใจใช้บริการ แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ประชาชน

ORIGINAL ARTICLE

Causal Factors Affecting the Decision to Use Thai Traditional and Alternative Medicine Services in Primary Healthcare Units Among People in Health Region 5, Ministry of Public Health

Natha Methabutsayathon, Ph.D.

Graduate School, Western University, Pathum Thani, Thailand

Corresponding author :

Natha Methabutsayathon, Ph.D.,
4 Moo. 11, Hathai Rat Road,
Lat Sawai Subdistrict, Lam
Luk Ka District, Pathum Thani
12150, Thailand
Email: ajdrnatha@gmail.com

Received: September 1, 2025;

Revised: September 3, 2025;

Accepted: September 8, 2025

ABSTRACT

Background: The use of Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine has been established as an indicator in the Primary Health Care System. This study aimed to examine the level of decision to use in utilizing Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine services, to verify the consistency of the causal model with empirical data, to analyze the causal pathways of factors influencing people's decisions, and to identify approaches for improving access to these services in primary health care units. The research employed a mixed-method design.

Methods: The quantitative research was conducted among 400 individuals who utilized traditional Thai Medicine and Alternative Medicine services at primary healthcare units, using simple random sampling and a questionnaire as the research instrument. The qualitative research was conducted with 48 participants, including administrators, practitioners, and service users, who were selected through purposive sampling, with a semi-structured interview serving as the research instrument. Data analysis involved descriptive statistics, confirmatory factor analysis (CFA), and path analysis using statistical software.

Results: The decision to use the population in utilizing Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine services was at a moderate level ($\bar{x}$ = 3.48 SD = 0.56). The causal model was consistent with the empirical data, with Chi-Square = 232.56, df = 166, Chi-Square/df = 1.40, CFI = 1.00, GFI = 0.95, AGFI = 0.97, RMSEA = 0.03, and SRMR = 0.04. Perceived service quality, service system, support, and accessibility together explained 60% of the variance in the decision to use Thai traditional and alternative medicine services (R^2 = 0.60). The approach to service accessibility should allocate sufficient Thai traditional and alternative medicine personnel to cover all service units and provide proactive outreach services outside the facilities in order to increase public access to services.

Keywords: the decision to use, Thai Traditional and Alternative Medicine Services, Primary Healthcare Unit, people

บทนำ

การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขของไทยในปัจจุบัน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้กำหนดเป้าหมายให้ประเทศไทยเป็นผู้นำด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชียภายใน ปี พ.ศ. 2570 สืบเนื่องมาจากการที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญของการแพทย์ดั้งเดิมของแต่ละภูมิภาคมากขึ้น ประเทศไทยจึงมีนโยบายด้านการสาธารณสุขในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติให้การแพทย์แผนไทยเข้าสู่นโยบายสุขภาพระดับชาติและให้ขยายบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับอย่างต่อเนื่อง แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ได้มีการบรรจุการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแผนการลดการนำเข้าสินค้าจากต่างประเทศ เพิ่มการส่งออกและเผยแพร่เอกลักษณ์ของภูมิปัญญาไทยสู่นานาชาติด้วย¹ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนสถานบริการในสังกัดของรัฐให้มีบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยกำหนดให้จัดเป็นบริการพื้นฐานที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ได้รับความคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อเพิ่มจำนวนสถานบริการและการใช้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสำหรับผู้มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกของสถานบริการด้วย² แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2559-2579 ในยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence) มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) โดยให้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กำหนดตัวชี้วัดของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ซึ่งการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย ได้ส่งเสริมและสนับสนุนศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย นโยบายและยุทธศาสตร์กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้ความสำคัญกับการสร้างภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นให้กับบริการ

การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยอย่างปลอดภัยและได้มาตรฐาน โดยสนับสนุนให้สถานบริการทุกระดับมีการจัดการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐานตามบริบทของหน่วยบริการได้แก่ คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คลินิกผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทยและคลินิกบริการผู้ป่วยในด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก บริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล³ การตัดสินใจเป็นกระบวนการคิดโดยใช้เหตุผลในการเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากหลายทางเลือกที่มีอยู่เพื่อให้ได้ทางเลือกที่ดีที่สุดตอบสนองความต้องการของตนเองมากที่สุด กระบวนการตัดสินใจเลือกใช้บริการนั้น ประกอบด้วย การรับรู้ปัญหา การค้นหาข้อมูล การประเมินทางเลือก การตัดสินใจใช้บริการ และความรู้สึกละหลังการใช้บริการ⁴

สถานการณ์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประเทศไทย โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้กำหนดทิศทางและการบรรลุการขับเคลื่อนผลสัมฤทธิ์ (ultimate goal) ในระยะ 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566-2570 โดยใช้ฐานข้อมูลจากปี พ.ศ. 2566 เป็นเป้าหมายของปี พ.ศ. 2570 ในประเด็นสำคัญ 3 ประเด็น ดังนี้ ประชาชนเชื่อมั่น ตัวชี้วัดคือประชาชนดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยยาสมุนไพรจากร้อยละ 1.12 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4 บริการเป็นเลิศ ตัวชี้วัดคือประชาชนเลือกใช้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.74 เป็นร้อยละ 9 และภูมิปัญญาสร้างคุณค่า ตัวชี้วัดคือลำดับของมูลค่าการบริโภคสมุนไพรในประเทศจาก 56,994.4 ล้านบาทเพิ่มขึ้นเป็น 90,000 ล้านบาท และ top 3 of Asia จากลำดับที่ 4 รองจากจีน ญี่ปุ่นและเกาหลี และผลการดำเนินตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565-2567 พบว่า ตัวชี้วัดร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ที่ร้อยละ 40.30, 37.73

และ 18.20 ตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2568 ตัวชี้วัดร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตั้งแต่ร้อยละ 35.00 ขึ้นไป⁵ นอกจากนี้จากการรายงานของศูนย์การแพทย์ทางเลือกพบว่า มีรายงานข้อมูลสถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกที่ใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่ศูนย์การแพทย์ทางเลือก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 ถึง 2566 มีอัตราการใช้บริการ 3,142, 2,348, 2,126 และ 2,892 ครั้ง ตามลำดับ⁶

เขตสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข มีการจัดตั้งศูนย์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นหนึ่งในกลไกการขับเคลื่อนนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการนำภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมาสร้างคุณค่าและมูลค่าต่อผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ช่วยสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันและสนับสนุนการแพทย์ครบวงจร รวมทั้งช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพปลอดภัย ได้มาตรฐาน ลดความแออัดในโรงพยาบาล และสร้างรายได้ให้กับเกษตรกรผู้ปลูกสมุนไพร ซึ่งผลการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สถิติย้อนหลังตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565-2567 มีผลการดำเนินงานอยู่ที่ร้อยละ 16.57 34.78 และ 35.34 ตามลำดับ⁷

จากสถานการณ์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิดังกล่าวข้างต้นและจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีหลายปัจจัยที่สามารถเพิ่มการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น การเข้าถึงบริการ การรับรู้คุณภาพบริการ การรับรู้ระบบบริการ และการสนับสนุนการเข้าถึงบริการ เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการ

ตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชน เขตสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้วางแผนนโยบายและสร้างแผนงานกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของประชาชนที่มารับบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุกระดับต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

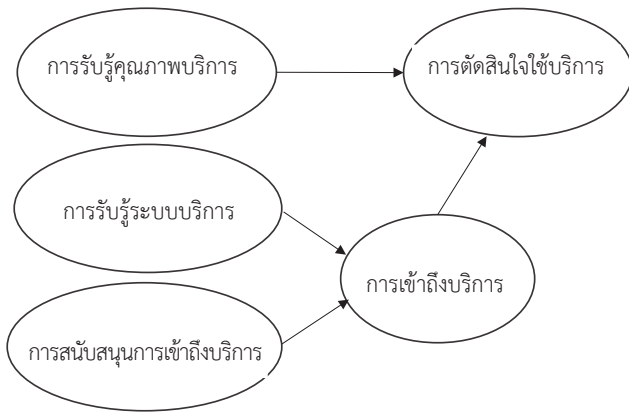
1. เพื่อศึกษาระดับการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของประชาชน
2. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์
3. เพื่อศึกษาเส้นทางอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชน
4. เพื่อหาแนวทางการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิของประชาชน

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed method research) แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้วิธีวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation modeling; SEM) งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น (เลขที่ WTU 2568-0064) เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดโมเดลการวิจัย



ประชากร กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ ประชาชนอายุ 20 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมาใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ของ Hair⁸ ซึ่งใช้หลักการพิจารณาจำนวนพารามิเตอร์อิสระที่ต้องประมาณค่า มีกฎการคำนวณด้วยอัตราส่วนระหว่างหน่วยตัวอย่างต่อจำนวนตัวแปรสังเกตได้อยู่ระหว่าง 10-20 ต่อ 1 ผู้วิจัยใช้ค่ากลางของการประมาณค่าเป็น 15 ต่อ 1 โดยโมเดลที่พัฒนาขึ้นมีตัวแปรสังเกตได้จำนวน 23 ตัวแปร ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างคือ $23 \times 15 = 345$ คน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยเก็บเพิ่มอีก 55 คน จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากรายชื่อจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 5 มา 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเพชรบุรี สมุทรสาคร นครปฐมและราชบุรี สุ่มอย่างง่ายจับสลากรายชื่อพื้นที่วิจัยระดับอำเภอในแต่ละจังหวัด ๆ ละ 1 อำเภอ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 100 คน แล้วจับสลากรายชื่อหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่วิจัยอำเภอละ 4 แห่ง จากนั้นเก็บแบบสอบถามจากประชาชนที่ใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการดังกล่าวจนครบจำนวน 400 คน ตามต้องการ

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และตัวแทน

ประชาชนผู้ใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการที่เป็นพื้นที่วิจัย แห่งละ 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 48 คน วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงแบบตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาเป็นหลัก (purposive selection) เพื่อให้ได้กลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติภายใต้กรอบของการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม (questionnaire) แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ส่วนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และการศึกษาสูงสุด ส่วนที่ 2 สอบถามการรับรู้ระบบบริการ ส่วนที่ 3 สอบถามการสนับสนุนการเข้าถึงบริการ ส่วนที่ 4 สอบถามการรับรู้คุณภาพบริการ ส่วนที่ 5 สอบถามการเข้าถึงบริการ และส่วนที่ 6 สอบถามการตัดสินใจใช้บริการ โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 ถึง 6 มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่าตามแบบของลิเคิร์ท (Likert's scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67) และระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคุณภาพใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured Selection Interview) สัมภาษณ์เกี่ยวกับแนวทางการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิของประชาชน จำนวน 1 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (frequency distribution) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation model; SEM) เกณฑ์ดัชนีความสอดคล้องกลมกลืน (goodness of fit measures)⁹ ดังนี้

ดัชนีความกลมกลืน	เกณฑ์
ค่าไคสแควร์ต่อองศาแห่งอิสระ (Chi-square/df)	≤ 2.00
ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ (comparative fit index; CFI)	≥ 0.95
ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (goodness of fit index; GFI)	≥ 0.95
ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (adjusted goodness of fit index; AGFI)	≥ 0.95
ความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (root mean squared error of approximation; RMSEA)	< 0.05
รากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือมาตรฐาน (standardized root mean squared residual; SRMR)	< 0.05

ผลการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคล

ประชาชนที่ใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.25 เพศชาย ร้อยละ 30.75 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 49.25 รองลงมาคืออายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 29.25 และอายุระหว่าง 60-79 ปี ร้อยละ 21.50 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 79 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 48.32 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.81 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 55.75 รองลงมาคือมีสถานภาพโสด ร้อยละ 35.50 และหย่าหรือแยกทาง ร้อยละ 8.75 ตามลำดับ การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 74.25 ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 25.75 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 41.00 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ 28.25 อาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 15.75 และอาชีพพนักงานสถานประกอบการ ร้อยละ 15.00 ตามลำดับ

การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของประชาชน

จากตารางที่ 1 พบว่า การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของประชาชนภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.48 SD = 0.56) เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบการตัดสินใจพบส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ได้แก่ ความรู้สึกภายหลังการใช้บริการ ($\bar{x}$ = 3.41 SD = 0.55) การตัดสินใจใช้บริการ ($\bar{x}$ = 3.45 SD = 0.81) การค้นหาข้อมูล ($\bar{x}$ = 3.20 SD = 0.60) ส่วนการรับรู้ปัญหา

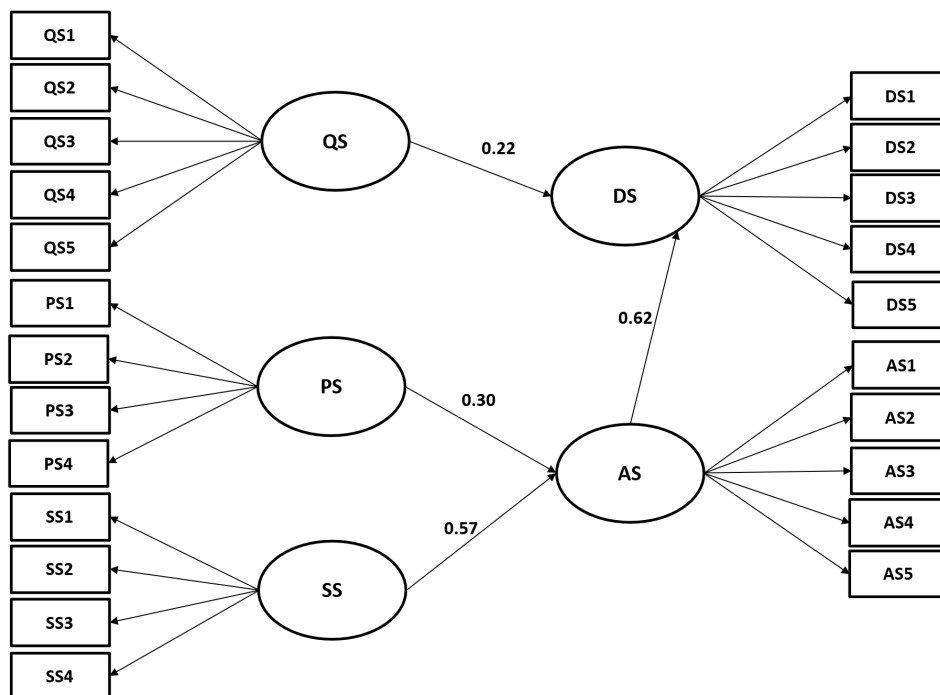
ตารางที่ 1. ระดับการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของประชาชน ภาพรวมและจำแนกเป็นรายองค์ประกอบการตัดสินใจ (n = 400)

องค์ประกอบการตัดสินใจ	ระดับการตัดสินใจ		
	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ความรู้สึกละหลังการใช้บริการ	3.41	0.55	ปานกลาง
การตัดสินใจใช้บริการ	3.45	0.81	ปานกลาง
การค้นหาข้อมูล	3.20	0.60	ปานกลาง
การรับรู้ปัญหา	3.86	0.60	มาก
การประเมินทางเลือก	4.11	0.67	มาก
การตัดสินใจภาพรวม	3.48	0.56	ปานกลาง

การประเมินทางเลือกอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.86 และ 4.11 SD = 0.60 และ 0.67 ตามลำดับ)

โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์

จากรูปที่ 1 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากสถิติที่ใช้ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้แก่ Chi-square = 232.56 df = 166 Chi-square/df = 1.40 มีค่าน้อยกว่า 2 ดัชนี CFI = 1.00 มีค่ามากกว่า 0.95 ดัชนี GFI = 0.95 มีค่าเท่ากับ 0.95 ดัชนี AGFI = 0.97 มีค่ามากกว่า 0.95 ดัชนี RMSEA = 0.03 มีค่าน้อยกว่า 0.05 และดัชนี SRMR = 0.04 มีค่าน้อยกว่า 0.05 สถิติที่สำคัญทุกดัชนีผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ สรุปได้ว่า โมเดลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์



รูปที่ 1. โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชน

ตารางที่ 2. เส้นทางอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของประชาชน

ตัวแปร	การเข้าถึงบริการ (AS)		การตัดสินใจใช้บริการ (DS)	
	อิทธิพลทางตรง	อิทธิพลทางอ้อม	อิทธิพลทางอ้อม	อิทธิพลรวม
การรับรู้คุณภาพบริการ (QS)	-	0.22 ^{***}	-	0.22 ^{**}
การเข้าถึงบริการ (AS)	-	0.62 ^{**}	-	0.62 ^{**}
การรับรู้ระบบบริการ (PS)	0.30 ^{***}	-	0.19 ^{**}	0.19 ^{**}
การสนับสนุนการเข้าถึงบริการ (SS)	0.57 ^{***}	-	0.35 ^{***}	0.35 ^{***}

^{**}p-value < 0.01, ^{***}p-value < 0.001, R Square การเข้าถึงบริการ (AS) = 0.66, R Square การตัดสินใจ (DS) = 0.60

เส้นทางอิทธิพลของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของประชาชน

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้คุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการมีอิทธิพลทางตรงต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.22 และ 0.62 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ระบบบริการและการสนับสนุนการเข้าถึงบริการ มีอิทธิพลทางตรงต่อการเข้าถึงบริการ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.30 และ 0.57 ตามลำดับ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อ

การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกผ่านการเข้าถึงบริการ มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.19 และ 0.35 ตามลำดับ การรับรู้ระบบบริการและการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ได้ร้อยละ 66 ($R^2 = 0.66$) และการรับรู้คุณภาพบริการ การรับรู้ระบบบริการ การสนับสนุนการเข้าถึงบริการและการเข้าถึงบริการสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของ

ประชาชนได้ร้อยละ ได้ร้อยละ 60 ($R^2 = 0.60$)

วิจารณ์

จากผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนเขตสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข วิจารณ์ได้ดังนี้

1. การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของประชาชนภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกเป็นรายองค์ประกอบการตัดสินใจเรียงจากมากไปหาน้อย คือ การประเมินทางเลือก การรับรู้ปัญหา การตัดสินใจใช้บริการ ความรู้สึกภายหลังการใช้บริการ และการค้นหาข้อมูล อภิปรายได้ว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในระดับปานกลางถึงมาก และการประเมินทางเลือกเป็นองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของวารุณี มะรุมดี และคณะ¹⁰ พบว่า การตัดสินใจของประชาชนในการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก

2. โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ อภิปรายได้ว่า องค์ประกอบของโมเดลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีตัวแปรเป็นไปตามแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้คุณภาพบริการ การรับรู้ระบบบริการ การสนับสนุนการเข้าถึงบริการ การเข้าถึงบริการมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ นั่นคือ ประชาชนจะตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมากขึ้นจากการมีการรับรู้คุณภาพบริการที่ดี มีการรับรู้ระบบบริการ มีการสนับสนุนการเข้าถึงบริการ และการสามารถเข้าถึงบริการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของชวัญชนก เทพปิ่น และคณะ¹¹ พบว่า การรับรู้คุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี Tangkiatkumjai et

al.¹² พบว่า การสนับสนุนของเครือข่ายทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงและตัดสินใจใช้บริการการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์เสริมทั่วโลก และรุ่งนภา ฐปัทม¹³ พบว่า ปัจจัยสนับสนุนเกี่ยวกับการใช้บริการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชน เช่นกัน

3. การรับรู้คุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการมีอิทธิพลทางตรงต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก อภิปรายได้ว่า เมื่อประชาชนรับรู้ถึงคุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ประชาชนก็จะตัดสินใจใช้บริการเพิ่มขึ้นได้ การรับรู้ระบบบริการและการสนับสนุนการเข้าถึงบริการมีอิทธิพลทางตรงต่อการเข้าถึงบริการและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก อภิปรายได้ว่า เมื่อประชาชนมีการรับรู้ระบบบริการและการสนับสนุนการเข้าถึงบริการแล้วจะมีผลโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการและส่งผลต่อเนื่องถึงการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกด้วย สอดคล้องกับรายงานการวิจัยที่พบว่า การรับรู้ระบบบริการมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการ และการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้บริการด้วยเช่นกัน¹⁴⁻¹⁶

สรุป

การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของประชาชนภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกรายองค์ประกอบการตัดสินใจเรียงจากมากไปหาน้อย คือ การประเมินทางเลือก การรับรู้ปัญหา การตัดสินใจใช้บริการ ความรู้สึกภายหลังการใช้บริการ และการค้นหาข้อมูล โมเดลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ การรับรู้คุณภาพบริการและการเข้าถึงบริการมีอิทธิพลทางตรงต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก การรับรู้ระบบบริการและการสนับสนุนการเข้าถึงบริการ มีอิทธิพลทางตรงต่อการเข้าถึงบริการและมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก การรับรู้ระบบบริการ

และการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ได้ร้อยละ 66.00 และการรับรู้คุณภาพบริการ การรับรู้ระบบบริการ การสนับสนุนการเข้าถึงบริการและการเข้าถึงบริการสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชน ได้ร้อยละ 60.00 แนวทางการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิของประชาชน ควรมีการจัดสรรบุคลากรแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการปริมาณเพียงพอต่อความต้องการ และควรจัดให้มีบริการเชิงรุกให้บริการนอกสถานที่เพื่อเพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงบริการของประชาชนทุกกลุ่มวัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับนโยบายส่งเสริมการใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรบูรณาการด้านการรับรู้คุณภาพบริการ การรับรู้ระบบบริการ การสนับสนุนการเข้าถึงบริการ และการเข้าถึงบริการ เข้าสู่แผนยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการเพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงบริการและการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชน
2. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควรจัดทำแผนกลยุทธ์หรือกลวิธีในการเพิ่มอัตราการใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกโดยการมุ่งเน้นให้ประชาชนมีการรับรู้คุณภาพบริการ การรับรู้ระบบบริการ การสนับสนุนการเข้าถึงบริการและการเข้าถึงบริการ เพื่อให้การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนเพิ่มขึ้น
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้นให้ครอบคลุมหน่วยบริการและจัดสรรงบประมาณเพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสามารถให้บริการเชิงรุกได้เพิ่มขึ้น อันจะส่งผลให้การเข้าถึงบริการและการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนเพิ่มขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาแนวคิดทฤษฎีอื่นเพิ่มเติมที่คาดว่าจะ เป็นสาเหตุของการตัดสินใจใช้บริการ เพื่อได้องค์ประกอบที่แตกต่างในการเลือกใช้บริการและส่งเสริมการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนต่อไป
2. ควรนำผลการวิจัยไปสร้างรูปแบบหรือพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชน โดยมีองค์ประกอบการรับรู้คุณภาพบริการ การรับรู้ระบบบริการ การสนับสนุนการเข้าถึงบริการ การเข้าถึงบริการและการตัดสินใจใช้บริการ เพื่อประเมินผลเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้โมเดลในด้านการตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประชาชนต่อไป

Highlights

1. การตัดสินใจใช้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง
2. โมเดลที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์และสามารถอธิบายการตัดสินใจได้ร้อยละ 60.00
3. การรับรู้คุณภาพ การรับรู้ระบบ การสนับสนุนการเข้าถึงและการเข้าถึงบริการมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการ
4. ควรจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอและจัดบริการเชิงรุกนอกสถานที่เพื่อเพิ่มการเข้าถึงทุกกลุ่มวัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก 2554-2556. นนทบุรี: กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย. 2556.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด. 2564.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.ศ. 2559-2579). กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2561.
4. Kotler P. Kelle LK. Marketing management. 12th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 2006.

5. กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปรับปรุงครั้งที่ 1 ปีงบประมาณ 2568. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2568.
6. กองการแพทย์ทางเลือก. รายงานสถิติการให้บริการ ปีงบประมาณ 2563-2566. นนทบุรี: ศูนย์การแพทย์ทางเลือก กองการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. 2566.
7. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://healthkpi.moph.go.th/>
8. Hair JF Jr, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 8th ed. Andover (UK): Cengage Learning EMEA; 2019.
9. สุกมาศ อังสุโชติ. สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์: เทคนิคการใช้โปรแกรม LISREL. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เจริญมั่นคงการพิมพ์. 2554.
10. วารุณี มะรุมดี, จีราพัชร พลอยนิลเพชร, กัลยา ดันสกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจของประชาชนในการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;3:40-54.
11. ขวัญชนก เทพปิ่น นวรัตน์ สุวรรณผ่อง นพพร ไหวธีระกุล มธุรส ทิพยมงคลกุล. การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดราชบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2560;28:80-92.
12. Tangkiatkumjai M, Boardman H, Walker D-M. Potential factors that influence usage of complementary and alternative medicine worldwide: a systematic review. BMC Complement Med Ther. 2020;20:336. PubMed PMID: 33228697
13. รุ่งนภา รูปหอม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการแพทย์แผนไทยของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. [การศึกษาค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. 2562.
14. วารุณี มะรุมดี, จีราพัชร พลอยนิลเพชร, กัลยา ดันสกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจของประชาชนในการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: กรณีศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;3:40-54.
15. Suhail P, Srinivasulu Y. Perception of service quality, satisfaction, and behavioral intentions in Ayurveda healthcare. J Ayurveda Integr Med. 2021;12:93-101.
16. Ng TKC, Lo MF, Fong BYF, Yee HHL. Predictors of the intention to use traditional Chinese medicine (TCM) using extended theory of planned behavior: a cross-sectional study among TCM users in Hong Kong. BMC Complement Med Ther. 2022;22:113. PubMed PMID: 35459198

นิพนธ์ต้นฉบับ

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
สายพันธุ์ใหม่ 2019 : การศึกษาแบบตัดขวาง

นันทวัฒน์ เลิศเจริญวงศ์, พ.บ., อริศรา ศิริวิริยะกุล, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

อริศรา ศิริวิริยะกุล, พ.บ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
681 ถ.สามเสน แขวง
วชิรพยาบาล เขตดุสิต
กรุงเทพมหานคร 10300,
ประเทศไทย
Email: Arissara.s@nmu.ac.th

Received: August 22, 2024;

Revised: August 30, 2024;

Accepted: September 2, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ทั้งช่วงก่อนและระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หลังการประกาศสิ้นสุดของการระบาด ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลงหรือไม่ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเขตเมือง หลังสิ้นสุดการแพร่ระบาดของโรค

รูปแบบการวิจัย: Cross-sectional study

วัสดุและวิธีการ: ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 275 คน ประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย 30 ข้อ (TGDS-30) นำมาวิเคราะห์หาความชุกภาวะซึมเศร้า และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา: พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายुर้อยละ 13.1 โดยพบปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ สถานภาพแต่งงาน ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา การว่างงาน ความไม่เพียงพอรายได้ร่วมกับมีหนี้สิน การไม่มีผู้ดูแลและการมีโรคร่วม

สรุป: หลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อฯ ปัญหาภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในเขตเมืองมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังพบแนวโน้มความชุกมากขึ้นกว่าห้าปีก่อนการแพร่ระบาดถึง 1.79 เท่า หากสามารถลดหรือขจัดปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาจช่วยลดปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลง

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า หลังการแพร่ระบาดโรค เขตเมือง ผู้สูงอายุ

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Associated Factors of Post COVID-19 Pandemic Depression Among Urban Older Adults: A Cross-Sectional Study

Nantawat Lertcharoenyong, M.D., Arissara Siriwiriyaikul, M.D.

Department of Urban Medicine Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Arissara Siriwiriyaikul, M.D.,
Department of Urban
Medicine Faculty of Medicine
Vajira Hospital, Navamindra-
dhiraj University, 681 Samsen
Road, Wachiraphayaban
Subdistrict, Dusit District,
Bangkok 10300, Thailand
Email: Arissara.s@nmu.ac.th

Received: August 22, 2024;

Revised: August 30, 2024;

Accepted: September 2, 2024

ABSTRACT

Background: During global pandemic of COVID-19, depression among older people measures a significant mental health concern. It is important to evaluate whether this issue will subside after pandemic.

Objectives: To examine prevalence of depression after pandemic and associated factors of depression among older adults.

Design: Cross-sectional study

Methods: A total of 275 older adults aged 60 years and over were evaluated with questionnaires consisting demographic data and Thai Geriatric Depression Scale-30 (TGDS-30). All data were analyzed to perform prevalence of depression including using univariate logistic regression into multiple logistic regression analysis to identify significant associated factors of depression in older people.

Results: The overall percentage of depression was 13.1%. Factors associated with depression in older adults are married status, below 12 grade of education, unemployment, insufficient income and having debt, lack of caregiver and number of co-morbidities.

Conclusions: The prevalence of depression among Thai urban older adults initially declined after the pandemic. However, a concerning trend has emerged with rates increasing by 1.79 times compared to the previous five years. Reduction of factors associated with depression in the elderly may help decline depression problem in the elderly.

Keyword: depression, after pandemic, urban, older people

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพทางจิตที่สำคัญทั่วโลก จากการศึกษาความชุกในประเทศแคนาดาพบร้อยละ 10.00-15.00 ส่วนในประเทศอังกฤษกับสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 14.70-20.00¹ สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจเกิดจากปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น โรคหัวใจ โรคเมเร็ง หรือโรคเบาหวาน ความเจ็บปวดทรมานเรื้อรังที่ต้องเผชิญ รวมถึงจากปัญหาทางสังคม เช่น ขาดปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวหรือประสบการณ์สูญเสียคนรัก¹

ภาวะซึมเศร้าหรือความซึมเศร้า (depression) คือการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง อาการหลักคือผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อหน่ายหรือเศร้า หรือทั้งสองอย่าง โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการกิน การนอน เรี่ยวแรง สมาธิ รวมถึงความรู้สึกที่มีต่อตัวเองร่วมด้วย โดยถ้าเป็นอาการเหล่านี้ไม่มากนักจะเข้าข่าย “ภาวะซึมเศร้า” แต่หากมีอาการมากและกินระยะเวลานานก็อาจพัฒนากลายเป็น “โรคซึมเศร้า”² ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนกำหนด ทั้งทำให้การดูแลรักษาโรคอื่นๆของผู้ป่วยยากลำบากมากขึ้น เช่น การไม่ดูแลตนเองทำให้โรคทางกายอาการแย่ลง ผลกระทบต่อคนในครอบครัวหรือผู้ดูแลให้แย่ง หรือกระทั่งการเพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอีกด้วย¹ โดยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักสังเกตได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยไม่แสดงอาการในรูปแบบความเศร้าเป็นหลักและผู้ป่วยอาจไม่ประสงค์ปรึกษาความรู้สึกดังกล่าวกับผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ลำบากต่อการวินิจฉัยและรักษาโรค ประเทศไทยจึงได้มีการนำเครื่องมือ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) มาใช้คัดกรองค้นหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งในปี พ.ศ. 2545 พบความชุกสำหรับผู้สูงอายุเขตเมืองเป็นร้อยละ 12.78³ และในปี พ.ศ. 2561 พบร้อยละ 7.30⁴ ต่อมาในปี พ.ศ. 2564 ในช่วงที่มีเหตุการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.50⁵ โดยพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตในช่วงการแพร่ระบาดคือ เพศหญิง ช่วงอายุน้อยหรือช่วงอายุมาก ปัญหาสุขภาพจิตที่มีอยู่เดิม ปัญหาความไม่เพียงพอของรายได้ ปัญหา

ทางสังคมจากความสัมพันธ์ตึงเครียดและความโดดเดี่ยว⁶ หลังจากองค์การอนามัยโลกประกาศสิ้นสุดของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 มีการศึกษาผลกระทบต่าง ๆ ของการแพร่ระบาด⁷ สำหรับการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2565 ประเทศแอฟริกาใต้ พบปัญหาซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 26.2⁸ การศึกษานี้จึงต้องการหา ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หลังการประกาศสิ้นสุดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อศึกษาผลกระทบหลังเกิดเหตุการณ์ และใช้ข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก หาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมือง หลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

วัตถุประสงค์รอง หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตเมือง

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หมายเลขจริยธรรมวิจัย COA 189/66 เป็นการศึกษา cross-sectional study, screening study และ analytical study ในผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มาเข้ารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว และหน่วยปฐมภูมิเขตเมือง วชิรพยาบาล ตั้งแต่ มกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าขนาดตัวอย่างจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง estimating an infinite population proportion ของ Wayne WD. ในหนังสือ Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences 6th Edition โดยกำหนดค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 20.50⁵ ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 275 คน

วิธีการดำเนินการวิจัย ประสานขอดำเนินการวิจัยกับแผนกผู้ป่วยนอกภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง และห้อง

ตรวจผู้ป่วยนอกปฐมภูมิเขตเมือง วชิรพยาบาล หลังจากนั้นเชิญชวนอาสาสมัครที่รอรับการตรวจที่คลินิก โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ซึ่งแจ้งข้อมูลให้แก่อาสาสมัครและขอคำยินยอมแก่อาสาสมัครที่ต้องการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ไม่ครบทุกช่วงของงานวิจัย โดยอาสาสมัครจะกรอกหรือตอบข้อมูลจากเอกสารด้วยความคิดและความรู้สึกของตนเอง ไม่มีผู้อื่นอยู่ด้วยขณะอาสาสมัครตอบแบบสอบถาม (เช่น ญาติ หรือผู้ดูแล) นอกจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยบันทึกข้อมูลในกรณีอาสาสมัครอ่านหรือเขียนไม่ได้ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวไม่มีชื่อ หมายเลขผู้ป่วยนอกหรือสิ่งระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมโครงการ โดยแบบสอบถามมีทั้งสิ้น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐาน จำนวน 9 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้กับภาระหนี้สิน การอยู่อาศัย ผู้ดูแล โรคประจำตัว 2) แบบคัดกรองวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS-30) ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีคะแนนรวม 0-30 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ดังต่อไปนี้⁹ คะแนน 0-12 คะแนน เป็นค่าปกติของผู้สูงอายุ ผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 13-18 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 19-24 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และคะแนน 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยหลังจากประเมิน TGDS แล้วผู้ป่วยมีผลการประเมินเป็นบวกคือพบมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป (คะแนน 13 ขึ้นไป) จะได้รับการดูแลต่อด้วยการประเมินแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 และ 9 คำถาม ซึ่งหากเข้าเกณฑ์จะส่งต่อเพื่อการรักษาตามหลักวิชาชีพแพทย์ต่อไป¹⁰

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 28 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัคร ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบใช้ fisher's exact test ตามความเหมาะสมของข้อมูล และสถิติเชิงอนุมาน (analytical statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (binary logistic regression analysis)

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 275 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.00) มีอายุเฉลี่ย 68.57 ± 6.76 ปี มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 48.40) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 28.40) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 38.20) มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 79.20) พักอาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 86.9) มีผู้ดูแลเป็นคู่ครองหรือบุตร (ร้อยละ 67.30) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 95.30) โดยส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 69.50 และมีโรคไข้มันในเลือดสูงเป็นโรคประจำตัว ร้อยละ 74.2 ทั้งนี้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระดับการศึกษา การมีอาชีพ ความเพียงพอของรายได้กับการมีหนี้สิน การมีผู้ดูแล และจำนวนโรคประจำตัว (ตารางที่ 2)

ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมือง หลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

อาสาสมัครที่ได้คะแนนจากแบบประเมินวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 30 ข้อ (TGDS-30) มากกว่าเท่ากับ 13 คะแนน ซึ่งแปลผลว่ามีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป มีจำนวนทั้งสิ้น 36 คนจากอาสาสมัครทั้งหมด 275 คน คิดเป็นความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมืองหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นร้อยละ 13.10

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตเมือง

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้ logistic regression analysis หาค่า p-values จาก fisher's exact test และวิเคราะห์จาก multiple regression analysis พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีดังนี้

1. ปัจจัยสถานภาพการสมรส เมื่อให้สถานภาพโสดเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่าสถานภาพคู่แต่งงาน หย่าร้างแยกกันอยู่ หรือเป็นหม้าย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับกลุ่มอ้างอิง แต่เมื่อคำนวณหาค่า adjusted

ตารางที่ 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	88 (32.0)
หญิง	187 (68.0)
อายุ (ปี)	
< 70	174 (63.3)
≥ 70	101 (36.7)
ค่าเฉลี่ยอายุ 68.57 ± 6.76 ปี, อายุต่ำสุด 60 ปี, อายุสูงสุด 90 ปี	
สถานภาพสมรส	
โสด	45 (16.4)
แต่งงาน	133 (48.4)
หย่า/แยกกันอยู่	24 (8.7)
หม้าย	73 (26.5)
ระดับการศึกษา	
ไม่จบ	53 (19.3)
ประถมศึกษา	78 (28.4)
มัธยมศึกษา	35 (12.7)
ใบประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	36 (13.1)
ปริญญาตรี	58 (21.1)
สูงกว่าปริญญาตรี	15 (5.4)
สถานะอาชีพในปัจจุบัน	
ประกอบอาชีพอยู่	91 (33.1)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	105 (38.2)
เกษียณอายุ	79 (28.7)
สถานภาพการเงินและหนี้สิน	
เพียงพอและมีเหลือเงินเก็บ	109 (39.6)
เพียงพอและไม่มีเหลือเก็บ	109 (39.6)
ไม่เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	37 (13.5)
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	20 (7.3)
สถานะการอยู่อาศัย	
อาศัยคนเดียว	28 (10.2)
อาศัยอยู่กับครอบครัว	239 (86.9)
อาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ครอบครัว	8 (2.9)
ผู้ดูแล	
คู่สมรสหรือลูก ๆ	185 (67.3)
ญาติพี่น้อง	35 (12.7)
จ้างผู้ดูแล	1 (0.4)
ไม่มีผู้ดูแล	54 (19.6)
โรคและความเจ็บป่วย	
ไม่มี	13 (4.7)
มี	262 (95.3)
โรคเบาหวาน	78 (28.4)
โรคความดันโลหิตสูง	188 (68.3)
โรคไขมันในเลือดสูง	204 (74.2)

ตารางที่ 1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
โรคเกี่ยวกับหัวใจ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	11 (4.0)
โรคเกี่ยวกับไต เช่น โรคไตวายเรื้อรัง	16 (5.8)
ประวัติโรคเมะเร็ง	9 (3.3)
โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ข้อเสื่อม กระดูกสันหลังเสื่อม หรือหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน	16 (5.8)
โรคระบบประสาท เช่น สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน	5 (1.8)
โรคระบบต่อมไร้ท่ออื่น ๆ เช่น โรคเอสแอลอี โรครูมาตอยด์ โรคไทรอยด์	6 (2.2)
โรคเกี่ยวกับดวงตา เช่น ต้อหิน ต้อกระจก	5 (1.8)
โรคต่อมลูกหมากโต	8 (2.9)
โรคภูมิแพ้ทางอากาศ	8 (2.9)
โรคซึมเศร้า	1 (0.4)
โรคเฉพาะทางอื่น ๆ	11 (4.0)
โรคและความเจ็บป่วย ≥ 2 กลุ่ม	191 (69.5)
อาการโรค	
โรคและความเจ็บป่วย ≥ 3 กลุ่ม	96 (34.9)
อาการโรค	
คะแนนแบบสอบถาม Thai Geriatric Depression Scale - 30 (TGDS-30)	
ปกติ (คะแนน 0-12)	239 (86.9)
ภาวะซึมเศร้าขั้นเล็กน้อย (คะแนน 13-18)	23 (8.4)
ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง (คะแนน 19-24)	11 (4.0)
ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง (คะแนน 25-30)	2 (0.7)

odd ratio พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของสถานภาพแต่งงานมากกว่ากลุ่มอ้างอิง 6.53 เท่า (95%CI: 1.19-35.94, p = 0.031)

2. ปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา 3.08 เท่า (95%CI: 1.30-7.32, p = 0.011) แต่เมื่อคำนวณหาค่า adjusted odd ratio

ตารางที่ 2. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		P-value
	มี 36 คน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี 239 คน จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	9 (10.2)	79 (89.8)	0.334
หญิง	27 (14.4)	160 (85.6)	
อายุ (ปี)			
< 70	18 (10.3)	156 (89.7)	0.076
≥ 70	18 (17.8)	83 (82.2)	
สถานภาพสมรส			
โสด	3 (6.7)	42 (93.3)	0.290
แต่งงาน	16 (12.0)	117 (88.0)	
หย่า/แยกกันอยู่	5 (20.8)	19 (79.2)	
หม้าย	12 (16.4)	61 (83.6)	
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา	29 (17.5)	137 (82.5)	0.008*
ใบประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) หรือ จบระดับปริญญา	7 (6.4)	102 (93.6)	
สถานะอาชีพในปัจจุบัน			
ประกอบอาชีพอยู่	8 (8.8)	83 (91.2)	0.010*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	22 (21.0)	83 (79.0)	
เกษียณอายุ	6 (7.6)	73 (92.4)	
สถานภาพการเงินและหนี้สิน			
เพียงพอ	17 (7.8)	201 (92.2)	<0.001*
ไม่เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	12 (32.4)	25 (67.6)	
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	7 (35.0)	13 (65.9)	
สถานะการอยู่อาศัย			
อาศัยคนเดียว	4 (14.3)	24 (85.7)	0.579
อาศัยอยู่กับครอบครัว	30 (12.6)	209 (87.4)	
อาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ครอบครัว	2 (25.0)	6 (75.0)	
ผู้ดูแล			
คู่สมรสหรือลูก ๆ	17 (9.2)	168 (90.8)	0.002*
ผู้ดูแลคนอื่น ๆ	4 (11.1)	32 (88.9)	
ไม่มีผู้ดูแล	15 (27.8)	39 (72.2)	
โรคและความเจ็บป่วย			
ไม่มี	0 (0.0)	13 (100.0)	0.152
มี	36 (13.7)	226 (86.3)	
โรคเบาหวาน	15 (19.2)	63 (80.8)	0.058
โรคความดันโลหิตสูง	28 (14.9)	160 (85.1)	0.193
โรคไขมันในเลือดสูง	28 (13.7)	176 (86.3)	0.597
โรคเกี่ยวกับหัวใจ	3 (27.3)	8 (72.7)	0.155
โรคเกี่ยวกับไต	3 (18.8)	13 (81.3)	0.489
ประวัติโรคเมะเร็ง	3 (33.3)	6 (66.7)	0.067
โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	3 (18.8)	13 (81.3)	0.489
จำนวนโรคและความเจ็บป่วย			
≥ 2 โรคและความเจ็บป่วย	30 (15.7)	161 (84.3)	0.052
≥ 3 โรคและความเจ็บป่วย	21 (21.9)	75 (78.1)	0.002*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ที่ $p = 0.098$

3. ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพ กำหนดให้ผู้ยังประกอบอาชีพอยู่ในปัจจุบันเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอ้างอิง 2.75 เท่า (95%CI: 1.16-6.53, $p = 0.022$) เมื่อคำนวณค่า adjusted odd ratio พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอ้างอิง 3.09 เท่า (95%CI: 1.04-9.18, $p = 0.043$) โดยกลุ่มเกษียณในผู้สูงอายุไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ที่ค่า $p = 0.132$

4. ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ เมื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่รายได้ไม่เพียงพอ ทั้งมีหรือไม่มีปัญหาหนี้สินต่างสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อคำนวณค่า adjusted odd ratio พบกลุ่มผู้สูงอายุที่รายได้ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สินสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า 3.38 เท่า (95%CI: 1.20-9.56, $p = 0.022$) ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่รายได้ไม่เพียงพอร่วมกับมีหนี้สินสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า 6.25 เท่า (95%CI: 1.81-21.62, $p = 0.004$)

5. ปัจจัยด้านผู้ดูแล เมื่อจัดข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นคนในครอบครัวเป็นบุตรหรือคู่สมรสให้เป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอ้างอิง 3.80 เท่า (95%CI: 1.75-8.27, $p < 0.001$) เมื่อหาค่า adjusted odd ratio ยังคงพบความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลกับภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอ้างอิง 6.79 เท่า (95%CI: 2.09-22.07, $p = 0.001$)

6. ปัจจัยด้านจำนวนโรคและอาการเจ็บป่วย เมื่อประเมินโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง กลุ่มโรคหัวใจ กลุ่มโรคไต ประวัติการเป็นโรคมะเร็ง หรือโรคเกี่ยวกับระบบกระดูกเอ็นและกล้ามเนื้อ เป็นต้น ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่เมื่อใช้จำนวนโรคและอาการเจ็บป่วย กลับพบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยแต่ละ 1 อาการหรือโรคที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากขึ้น 1.80 เท่า (95%CI: 1.28-2.53, $p < 0.001$) เมื่อคำนวณค่า adjusted odd ratio ยังคงพบความสัมพันธ์กับภาวะ

ซึมเศร้า 1.63 เท่า (95%CI: 1.10-2.43, $p = 0.015$) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

ภาวะซึมเศร้าหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในปี พ.ศ. 2567 พบความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุร้อยละ 13.10 ซึ่งลดลงจากภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2564 อันเป็นช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่พบร้อยละ 20.50⁴ สอดคล้องกับการศึกษาช่วงการระบาดและหลังการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของประเทศเกาหลี ซึ่งประเมินจากผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวช พบผู้ป่วยอาการกลุ่มโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการแพร่ระบาด ที่ค่า p -value ต่ำกว่า 0.0001¹¹ แต่ในขณะที่การศึกษาของประเทศจีนกลับพบปัญหาของภาวะซึมเศร้าของประชาชนเพิ่มขึ้น หลังช่วงรุนแรงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019¹²

ถึงหลังเหตุการณ์โรคระบาดของประเทศไทยผ่านพ้นไป และการศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2567 มีค่าลดลงที่ร้อยละ 13.10 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาปี พ.ศ. 2561 ซึ่งพบความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 7.30⁴ พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 1.79 เท่า เมื่อเทียบกับอดีต ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มขึ้นความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เมื่อใช้งานวิจัยซึ่งใช้เครื่องมือวัดซึมเศร้าและประเทศเดียวกันมาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเทียบกับอดีต 1.35 เท่า (95%CI: 1.14-1.61)¹³

ด้านปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การศึกษานี้พบปัจจัยซึ่งสามารถแบ่งเป็นสามกลุ่มหลัก ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และปัจจัยทางสังคม โดยอธิบายแนวโน้มได้ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

ปัจจัย	การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว			การวิเคราะห์หลายตัวแปร		
	OR	95%CI	p-value	AOR [*]	95%CI	p-value
เพศ						
ชาย	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
หญิง	1.48	(0.67-3.30)	0.077	1.70	(0.62-4.63)	0.303
อายุ (ปี)						
<70	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
>=70	1.88	(0.93-3.81)	0.080	1.31	(0.56-3.08)	0.534
สถานภาพสมรส						
โสด	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
แต่งงาน	1.92	(0.53-6.90)	0.321	6.53	(1.19-35.94)	0.031 [*]
หย่า/แยกกันอยู่	3.68	(0.80-17.02)	0.095	5.86	(0.87-39.69)	0.070
หม้าย	2.75	(0.73-10.36)	0.134	3.79	(0.76-18.86)	0.103
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา	3.08	(1.30-7.32)	0.011 [*]	2.79	(0.83-9.44)	0.098
ใบประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) หรือ จบระดับปริญญา	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
สถานะอาชีพในปัจจุบัน						
ประกอบอาชีพอยู่	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2.75	(1.16-6.53)	0.022 [*]	3.09	(1.04-9.18)	0.043 [*]
เกษียณอายุ	0.85	(0.28-2.57)	0.777	3.11	(0.71-13.62)	0.132
สถานภาพการเงินและหนี้สิน						
เพียงพอ	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
ไม่เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	4.28	(1.91-9.60)	<0.001 [*]	3.38	(1.20-9.56)	0.022 [*]
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	4.20	(1.55-11.37)	0.005 [*]	6.25	(1.81-21.62)	0.004 [*]
สถานะการอยู่อาศัย						
อาศัยคนเดียว	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
อาศัยอยู่กับครอบครัว	0.86	(0.28-2.65)	0.795	1.26	(0.29-5.52)	0.757
อาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ครอบครัว	2.00	(0.29-13.62)	0.479	1.52	(0.11-21.89)	0.759
ผู้ดูแล						
คู่สมรสหรือลูก ๆ	1.00	ค่าอ้างอิง		1.00	ค่าอ้างอิง	
ผู้ดูแลคนอื่น ๆ	1.24	(0.39-3.91)	0.719	4.01	(0.89-18.01)	0.070
ไม่มีผู้ดูแล	3.80	(1.75-8.27)	<0.001 [*]	6.79	(2.09-22.07)	0.001 [*]
โรคและความเจ็บป่วย						
โรคและความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น 1 โรค	1.80	(1.28-2.53)	<0.001 [*]	1.63	(1.10-2.43)	0.015 [*]

^{*}มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

1. ปัจจัยทางชีวภาพ เกี่ยวกับโรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

การศึกษานี้แม้ไม่พบความสัมพันธ์ของโรคประจำตัวใดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่การศึกษานี้พบว่าจำนวนโรคและอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าผู้สูงอายุเมื่อมีโรคหรืออาการเจ็บป่วย

1 อย่างเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 1.63 เท่า สอดคล้องกับผลการศึกษาประเทศแอฟริกาใต้ช่วงหลังเหตุการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบผู้มีความเจ็บป่วยมากกว่า 3 ภาวะ ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแย่งลงทั้งจากภาวะซึมเศร้าหรือความกังวลที่มากขึ้น 1.39 เท่า (95%CI: 1.384-1.386)⁷ โดยผู้สูง

อายุที่มีจำนวนโรคร่วมมาก ยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลงอีกด้วย¹⁴ ทั้งนี้ด้านปัจจัยชีวภาพยังมีการศึกษาอื่น ซึ่งศึกษาในประเด็นของการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย และปัญหาบกพร่องกิจวัตรประจำวันซับซ้อน (IADL) พบว่าสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน¹⁵

2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เกี่ยวกับการประกอบอาชีพ และความเพียงพอของรายได้กับหนี้สิน

2.1 ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพ การศึกษานี้พบกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากถึง 3.09 เท่า (95% CI 1.04-9.18) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เกษียณและไม่ได้ทำงานเลยประสบปัญหาภาวะซึมเศร้ามากขึ้น¹⁶ ในส่วนบริบทของประเทศไทย ผู้วิจัยสังเกตเห็นปัญหาการไม่ได้ประกอบอาชีพกับเกษียณอายุงานราชการ พบความแตกต่างของสองกลุ่มโดยกลุ่มเกษียณงานแนวโน้มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า ทั้งไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุเกษียณกับภาวะซึมเศร้าด้วยค่า $p = 0.132$ สิ่งนี้ทำให้เห็นว่าการส่งเสริมอาชีพหรือเงินจุนเจือที่เหมาะสมในผู้สูงอายุอาจมีส่วนช่วยปัญหาภาวะซึมเศร้าได้ ยืนยันด้วยการศึกษาในประเทศจีนซึ่งสำรวจกลุ่มจ้างงานในผู้สูงอายุพบผลภาวะซึมเศร่าลดลงได้¹⁷

2.2 ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้กับหนี้สิน การศึกษานี้พบปัญหาเรื่องความไม่เพียงพอของรายได้ในกลุ่มผู้ไม่มีกับมีหนี้สินต่างเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 3.38 และ 6.25 เท่า ตามลำดับ แสดงถึงปัจจัยการมีหนี้สินส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาชาวอิหร่าน อธิบายถึงแต่ละบริบทสังคมในแต่ละประเทศ พบส่วนใหญ่ผู้สูงอายุกลุ่มรายได้น้อย ระดับการศึกษาต่ำ และไม่ได้ประกอบอาชีพ เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมากขึ้น¹⁸

3. ปัจจัยทางสังคม เกี่ยวกับผู้ดูแลและสถานภาพการสมรส

3.1 ปัจจัยด้านผู้ดูแล การศึกษานี้พบความสัมพันธ์กลุ่มผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแลส่งผลต่อภาวะซึมเศร้ามากขึ้นถึง 6.79 เท่า แสดงถึงผู้ดูแลมีส่วนช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ดูแลจากคนในครอบครัว (family caregiver)

ทั้งช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันด้านต่าง ๆ และช่วยสนับสนุนทางด้านอารมณ์ผู้สูงอายุ¹⁸ ดังนั้นการไม่มีผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพราะการไม่มีผู้ดูแลสามารถสื่อถึงความโดดเดี่ยว ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบแปดในสิบงานวิจัยแสดงความสัมพันธ์ของความโดดเดี่ยวต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ค่า p -value ต่ำกว่า 0.05 โดยพบความเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้น 1.39-17.76 เท่า¹⁹

3.2 ปัจจัยด้านสถานภาพการสมรส แม้การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ภายในกลุ่มปัจจัยด้านสถานภาพการสมรส แต่เมื่อวิเคราะห์โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องกัน กลับพบความสัมพันธ์ของคู่แต่งงานเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามกกว่าสถานภาพโสด 6.53 เท่า เมื่อเทียบกับการศึกษาในปี พ.ศ. 2561 จะพบความสัมพันธ์ของคู่รักที่หย่าร้างแยกกันอยู่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 3.31 เท่า (95%CI: 1.22-8.98) ที่ค่า p -value ได้ 0.019⁴ หากเชื่อว่าชีวิตคู่ในผู้สูงอายุส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษานี้อาจบ่งบอกถึงปัญหาด้านสถานภาพการสมรสในผู้สูงอายุที่ส่งผลมากขึ้นต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาในปี พ.ศ. 2561 ยังแสดงถึงความขัดแย้งภายในครอบครัวส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น 6.30 เท่า (95%CI: 1.34-29.55) ที่ค่า p -value ได้ 0.020⁴

ปัจจัยความขัดแย้งภายในครอบครัว การศึกษาในปี พ.ศ. 2561 ยังพบประวัติโรคเกี่ยวกับจิตเวชในครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวลดลงในปีที่ผ่านมา ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ⁴ ยืนยันด้วยการศึกษาในประเทศจีน พบปัญหาชีวิตคู่แต่งงานส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าโดยเกี่ยวข้องกับปัญหาการนอนหลับและความพึงพอใจในชีวิต^{20,21} ทั้งนี้ความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ยังสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอีกด้วย²²

จุดแข็งของการวิจัยนี้ เป็นการศึกษาต่อเนื่องของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวกับหน่วยปฐมภูมิเขตเมือง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งมีงานวิจัยศึกษาก่อนหน้าช่วงเหตุการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบในบริบทผู้ป่วยเขตเมืองรอบวชิรพยาบาล เช่นเดียวกัน แต่เปรียบเทียบต่างช่วงเวลา อย่างไรก็ตาม

ข้อมูลอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเมืองทั้งหมด

สรุป

หลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ผ่านพ้นไป จนประชาชนและผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติ พบความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2567 อยู่ที่ร้อยละ 13.10 ลดลงจากเดิมที่ร้อยละ 20.50 แต่เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสที่ร้อยละ 7.30 กลับพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้น 1.79 เท่า กล่าวได้ว่า ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาสุขภาพทางจิตใจที่สำคัญในเขตเมือง

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส ทำให้เกิดความตระหนักในโรคของผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งจำนวนโรคร่วมหรืออาการเจ็บป่วยยิ่งมากยิ่งขึ้นเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จึงควรให้ความสนใจกับกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีโรคหรืออาการจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคหรืออาการมากกว่าสามอย่างขึ้นไปเพื่อดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม

ทั้งนี้ปัจจัยเด่นที่สำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาเศรษฐกิจ ทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการศึกษาเดิม โดยพบการไม่ได้ประกอบอาชีพ ขาดรายได้ไม่เพียงพอและการมีหนี้สิน ส่งผลมากต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั้งสิ้น โดยเฉพาะการมีหนี้สินทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นมากถึง 6 เท่า การออกนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและสังคม เช่น การช่วยเหลือหนี้ครัวเรือน และการสร้างงานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อาจบรรเทาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

Highlight

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังการแพร่ระบาดโควิด-19 อยู่ที่ร้อยละ 13.1 ซึ่งต่ำกว่าช่วงการระบาด แต่ยังสูงกว่า 5 ปีก่อนการระบาดถึง 1.79 เท่า
2. ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่

การแต่งงาน การศึกษาต่ำกว่ามัธยม การว่างงาน และรายได้ไม่เพียงพอ/มีหนี้สิน

3. ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นถึง 6.8 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีครอบครัวดูแล

4. การมีโรคร่วมหลายโรค เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ โดยแต่ละโรคหรืออาการที่เพิ่มขึ้นเพิ่มความเสี่ยงอีก 1.6 เท่า

เอกสารอ้างอิง

1. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Diagnosing, Screening, and Monitoring Depression in the Elderly. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2015.
2. ณททัย วงศ์ปาริณย์, ทินกร วงศ์ปาริณย์, เสียรชัย งามทิพย์วัฒนา, ยุพาพรรณ ศิริอ้าย, คณินิจ ไชยลังการณ, วิรัตน์ นิวัฒน์นันท์, และคณะ. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). 2559. หน้า 10-8.
3. Thongtang O, Sukhatunga K, Ngamthipwatthana T, Chulakadabba S, Vuthiganond S, Pooviboonsuk P, et al. Prevalence and incidence of depression in the Thai elderly. J Med Assoc Thai. 2002;85:540-4.
4. Naviganuntana Y, Kerdcharoen N, Rawdaree P. Factors associated with depressive symptoms in elderly individuals living in urban communities. Psychol Res Behav Manag. 2022;15:855-64.
5. Tangthong A, Manomaipiboon B. Prevalence and factors associated with depression among older adults during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in urban areas in Thailand. Clin Interv Aging. 2023;18:1055-65.
6. Lindert J, Jakubauskiene M, Bilsen J. The COVID-19 disaster and mental health-assessing, responding and recovering. Eur J Public Health. 2021;31 (Supplement_4):iv31-iv35. PubMed PMID: 34751367
7. Sarker R, Roknuzzaman ASM, Nazmunnahar, Shahrar M, Hossain MJ, Islam MR. The WHO has declared the end of pandemic phase of COVID-19: Way to come back in the normal life. Health Sci Rep. 2023;6(9):e1544. PubMed PMID: 37674622
8. Craig A, Mapanga W, Mtintsilana A, Dlamini S, Norris S. Exploring the national prevalence of mental health risk, multimorbidity and the associations thereof: a repeated cross-sectional panel study. Front Public Health. 2023;11:1217699. PubMed PMID: 37920573
9. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช. 2537;46:1-9.

10. ประสพสุข ศรีแสนปาง. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ : ความสัมพันธ์ในการพยาบาล (Depression in older persons : Comprehensive nursing). วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2018;41:130-40.
11. Seo JH, Kim SJ, Lee M, Kang JI. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health service use among psychiatric outpatients in a tertiary hospital. *J Affect Disord.* 2021;290:279-83.
12. Deng Y, Chen Y, Zhang B. Different prevalence trend of depression and anxiety among healthcare workers and general public before and after the peak of COVID-19 occurred in China: A meta-analysis. *Asian J Psychiatr.* 2021;56:102547. PubMed PMID: 33465749
13. Moreno-Agostino D, Wu YT, Daskalopoulou C, Hasan MT, Huisman M, Prina M. Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;281:235-43.
14. Cavdar VC, Ballica B, Aric M, Karaca ZB, Altunoglu EG, Akbas F. Exploring depression, comorbidities and quality of life in geriatric patients: a study utilizing the geriatric depression scale and WHOQOL-OLD questionnaire. *BMC Geriatr.* 2024;24(1):687. PubMed PMID: 39143531
15. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Lupp M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS One.* 2021;16(5):e0251326. PubMed PMID: 33983995
16. Minami U, Nishi M, Fukaya T, Hasebe M, Nonaka K, Koike T, et al. Effects of the change in working status on the health of older people in Japan. *PLoS one* vol. 10,12 e0144069. PubMed PMID: 26633033
17. Chen Y, Wang K, Zhao J, Zhang Z, Wang J, He L. Overage labor, intergenerational financial support, and depression among older rural residents: evidence from China. *Front Public Health.* 2023;11: 1219703. PubMed PMID: 37680270
18. Azizabadi Z, Aminisani N, Emamian MH. Socioeconomic inequality in depression and anxiety and its determinants in Iranian older adults. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):761. PubMed PMID: 36471352
19. Van As BAL, Imbimbo E, Franceschi A, Menesini E, Nocentini A. The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. *Int Psychogeriatr.* 2022;34:657-69.
20. Pan L, Li L, Peng H, Fan L, Liao J, Wang M, Tan A, Zhang Y. Association of depressive symptoms with marital status among the middle-aged and elderly in Rural China-Serial mediating effects of sleep time, pain and life satisfaction. *J Affect Disord.* 2022;303:52-7.
21. Jia Q, Duan Y, Gong R, Jiang M, You D, Qu Y. Living arrangements and depression of the older adults-evidence from the Chinese longitudinal healthy longevity survey. *BMC Public Health.* 2023;23(1): 1870. PubMed PMID: 37759168
22. Bulloch AGM, Williams JVA, Lavorato DH, Patten SB. The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. *J Affect Disord.* 2017;223:65-8.

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบจากการสวมหน้ากากอนามัยต่อการสื่อสาร
ในมุมมองของผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุ

วริศรา ทรงเงินดี, พ.บ.^{1,2}, นวลศิริ สิริประเสริฐ, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว,^{2,3} สุทธิศรี กอแก้ววิเชียร, พ.บ.,
วว.เวชศาสตร์ครอบครัว^{1,2}

¹ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ²ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย, ³ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

สุทธิศรี กอแก้ววิเชียร, พ.บ.
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย 1873 ถ.พระราม
4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330, ประเทศไทย
Email: sutsri@hotmail.com

Received: September 5, 2024;

Revised: December 2, 2024;

Accepted: December 6, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: เพื่อศึกษาผลกระทบจากการสวมหน้ากากอนามัยต่อการสื่อสาร รวมถึงทัศนคติต่อการสวมหน้ากาก ในมุมมองของผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ กลุ่มคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว ภปร 15 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

แบบวิจัย: Cross-sectional study

วัตถุประสงค์และวิธีการ: ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มา
รับบริการ ณ กลุ่มคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว ภปร 15 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2567 จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่าง
ผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา: ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 404 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มละ
202 คน พบว่าภาพรวมระดับผลกระทบจากการสวมหน้ากากทั้งด้านการพูดและการฟังของ
ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p = 0.003$ ตามลำดับ)
ส่วนสำหรับภาพรวมการสนทนา พบว่าระดับความรู้ถูกปิดกั้น ความเห็นอกเห็นใจ ความ
มั่นใจในการรักษา และความสัมพันธ์กับแพทย์ ไม่แตกต่างกัน ($p = 0.053$, $p = 0.242$, $p =$
 0.213 , $p = 0.085$ ตามลำดับ) ยกเว้น ความเว้นระยะห่างของแพทย์ต่อผู้ป่วย ($p = 0.001$)

สรุป: การศึกษาผลกระทบจากการสวมหน้ากากอนามัยต่อการสื่อสาร พบความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างมุมมองของผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มผู้สูง
อายุ ทั้งในบทบาทการเป็นผู้ส่งสารและผู้รับสาร นอกจากนี้ ทัศนคติต่อการเลือกสวมหน้ากาก
ในสถานการณ์ต่าง ๆ ของประชากรทั้งสองกลุ่มก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
เช่นเดียวกัน ยกเว้นกรณีการเลือกสวมหน้ากากในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การสื่อสาร การสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย การสวมหน้ากาก

ORIGINAL ARTICLE

Impact of Face Mask Use on Doctor-Patient Communication: A Patient-Centric Comparison between Adult and Elderly Patients

Varissara Songnerdee, M.D.^{1,2}, Nawasiri Siriprasert, M.D., MRCFPT^{2,3},
Sutsri Korkaewwichian, M.D., FRCFPT^{1,2}

¹Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, ²Department of Family Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society, ³Division of Academic Affairs, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Sutsri Korkaewwichian, MD.,
Department of Family Medicine, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University,
1873 Rama IV Rd, Pathum Wan Subdistrict, Pathum Wan District, Bangkok 10330, Thailand
Email: sutsri@hotmail.com

Received: September 5, 2024;

Revised: December 2, 2024;

Accepted: December 6, 2024

ABSTRACT

Background: This study aims to investigate the impact of wearing face masks on communication, as well as attitudes towards mask-wearing, from the perspective of adult patients compared to elderly patients receiving services at the Family Medicine Clinic, Bhor Por Ror Building, 15th floor, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society.

Design: Cross-sectional study

Methods: The researcher conducted the study using a questionnaire administered to individuals aged 18 and above who visited services at the Family Medicine Clinic, Bhor Por Ror Building, 15th floor, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society, from July to August 2024. The data were analyzed to compare the adult group with the elderly group.

Results: A total of 404 participants were included in the study, with 202 individuals in both the adult and elderly groups. The overall impact of mask-wearing on both speaking and listening abilities significantly differed between the two groups ($p < 0.001$, $p = 0.003$, respectively). However, when analyzing overall communication, the levels of feeling of being isolated, empathy, confidence in medical care and doctor-patient relationships were not significantly different ($p = 0.053$, $p = 0.242$, $p = 0.213$, $p = 0.085$, respectively), except for social distance maintained by the doctor towards the patient ($p = 0.001$).

Conclusions: The impact of wearing face masks on communication revealed significant statistical differences when comparing the perspectives of adult and elderly patients, both in their roles as senders and receivers of messages. Furthermore, attitudes towards the decision to wear masks in various situations between the two populations also presented significant statistical differences, except for the decision to wear masks in hospitals.

Keywords: communication, doctor-patient communication, face mask

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้ประชากรทั่วโลกต่างสวมหน้ากากอนามัยขณะอยู่ร่วมกับผู้อื่น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรคอย่างเป็นสากล แม้การแพร่ระบาดในปัจจุบันจะคลี่คลายลง สังคมได้มีการปรับเปลี่ยนเข้าสู่วิถีชีวิตใหม่ และยังคงสวมหน้ากากอนามัยกันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายในโรงพยาบาลยังคงมีมาตรการสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรคทั้งในกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้มารับบริการ

องค์ประกอบของการสื่อสารขั้นพื้นฐาน แบ่งออกเป็น 4 ปัจจัยหลักจึงจะสมบูรณ์ ได้แก่ ผู้ส่งสาร ผู้รับสาร สาร และช่องทางการสื่อสาร ในขณะเดียวกัน องค์ประกอบเพิ่มเติมที่ส่งผลเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร คือ สิ่งรบกวน ทำให้การสื่อสารลดคุณภาพลงได้ดังแสดงรูปที่ 1¹

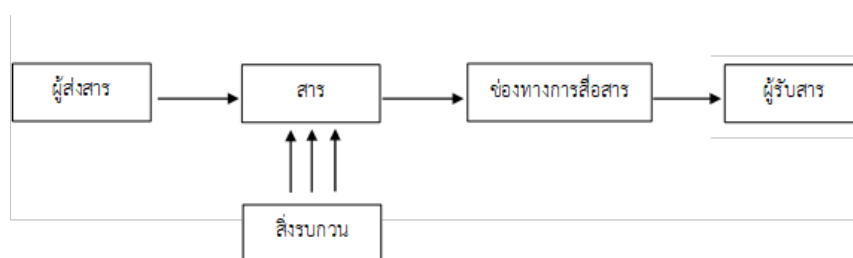
การสวมหน้ากากอนามัยของแพทย์และผู้ป่วย จึงกลายเป็นปัจจัยรบกวนการสื่อสารปัจจัยหนึ่ง ทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพลดลง นำไปสู่การแปลผลและความเข้าใจสารคลาดเคลื่อนได้ง่ายมากขึ้น² ในด้านการรักษา การสวมหน้ากากอนามัยสร้างการปิดกั้นทางจิตวิทยา³ การเข้าใจการรักษาที่ผิดจะนำไปสู่การปฏิบัติตนและการรักษาที่คลาดเคลื่อน ส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาในระยะยาว ซึ่งต้องอาศัยความเชื่อถือและความสัมพันธ์อันดี เพื่อเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี³ การสวมหน้ากากอนามัยยังส่งผลทำให้คุณภาพในการสื่อสารลดลง นำไปสู่ความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วยที่ลดลง^{3,4} นอกจากนี้ การสวมหน้ากากอนามัยส่งผลกระทบให้แพทย์และผู้ป่วยสื่อสารได้ไม่ตรงตามความต้องการ นำมาซึ่งอารมณ์ของผู้ป่วยในทางลบ ได้แก่ ความเศร้า ความวิตกกังวล ความโกรธ และความรู้สึกทรมานได้มากขึ้น⁵

ในปี ค.ศ. 2013 Wong และคณะ ได้ศึกษาผลกระทบจากการสวมหน้ากากอนามัยต่อความเห็นอกเห็นใจและความสัมพันธ์ในการรักษาต่อเนื่อง ในรูปแบบ randomized controlled trial จากกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย 1,030 คน ในเขตปกครองพิเศษฮ่องกง วัดผลด้วยการทำแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจ (CARE score) และความพึงพอใจในภาพรวมตลอดการรักษาต่อเนื่อง พบว่าทั้งคะแนนทั้งการรับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจและความพึงพอใจในกลุ่มผู้ป่วยที่สื่อสารกับแพทย์ที่สวมหน้ากากอนามัย มีคะแนนน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่สื่อสารกับแพทย์ที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴

ต่อมา Pandya และคณะ ได้ทำการศึกษาผลกระทบจากการสวมหน้ากากอนามัยต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในคลินิกศัลยกรรมกระดูกที่สหรัฐอเมริกา ในช่วงปลายปี ค.ศ. 2020 ภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งหมด 178 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่สื่อสารกับแพทย์ที่สวมหน้ากากอนามัย และกลุ่มที่สื่อสารกับแพทย์ที่ไม่สวมหน้ากากอนามัย ในรูปแบบ cohort study วัดผลด้วยการทำแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ถึงความเห็นอกเห็นใจ (CARE score) พบว่า คะแนนความเห็นอกเห็นใจในทั้งสองกลุ่มไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶

ภาษาเป็นเครื่องมือหนึ่งของการสื่อสาร ประกอบไปด้วย วจนภาษาและอวจนภาษา จากการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการสวมหน้ากากอนามัยที่มีผลระหว่างบุคคล ได้แบ่งผลกระทบทั้งด้านวจนภาษาและอวจนภาษาได้หลายปัจจัย^{7,8}

Saunders และคณะ ได้ศึกษาผลกระทบต่อการสื่อสารจากการสวมหน้ากากอนามัยต่อการสื่อสารภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นการศึกษาแบบ qualitative



รูปที่ 1. แผนภาพองค์ประกอบของการสื่อสารขั้นพื้นฐาน

สัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับผลกระทบจากการสวมหน้ากากต่อสื่อสารกับแพทย์ ได้สรุปผลกระทบเป็นประเด็นต่าง ๆ จากมุมมองของผู้ป่วยเป็นประเด็น ทั้งในบทบาทผู้ป่วยที่ฟังแพทย์สวมหน้ากากและบทบาทผู้ป่วยที่สวมหน้ากากอนามัยพูดกับแพทย์ และมีการเก็บข้อมูลด้วยการให้ระดับความรุนแรงของผลกระทบ 4 ด้าน ได้แก่ การได้ยิน ความเข้าใจ การจดจำ ความรู้สึกเชื่อมโยงกับคู่สนทนา พบว่าทุกด้านได้รับผลกระทบจากการสวมหน้ากากอนามัย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยิน⁹

กลุ่มคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เป็นกลุ่มคลินิกผู้ป่วยนอกที่มีผู้มารับบริการหลากหลายกลุ่มวัย ทั้งวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ การสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพการสื่อสารและผลการรักษาในระยะยาวมีงานทบทวนวรรณกรรมของ Drossman ยืนยันว่าการมีทักษะการสื่อสารที่ดีจะนำไปสู่การมีสัมพันธภาพที่ดีของแพทย์และผู้ป่วยจริง¹⁰

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการสวมหน้ากากอนามัยต่อการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงอายุวัยผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจอุปสรรคด้านการสื่อสารที่เกิดจากการสวมหน้ากากอนามัยในผู้ป่วยแต่ละช่วงวัย รวมทั้งนำไปต่อยอดพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในบริบทผู้ป่วยนอก ที่จะสามารถเพิ่มคุณภาพการรักษาอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบจากการใส่หน้ากากอนามัยต่อการสื่อสารในมุมมองของผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ กลุ่มคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว ภาปร 15 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อการสวมหน้ากากในมุมมองของผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ กลุ่มคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว ภาปร 15 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) โดยที่ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ที่มารับบริการที่กลุ่มคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว ภาปร 15 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย 3) มีความสามารถสื่อสารด้านการฟังพูดอ่านเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ที่มีความบกพร่องทางการสื่อสารจนไม่สามารถเข้าใจในการตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง 2) ผู้ที่สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเวลามารับบริการตั้งแต่ช่วงก่อนโควิด-19

คำนวณกลุ่มประชากรตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรสำหรับทดสอบหาความแตกต่างระหว่าง 2 สัดส่วนที่เป็นอิสระต่อกัน

ดังสูตรคำนวณต่อไปนี้

$$\frac{n}{\text{Group}} = \left[\frac{Z_{\alpha/2} \sqrt{2pq} + Z_{\beta} \sqrt{p_1 q_1 + p_2 q_2}}{p_1 - p_2} \right]^2$$

โดยที่ n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

Group = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

α = ความน่าจะเป็นของ Type I error = 0.05 β

= ความน่าจะเป็นของ Type II error = 0.2

p_1 = สัดส่วนของผลกระทบในกลุ่มผู้ใหญ่ = 0.5 จากการตั้งข้อสันนิษฐาน

p_2 = สัดส่วนของผลกระทบในกลุ่มผู้สูงอายุ = 0.65 จากการตั้งข้อสันนิษฐาน

$q_1 = 1 - p_1 = 0.5$ $q_2 = 1 - p_2 = 0.35$

$p = (p_1 + p_2)/2 = 0.575$ $q = 1 - p = 0.425$

คำนวณ n = 183 รวมขนาดตัวอย่างได้ $183 \times 2 = 366$ คน คำนวณเผื่อข้อมูลตกหล่นร้อยละ 10 ได้ 404 คน

ทำการสุ่มตัวอย่างแบบอาศัยความสะดวก (convenience sampling) โดยทำแบบสอบถามในวันและเวลาที่แตกต่างกันตลอดช่วงเวลาที่กำหนดศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยรวบรวมเนื้อหาต่าง ๆ ที่ได้จากเอกสาร งานวิจัย แนวคิดทฤษฎี ผลการวิจัย และการสัมภาษณ์ เพื่อเป็นข้อมูลในการสร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับผลกระทบจากการใส่หน้ากากอนามัยต่อการสื่อสารในมุมมองของผู้ป่วย รวมถึงทัศนคติในการเลือกสวมหน้ากากนำแบบสอบถามที่สร้างและผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (face validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วนำผลการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณดัชนีความสอดคล้องจากคะแนน (index of item objective congruence; IOC) ที่ผู้เชี่ยวชาญให้สำหรับคำถามแต่ละข้อเพื่อดูว่าข้อใดมีค่าสูงกว่าหรือเท่ากับ 0.5 โดยใช้สูตร $IOC = (\sum r)/n$ โดยที่ r แทนผลรวมของคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ ส่วน n แทนจำนวนผู้เชี่ยวชาญ ถ้าคำถามข้อใดได้ดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ หรือต่ำกว่า 0.5 จะปรับปรุงหรือตัดออก ถ้าได้มากกว่า 0.5 จะเก็บไว้ใช้จริง จากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขสมบูรณ์แล้ว ไปทดสอบกับตัวอย่างกลุ่มประชากรจำนวน 30 ราย เพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (reliability) จากแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha-coefficient) โดยใช้สูตรของ Cronbach

แบบสอบถามประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย ประวัติโรคประจำตัวของอาสาสมัคร ประวัติความถี่ในการมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนที่ 2 ผลกระทบจากการสวมหน้ากากต่อการรับสาร ส่วนที่ 3 ผลกระทบจากการสวมหน้ากากต่อการส่งสาร ส่วนที่ 4 ภาพรวมการสนทนาจากการสวมหน้ากาก และส่วนที่ 5 ทัศนคติต่อการเลือกสวมหน้ากากในสถานการณ์ปัจจุบัน โดยส่วนที่ 1-4 ให้คะแนน Likert scale จากระดับน้อยไปมาก ส่วนที่ 5 ให้เลือกตอบว่าตัดสินใจสวมหรือไม่สวมหน้ากาก

นิยามศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัยนี้

ผู้ใหญ่ หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 60 ปี และผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปนับตั้งแต่วันเกิดตามบัตรประชาชนจนถึงวันเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM* SPSS statistics V22.0 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) บรรยายลักษณะและผลสำรวจของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แบ่งตามลักษณะข้อมูลดังนี้

- ข้อมูลเชิงปริมาณสำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ แสดงเป็น ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน ทัศนคติต่อการเลือกสวมหน้ากาก
- ข้อมูลเชิงคุณภาพ แสดงเป็นความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage) สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อใช้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ

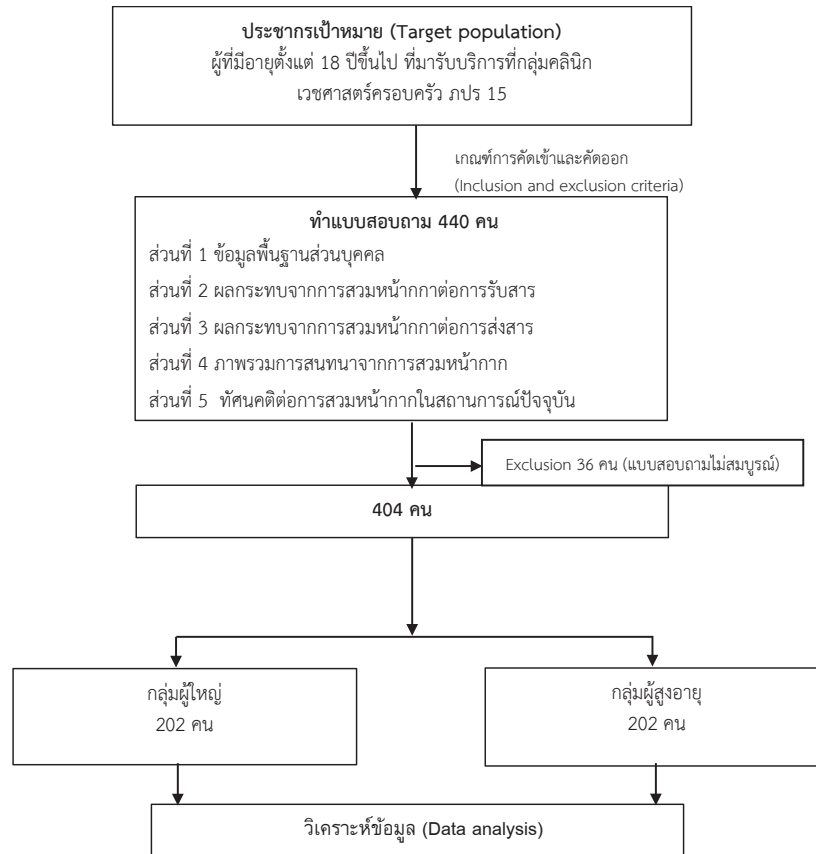
- Chi-Square test หรือ Fisher's exact test เพื่อทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนและทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามเมื่อตัวแปรทั้งสองเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม (categorical data) ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานและ ทัศนคติต่อการเลือกสวมหน้ากาก

- Mann-Whitney U test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐานระหว่างกลุ่มสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้แก่ ระดับผลกระทบในการสื่อสารเทียบกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุ

- Logistic regression analysis เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลกระทบต่อทัศนคติการเลือกสวมหน้ากาก

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออกจำนวนทั้งสิ้น 440 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน 36 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ใหญ่ และกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มละ 202 คน (รูปที่ 2) กลุ่มผู้ใหญ่มีค่าเฉลี่ยอายุที่ 43 ± 12 ปี (18-59 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยอายุที่ 69 ± 6 ปี (60-91 ปี) แต่ละกลุ่มตัวอย่างประกอบไปด้วยเพศชายและหญิงสัดส่วนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัวและประวัติความถี่ในการมารับบริการที่โรงพยาบาล พบว่ากลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มผู้สูงอายุมีสัดส่วนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง



รูปที่ 2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

สถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนผลกระทบจากการสวมหน้ากาก พบว่าโดยภาพรวมของระดับผลกระทบทั้งในการพูดและการฟังของกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p = 0.003$ ตามลำดับ) โดยพบว่ากลุ่มผู้ใหญ่ให้คะแนนไปในทางผลกระทบมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ รายละเอียดดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

ในทางกลับกัน ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนผลกระทบจากการสวมหน้ากากในภาพรวมการสนทนา พบว่า ระดับผลกระทบในด้านความรู้สึกถูกปิดกั้น ความเห็นอกเห็นใจ ความมั่นใจในการรักษา และความสัมพันธ์กับแพทย์ของทั้งสองกลุ่มไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.053$, $p = 0.242$, $p = 0.213$, $p = 0.085$ ตามลำดับ) ยกเว้น ระดับความเว้นระยะห่างของแพทย์ต่อผู้ป่วย สัดส่วนคำตอบของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) รายละเอียดดัง

แสดงในแผนภูมิที่ 2

ในส่วนของการตัดสินใจเลือกสวมหน้ากาก ในสถานการณ์ต่าง ๆ พบว่าการตัดสินใจเลือกสวมหน้ากากในพื้นที่สาธารณะทั้งในที่ปิดและในที่โล่ง ทั้งที่มีความแออัดและไม่แออัด ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การตัดสินใจเลือกสวมหน้ากากในโรงพยาบาลของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการตัดสินใจหรือความต้องการให้แพทย์สวมหน้ากาก พบว่าสองกลุ่มมีการตัดสินใจเลือกสวมหน้ากากแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.030$) รายละเอียดดังแสดงในแผนภูมิที่ 3

เมื่อนำข้อมูลด้านความต้องการให้แพทย์สวมหน้ากากมาวิเคราะห์ด้วย logistic regression พบว่า ปัจจัยในเรื่องเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาลต่อปี และรายได้เฉลี่ย ไม่ได้ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกสวมหน้ากาก รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

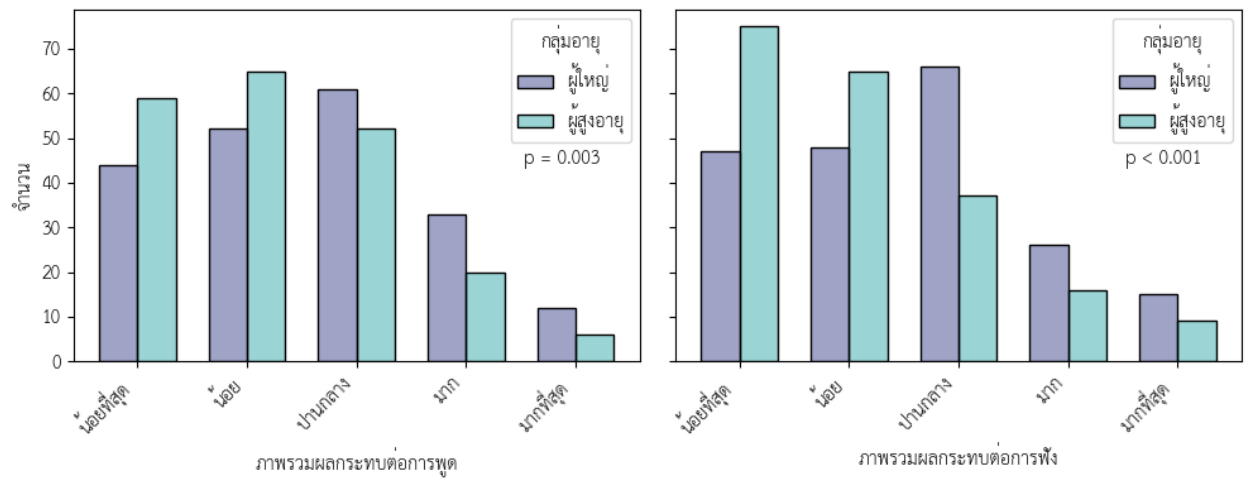
ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุด้วย Chi-Square test

	ผู้ใหญ่ จำนวน (ร้อยละ)	ผู้สูงอายุ จำนวน (ร้อยละ)	P-value
เพศ			
หญิง	129 (50.6)	126 (49.4)	0.757
ชาย	73 (49.0)	76 (51.0)	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	13 (6.4)	34 (16.8)	< 0.001*
มัธยมศึกษาตอนต้น	12 (5.9)	27 (13.4)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	29 (14.4)	37 (18.3)	
ปริญญาตรี	110 (54.5)	64 (31.7)	
สูงกว่าปริญญาตรี	26 (12.9)	18 (8.9)	
อนุปริญญา/ปวส./หรือเทียบเท่า	12 (5.9)	22 (10.9)	
สถานภาพสมรส			
โสด	107 (53.0)	33 (16.3)	< 0.001*
สมรส	82 (40.6)	135 (66.8)	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	7 (3.5)	8 (4.0)	
หม้าย	6 (3.0)	26 (12.9)	
ความถี่ในการมารับบริการ			
≤ 1 ครั้ง/ปี	43 (21.3)	18 (9.0)	< 0.001*
2-3 ครั้ง/ปี	78 (38.6)	64 (31.8)	
4-5 ครั้ง/ปี	46 (22.8)	58 (28.9)	
6-7 ครั้ง/ปี	15 (7.4)	21 (10.4)	
8 ครั้ง/ปีขึ้นไป	20 (9.9)	40 (19.9)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
น้อยกว่า 5,000 บาท	3 (1.7)	61 (35.1)	0.020*
5,001-10,000 บาท	11 (6.3)	19 (10.9)	
10,001-20,000 บาท	50 (28.6)	38 (21.8)	
20,001-30,000 บาท	53 (30.3)	29 (16.7)	
30,001-40,000 บาท	17 (9.7)	9 (5.2)	
40,001 บาทขึ้นไป	41 (23.4)	18 (10.3)	
โรคประจำตัว			< 0.001*
ไม่มีโรคประจำตัว	84 (41.6)	25 (12.4)	
มีโรคประจำตัว	118 (58.4)	177 (87.6)	

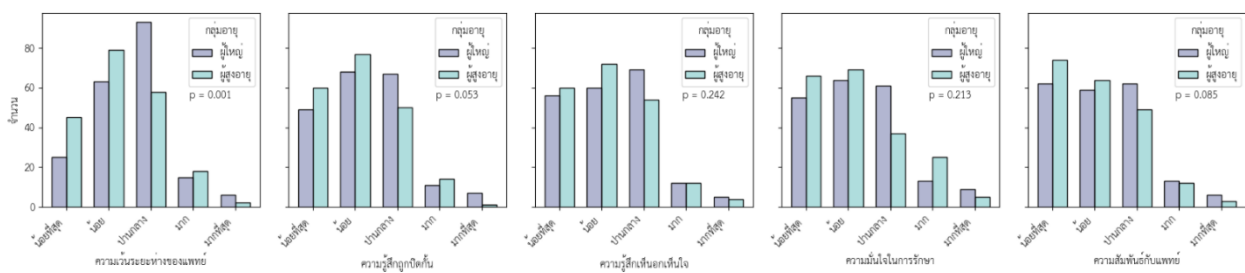
วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าระดับผลกระทบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อศึกษาจากแผนภูมิที่ 1 พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุเลือกให้คำตอบไปในทิศทางที่การสวมหน้ากากส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตน้อยกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ ซึ่งมีความแตกต่างจากข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมของ Robinson ว่าเมื่ออายุมากขึ้นการรับรู้ประสาทสัมผัสมีประสิทธิภาพลดลง เกิดผลกระทบต่อ

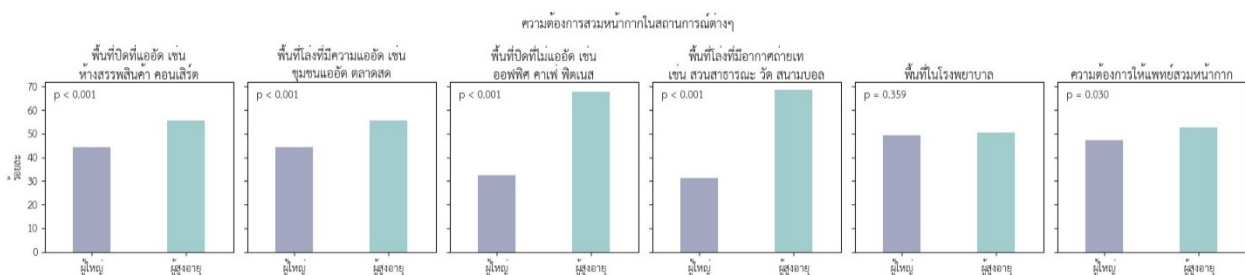
การสื่อสารมาก¹¹ รวมถึงแตกต่างจากผลการศึกษาที่ก่อนการระบาดของโควิด-19 ของ Brown และคณะ ซึ่งศึกษาผลกระทบจากการสวมหน้ากากต่อการได้ยินและการมองเห็นเปรียบเทียบในกลุ่มคนอายุน้อย (18-35 ปี) เทียบกับกลุ่มคนอายุมาก (59-77 ปี) พบว่าในกลุ่มคนอายุมากมีความเข้าใจการสื่อสารน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อย และทั้งสองกลุ่มใช้ความพยายามในการสื่อสารมากขึ้นขณะสวมหน้ากาก¹² ในขณะเดียวกัน Henke และ



แผนภูมิที่ 1 ระดับผลกระทบจากการสวมหน้ากากต่อการสื่อสารในภาพรวมการพูดและการฟัง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุด้วย Man-Whitney U test



แผนภูมิที่ 2 ระดับผลกระทบจากการสวมหน้ากากต่อการสื่อสารในภาพรวมการสนทนา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุด้วย Man-Whitney U test



แผนภูมิที่ 3 ทศนคติการเลือกสวมหน้ากากในสถานการณ์ต่าง ๆ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่กับกลุ่มผู้สูงอายุ ด้วย Chi-Square test

ตารางที่ 2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับความต้องการให้แพทย์สวมหน้ากาก ด้วย logistic regression analysis

	กลุ่มประชากร							
	ผู้ใหญ่				ผู้สูงอายุ			
	Odd ratio	95%CI		P-value	Odd ratio	95%CI		P-value
		Lower	Upper			Lower	Upper	
เพศ								
หญิง								
ชาย	1 (ref)	0.379	2.091	0.789		0.445	3.541	0.667
ระดับการศึกษา	0.890				1.256			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า				0.598				0.859
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (ref)	0.007	2.619	0.187		0.530	27.544	0.183
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	0.138	0.056	9.176	0.799	3.822	0.283	6.205	0.720
ปริญญาตรี	0.719	0.031	3.756	0.379	1.326	0.375	7.181	0.511
สูงกว่าปริญญาตรี	0.340	0.018	3.371	0.292	1.641	0.216	10.993	0.665
อนุปริญญา/ปวส./หรือเทียบเท่า	0.244	0.033	18.862	0.886	1.543	0.175	9.281	0.811
สถานภาพสมรส	0.793				1.275			
โสด				1.000				0.693
สมรส	1 (ref)	0.449	2.464	0.907		0.389	4.472	0.657
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1.052	0.000		0.999	1.319	0.127	21.243	0.703
หม้าย	NA	0.000		0.999	1.645	0.469	21.706	0.236
ความถี่ในการมารับบริการ	NA				3.190			
≤ 1 ครั้ง/ปี				0.751				0.369
2-3 ครั้ง/ปี	1 (ref)	0.570	4.496	0.372		0.035	3.102	0.332
4-5 ครั้ง/ปี	1.601	0.493	5.515	0.417	0.329	0.074	7.508	0.802
6-7 ครั้ง/ปี	1.649	0.100	4.174	0.646	0.744	0.075	28.774	0.799
8 ครั้ง/ปีขึ้นไป	0.645	0.365	7.422	0.516	1.470	0.069	8.812	0.842
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	1.647				0.781			
น้อยกว่า 5,000 บาท		0.165	158.532	0.769				0.294
5,001-10,000 บาท	5.110	0.413	260.951	0.352		0.126	3.097	0.566
10,001-20,000 บาท	10.387	0.276	196.394	0.155	0.626	0.103	1.314	0.123
20,001-30,000 บาท	7.357	0.214	211.399	0.234	0.367	0.283	9.278	0.589
30,001-40,000 บาท	6.719	0.282	224.343	0.279	1.619	0.069	8.628	0.835
40,001 บาทขึ้นไป	7.956			0.223	0.774	0.045	1.254	0.090
โรคประจำตัว					0.238			
ไม่มีโรคประจำตัว								
มีโรคประจำตัว	1 (ref)	0.303	1.616	0.403	1(ref)	0.270	5.851	0.772
	0.700				1.256			

NA หมายถึง ไม่สามารถคำนวณได้เนื่องจากไม่มีผู้เลือกสวมหน้ากากในกลุ่มนั้น

คณะ พบว่าคนอายุน้อยสามารถตีความสีหน้าภายใต้การสวมหน้ากากได้แม่นยำมากกว่าคนอายุมาก การสวมหน้ากากส่งผลกระทบในกลุ่มคนอายุมากกว่ากลุ่มคนอายุน้อย แต่ในภาพรวมก็ไม่ได้ส่งผลกระทบที่แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสองกลุ่ม¹³ ลักษณะเดียวกันกับการศึกษา

ทั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในรูปแบบการสำรวจมุมมองความคิดเห็นเท่านั้น หากจะวิเคราะห์รายละเอียดให้

หลักฐานเชิงปริมาณข้อเท็จจริงมากขึ้น อาจมีการเพิ่มมาตรวัดปริมาณเพิ่มเติม เช่น วัดเสียงที่พูดออกมาเป็นเดซิเบล ตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยิน หรือทำแบบทดสอบเพื่อตีความสิ่งที่ได้ยินเพื่อประเมินความเข้าใจสารที่ถูกต้อง เป็นต้น

ในขณะเดียวกัน เมื่อศึกษาภาพรวมของการสนทนาพบว่าคำตอบของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในด้านความรู้สึกถูกปิดกั้น ความเห็นอกเห็นใจ ความมั่นใจในการรักษา และความสัมพันธ์กับแพทย์ (แผนภูมิที่ 2) มีผลลัพธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Vijayaprasad ซึ่งเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศอินเดีย พบว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าการสนทนาหน้ากากส่งผลกระทบต่อสื่อสารแต่ยังคงมีเชื่อมั่นในตัวแพทย์และการรักษาระดับเดิม² เมื่อศึกษาจากแผนภูมิที่ 2 พบว่า คำตอบมีแนวโน้มผลกระทบระดับน้อย ถึงปานกลาง มีความเป็นไปได้ว่า ทั้งสองช่วงอายุรู้สึกว่าการสนทนาหน้ากากไม่ได้ส่งผลกระทบต่อภาพรวมการสนทนา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Henke ที่กล่าวมาข้างต้น¹³ ทั้งนี้ภายหลังการระบาดอาจทำให้ผู้คนเริ่มมีการปรับตัว และสนทนาหน้ากากจนเกิดความคุ้นชินมากยิ่งขึ้น ดังการศึกษาของขวัญจิรา เมื่อปี พ.ศ. 2565 พบว่าคนญี่ปุ่นมีความคุ้นชินกับการสนทนาหน้ากากอนามัยมากกว่าคนไทย และคนไทยต้องใช้ความพยายามในการสื่อสารมากกว่าคนญี่ปุ่น⁷

ผลการสำรวจทัศนคติการตัดสินใจเลือกสวมหน้ากากมีความแตกต่างกันในหลายสถานการณ์ เมื่อดูรายละเอียดแผนภูมิที่ 3 พบว่าการตัดสินใจเลือกสวมหน้ากากของกลุ่มผู้สูงอายุในสถานที่ต่าง ๆ เลือกที่จะสวมหน้ากากมากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ มีความเป็นไปได้ว่า ผู้สูงอายุมีความตระหนักถึงการป้องกันโรค และให้ความสำคัญต่อการสวมหน้ากากมากกว่าผลกระทบต่อการสื่อสาร แตกต่างกับกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีการตัดสินใจเลือกจะไม่สวมหน้ากากมีจำนวนร้อยละมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดคลี่คลาย พบความแตกต่างกันในการสอบถามความต้องการให้แพทย์สวมหน้ากากขณะรักษาพบว่า กลุ่มผู้ใหญ่มีความต้องการให้แพทย์สวมหน้ากากเทียบกับกลุ่มสูงอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ เมื่อสำรวจรายละเอียดในแผนภูมิ พบว่าร้อยละของคำตอบกลุ่มผู้ใหญ่ต้องการให้แพทย์ไม่สวมหน้ากากมากกว่าร้อยละในกลุ่มผู้สูงอายุ อาจต่อยอดไปเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนมาตรการของโรงพยาบาลในอนาคต รวมถึงสร้างความตระหนักต่อการสื่อสารของแพทย์ต่อผู้ป่วย พัฒนาทักษะการสื่อสารได้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นได้

เมื่อนำผลมาวิเคราะห์แบบ logistic regression ดังแสดงในตารางที่ 2 ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ ทั้งในเรื่องเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และโรคประจำตัว อาจหมายความว่า การตัดสินใจเลือกสวมหน้ากากนั้นมาจากปัจจัยอื่นนอกเหนือจากปัจจัยข้างต้น หากจะหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาจต้องมีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามมากกว่าการศึกษานี้ หรืออาจพิจารณาศึกษาต่อยอดในประเด็นอื่น ๆ เพิ่มเติมนอกเหนือจากข้อมูลพื้นฐานที่ผู้วิจัยเก็บในการศึกษานี้

ข้อเด่นของงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากการสนทนาหน้ากากต่อการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในมุมมองผู้ป่วยการศึกษาแรก ในประเทศไทยภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดงานวิจัยเกี่ยวกับการสื่อสารในอนาคต รวมถึงเห็นถึงทัศนคติต่อการเลือกสวมหน้ากากสามารถเป็นประโยชน์ในการออกมาตรการการสวมหน้ากากในอนาคตได้

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้จัดทำในคลินิกผู้ป่วยนอก ภาปร 15 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ เพียงคลินิกเดียว ทำให้มีข้อจำกัดในความหลากหลายของประชากร รวมถึงการศึกษานี้ยังเป็นการศึกษาผลกระทบจากการสนทนาหน้ากากต่อการสื่อสารเป็นการศึกษาแรก การทบทวนวรรณกรรมมาอ้างอิงยังมีจำนวนจำกัด แบบสอบถามที่ใช้ถูกจัดทำขึ้นเป็นครั้งแรกจากการรวบรวมงานวิจัยเชิงคุณภาพและการทดลองสุ่มตัวอย่าง ในอนาคตต้องอาศัยการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามและข้อมูล รวมถึงเพิ่มการแบ่งช่วงอายุให้ละเอียดมากยิ่งขึ้นอาจทำให้ได้ผลการศึกษาที่น่าเชื่อถือยิ่งขึ้นได้

สรุป

การศึกษาผลกระทบจากการสวมหน้ากากอนามัยต่อการสื่อสาร พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างมุมมองของผู้ใหญ่และกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งในบทบาทการเป็นผู้ส่งสารและผู้รับสาร โดยผลกระทบในมุมมองกลุ่มผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อยกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบมุมมองต่อภาพรวมการสนทนากับแพทย์ระหว่างประชากรทั้งสองกลุ่มแล้วพบว่าระดับความรู้สึกถูกปิดกั้น ความเห็นอกเห็นใจ ความมั่นใจในการรักษา และความสัมพันธ์กับแพทย์ ไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น ความเห็นระหว่างของแพทย์ต่อผู้ป่วย ที่สัดส่วนคำตอบของสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ทักษะการเลือกสวมหน้ากากในสถานการณ์ต่าง ๆ ของประชากรทั้งสองกลุ่มก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเลือกสวมหน้ากากมากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่ในทุกสถานการณ์ ยกเว้นการเลือกสวมหน้ากากในโรงพยาบาล ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คณาจารย์ ผู้มารับบริการ แพทย์ประจำบ้าน เจ้าหน้าที่และพยาบาลประจำฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยที่ให้ความช่วยเหลือทุกท่าน รวมถึงผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยตรวจสอบแบบสอบถาม เจ้าหน้าที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้มารับบริการที่สละเวลามาทำแบบสอบถามของผู้วิจัยไว้ ณ ที่นี้

Highlight

1. การใส่หน้ากากเป็นตัวบดบังการสื่อสารที่สำคัญ
2. ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเลือกใส่หน้ากากในทุกสถานการณ์
3. ผู้ใหญ่รับรู้ถึงผลกระทบของการใส่หน้ากากมากกว่าผู้สูงอายุอย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. การสื่อสาร (Communication) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 มี.ค 2567]. สืบค้นจาก [http://www.chulapedia.chula.ac.th/index.php/title\(Communication\)2554](http://www.chulapedia.chula.ac.th/index.php/title(Communication)2554)
2. Gopichandran V, Sakthivel K. Doctor-patient communication and trust in doctors during COVID 19 times-A cross sectional study in Chennai, India. PloS One. 2021;16(6):e0253497. PubMed PMID: 34161383
3. Marler H, Ditton A. "I'm smiling back at you": Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. Int J Lang Commun Disord. 2021;56:205-14.
4. Wong CK, Yip BH, Mercer S, Griffiths S, Kung K, Wong MC, et al. Effect of facemasks on empathy and relational continuity: a randomised controlled trial in primary care. BMC Fam Pract. 2013;14:200. PubMed PMID: 24364989
5. Balestracci B, La Regina M, Di Sessa D, Mucci N, Angelone FD, D'Ecclesia A, et al. Patient safety implications of wearing a face mask for prevention in the era of COVID-19 pandemic: a systematic review and consensus recommendations. Intern Emerg Med. 2023;18:275-96.
6. Pandya S, Sedani AB, Syros A, Yakkanti RR, Dodds SD, Aiyer AA. The effects of face masks on the doctor-patient relationship in orthopaedics. Iowa Orthop J. 2022;42:267-73.
7. เสนา ขวัญจิรา. ทักษะเกี่ยวกับการใส่หน้ากากอนามัยที่มีผลต่อการสื่อสารระหว่างบุคคล เปรียบเทียบระหว่างคนไทยและคนญี่ปุ่น. วารสารเครือข่ายญี่ปุ่น. 2022;2:12-32.
8. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Godlewski C. Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2010;60(571): 83-7.
9. Saunders GH, Jackson IR, Visram AS. Impacts of face coverings on communication: an indirect impact of COVID-19. Int J Audiol. 2021;60:495-506.
10. Drossman DA, Chang L, Deutsch JK, Ford AC, Halpert A, Kroenke K, et al. A review of the evidence and recommendations on communication skills and the patient-provider relationship: a Rome foundation working team report. Gastroenterology. 2021;161(5):1670-1688.e7. PubMed PMID: 34331912
11. Robinson TE, 2nd, White GL, Jr., Houchins JC. Improving communication with older patients: tips from the literature. Fam Pract Manag. 2006;13:73-8.
12. Brown VA, Van Engen KJ, Peelle JE. Face mask type affects audiovisual speech intelligibility and subjective listening effort in young and older adults. Cogn Res Princ Implic. 2021;6:49. PubMed PMID: 34275022
13. Henke L, Guseva M, Wagemans K, Pischedda D, Haynes JD, Jahn G, et al. Surgical face masks do not impair the decoding of facial expressions of negative affect more severely in older than in younger adults. Cogn Res Princ Implic. 2022;7:63. PubMed PMID: 35841438

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในขณะรับการรักษาภายในโรงพยาบาลสนาม และหอผู้ป่วยโรงพยาบาลราชบุรีของบุคคลที่ติดเชื้อโคโรนา 2019

คมกริช อัสวภาดา¹, พ.บ., สุตารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล¹, พ.บ., นิตาพร อัสวภาดา², ภ.บ.¹สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลราชบุรี, ²กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี

ผู้รับผิดชอบบทความ:

คมกริช อัสวภาดา, พ.บ.,
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลราชบุรี 85
ถ.สมบุญกุล ต.หน้าเมือง
อ.เมือง จ.ราชบุรี 70000,
ประเทศไทย
Email: komkit.at@cpird.in.th

Received: March 22, 2022;

Revised: May 31, 2022;

Accepted: August 8, 2024

บทคัดย่อ

ที่มา: Covid-19 จัดเป็นโรคติดเชื้ออันตราย ต้องมีการแยกกักตัวหากติดเชื้อ งานวิจัยนี้จึงตระหนักและเห็นความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อที่ต้องถูกแยกกักตัว โดยนำข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ตรงของผู้ติดเชื้อ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและค้นหาความต้องการในระหว่างเข้ารับการรักษภายในโรงพยาบาลสนามและหอผู้ป่วยบุคคลที่ติดเชื้อ Covid-19

แบบวิจัย: การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวาง

วัตถุประสงค์และวิธีการ: ศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาภายในโรงพยาบาลสนามและหอผู้ป่วยบุคคลที่ติดเชื้อ Covid-19 โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยใช้แบบสอบถามชีวิตคุณภาพขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHO QOL-BREF-THAI) และ แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (ST-5) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้วยการวิเคราะห์ Multiple linear regression โดยใช้โปรแกรม SPSS version 21

ผลการศึกษา: พบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับยากดภูมิคุ้มกัน, เพศหญิง และอาชีพที่ไม่ได้รับเงินเดือนประจำ และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 อันดับแรก ได้แก่ การรับยากดภูมิคุ้มกัน, โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และโรคตับเรื้อรัง ผลวิเคราะห์ correlation พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง (OR: 1.486, $p < 0.005$) การไม่ได้รับวัคซีนป้องกัน Covid-19 (OR: 5.236, $p < 0.005$) และ โรคเบาหวาน (OR: 8.629, $p < 0.005$) ส่วนปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคประจำตัว (OR: 2.435, $p < 0.005$) ส่วนลำดับความต้องการของผู้ป่วยระหว่างรักษา 3 ลำดับแรกที่ทำให้มีความสำคัญและต้องการให้พัฒนาปรับปรุง ได้แก่ ด้านที่พัก/ห้องพัก ด้านความปลอดภัย และด้านอาหารและน้ำดื่ม ตามลำดับ

สรุป: ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อ Covid-19 ที่เข้ารับการรักษภายในโรงพยาบาลสนามและหอผู้ป่วยบุคคลที่ติดเชื้อ Covid-19 โรงพยาบาลราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง การไม่ได้รับวัคซีนป้องกัน Covid-19 และ โรคเบาหวาน ส่วนปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคประจำตัว

คำสำคัญ: ไวรัสโคโรนา 2019 คุณภาพชีวิต ความเครียด โรงพยาบาลสนาม หอผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

ORIGINAL ARTICLE

Health-Related Quality of Life (HRQOL) and Associated Factors of Patients from Field Hospitals or Cohort Wards in Ratchaburi Hospital

Komkit Atsawapardar¹, M.D., Sudarat Wijitsetthakul¹, M.D.,
Nidaporn Atsawapardar², Pharm.D.

¹Department of Social Medicine, Ratchaburi Hospital, Ratchaburi, ²Ratchaburi Province Public Health Office, Ratchaburi, Thailand

Corresponding author :

Komkit Atsawapardar, M.D.,
Department of Social Medicine, Ratchaburi Hospital,
85 Somboonkun Road, Na
Mueang Subdistrict
Mueang District, Ratchaburi
Province 70000, Thailand
Email: komkit.at@cpird.in.th

Received: March 22, 2022;

Revised: May 31, 2022;

Accepted: August 8, 2024

ABSTRACT

Background: Covid-19 is a dangerous infectious disease must be quarantined if infected. This study assessed the health-related quality of life (HRQOL) and associated factors of patients from field hospitals or cohort wards in Ratchaburi hospital

Design: cross-section descriptive study

Methods: World Health Organization Quality of Life Brief-Thai (WHO QOL-BREF-THAI) questionnaire and 5-item Stress scale (ST-5) of the Thai Mental Health Department were used to collect from COVID-19 patients in field hospitals and cohort wards at Ratchaburi Hospital during October 2021-December 2021 and compared using multiple linear regression and examine factors associated with health state utility (HSU) values. The data were analyzed using SPSS version 21.

Results: Top 3 factors of mean HSU score from WHO QOL-BREF-THAI were lower in patients with receiving immunosuppressant, females, and job without regular salary. Top 3 factors of mean HSU from the ST-5 were lower in patients with receiving immunosuppressant, immunodeficiency and chronic liver disease. Moreover correlation analyzed found, the WHO QOL-BREF-THAI were significantly lower in females (OR: 1.486, $p < 0.005$) unvaccinated (OR: 5.236, $p < 0.005$) and diabetes (OR: 8.629, $p < 0.005$) The ST-5 were significantly highly in patients with comorbidity (OR: 2.435, $p < 0.005$). And the most wanted of patients are accommodation/room, safety and food.

Conclusions: Covid-19 substantially impaired the HRQOL of patients at field hospitals and cohort wards in Ratchaburi hospital, the WHO QOL-BREF-THAI scores were significantly lower in female, unvaccinated and diabetes. The ST-5 scores were significantly lower in diabetes.

Keywords: Covid-19, quality of life, stress, field hospital, cohort ward

บทนำ

ไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) เป็นกลุ่มไวรัสที่อยู่ในวงศ์ Coronaviridae¹ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ประกาศให้เชื้อ Covid-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ (pandemic) พบผู้ติดเชื้อทั่วโลกรวม 170,812,850 ราย และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 3,557,586 ราย² ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขประกาศว่า Covid-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามประกาศเรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย พ.ศ. 2559³ โดยข้อมูลการระบาดของเชื้อ Covid-19 ระลอกใหม่ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 ถึง 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมรวม 260,370 ราย โดยยอดสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ติดเชื้อ 289,233 ราย และมีผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 2,182 ราย โดยยอดสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิต 2,276 ราย (ข้อมูลถึงวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2564)⁴

ผู้ติดเชื้อมีอาการเริ่มแรกคือ ไข้ ไอแห้ง ๆ หลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์จะมีปัญหาหายใจติดขัด ผู้ป่วยอาการหนักจะมีอาการปอดบวมอักเสบ และมีอาการหายใจลำบากเฉียบพลันร่วมด้วย หากอาการรุนแรงอาจทำให้อวัยวะภายในล้มเหลวและเสียชีวิต^{5,6} เชื้อเข้าสู่ร่างกายได้ทางจมูก ปาก และตา จากการได้รับน้ำมูก น้ำลาย เสมหะในรูปแบบละอองเสมหะขนาดใหญ่ (droplet) ที่มาจากการไอ จาม ของผู้ป่วยในระยะใกล้ชิดไม่เกิน 2 เมตร และจากการสัมผัสสิ่งของที่มีเชื้อไวรัสนั้นปนเปื้อน^{7,8}

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 สำหรับประชาชน และกลุ่มเสี่ยงดังนี้ ประชาชนทั่วไปออกจากบ้านเมื่อจำเป็น เว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่หนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ใช้รถสาธารณะเมื่อจำเป็น หลีกเลี่ยงชั่วมองแรงต่วน ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ ก่อนรับประทานอาหาร หลังเข้าห้องน้ำ หรือหลังจากไอ จาม หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก สำหรับผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยงคือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ผู้หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคอ้วน (BMI > 35) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคตับเรื้อรังแข็ง โรคหอบหืด/โรค

ทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ รับประทานยากดภูมิคุ้มกัน และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้หลีกเลี่ยงการออกนอกบ้าน เว้นแต่จำเป็นให้ออกนอกบ้านน้อยที่สุด ในระยะเวลาสั้น ๆ แยกของใช้ส่วนตัว ไม่ใช้ของร่วมกับผู้อื่น รับประทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ ๆ ออกกำลังกายสม่ำเสมอและพักผ่อนให้เพียงพอ กักตัวเอง 14 วัน เมื่อเดินทางกลับจากพื้นที่แพร่ระบาด ปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และหมั่นสังเกตอาการหากมีอาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ให้รับการตรวจที่โรงพยาบาลทันที⁹

สำหรับการกักตัว (quarantine) เป็นมาตรการการควบคุมโรคในผู้ที่มีความเสี่ยง โดยการให้แยกตัวออกจากชุมชน เพื่อสังเกตอาการและเป็นการป้องกันผู้อื่นจากการติดเชื้อ สำหรับผู้ที่เข้าข่ายคือ ผู้สัมผัสที่มีความใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ และผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่มีการระบาด เช่น จังหวัดกรุงเทพมหานคร และบางพื้นที่ เช่น ตลาดสี่มุมเมือง เป็นต้น¹⁰ การกักตัวต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดต่าง ๆ จึงเกิดผลกระทบ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ เช่น ต้องหยุดงาน ขาดรายได้¹¹ สำหรับนักศึกษาพบว่ามีความเครียดมากต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ Covid-19¹² และมีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว รองลงมาคือกังวลเรื่องการเรียน^{5,13} นอกจากนี้ยังพบปัญหาทางสังคมมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคม เช่น เด็ก ผู้หญิง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ คนไร้บ้าน หรือแม้กระทั่งผู้ติดเชื้อ Covid-19 ล้วนได้รับผลกระทบจากสถานการณ์นี้ ไม่ว่าจะเป็นด้านสาธารณสุข ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพจิต และปัญหาทางสังคม จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม ในการเฝ้าระวัง ดูแลและเยียวยาประชาชน ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการอย่างครอบคลุม เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนจากสถานการณ์นี้⁵

ต่อมาเมื่อเกิดการระบาดเป็นวงกว้าง มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะเวลาอันสั้น เหนือขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการดูแล ถือเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีการประกาศจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม เพื่อรองรับผู้ป่วยที่

เพิ่มขึ้น โดยให้จัดตั้งขึ้นในบริเวณที่เป็นโรงพยาบาล หรือสถานที่ที่ไม่ได้เป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุขมาก่อน เช่น วัด โรงเรียน หรือหอประชุม เป็นต้น ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง และความต้องการของชุมชน รวมถึงทรัพยากรทางสาธารณสุขที่มีอยู่ โดยมุ่งเน้นเรื่องการดูแลและประคับประคองผู้ป่วยติดเชื้อ Covid-19 ในสถานการณ์ที่มีการระบาด¹⁰ ทั้งนี้ผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการคือ ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดและอื่น ๆ

จังหวัดราชบุรีจัดระดับความรุนแรงของการระบาดในระดับประเทศเป็นระดับ 3 เนื่องจากพื้นที่ติดกับพื้นที่ควบคุมสูงสุดและมีผู้ติดเชื้อมากกว่า 10 รายต่อวัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น¹⁴ จึงส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อ Covid-19 จำนวนมาก และได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสนามที่ถูกจัดตั้งขึ้น โดยมีรายงานข้อมูลการระบาดระลอกใหม่เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 92 ราย มียอดผู้ติดเชื้อสะสม 1,682 ราย อยู่ในระหว่างการรักษา 661 ราย ก่อนหน้านี้นักงานวิจัยที่ศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของประชาชนทั่วไป บุคลากรทางการแพทย์ นักศึกษา รวมทั้งหน่วยงานราชการเป็นต้น สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ Covid-19 งานวิจัยนี้จึงตระหนักและเห็นความสำคัญของการนำข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ Covid-19 และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสนาม โดยทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสนามในเขต อำเภอเมืองจังหวัดราชบุรี เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและจะนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงกระบวนการต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลสนาม เช่น สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกภายใน วัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การบริการ และการจัดการระบบสื่อสารความเสี่ยง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของคนไข้ ครอบครัว และชุมชนต่อไป

วัสดุและวิธีการ

วิจัยเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวาง (cross-section descriptive study) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่รับการรักษาภายในโรงพยาบาลสนามและหอผู้ป่วย โรงพยาบาลราชบุรี จากการติดเชื้อไวรัส Covid-19 ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยแหล่งที่มาจากรายชื่อของผู้ที่รับการรักษาภายในโรงพยาบาลสนามและหอผู้ป่วย โรงพยาบาลราชบุรี จากการติดเชื้อไวรัส Covid-19 จากทีมสอบสวนโรค

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 194 คน ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*POWER โดยการกำหนดพารามิเตอร์ ดังนี้

จำนวนปัจจัยที่ศึกษา 14 ปัจจัย

Test family: F test

Statistical test: linear multiple regression fixed model, R2 deviation from zero

Type of power analysis: A priori: computer required sample size-given α , power and effect size

Input parameter:

Effect size = 0.15 α err prob = 0.05

Power(1- β err prob) = 0.95 number of predictor = 14

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (inclusion criteria)

- ผู้ที่รับการรักษาภายในโรงพยาบาลสนามและหอผู้ป่วยโรงพยาบาลราชบุรี จากการติดเชื้อไวรัส Covid-19
- เกณฑ์ไม่รับเข้าในการศึกษา (exclusion criteria)
- ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่เข้ารับการรักษาน

- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
- ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก (ET tube)
- เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย

- ไม่ประสงค์เข้าร่วมงานวิจัย

- ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง

วิธีการแบ่งกลุ่มประชากรที่ศึกษา

- ตามลักษณะของประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย โรคประจำตัว การได้รับวัคซีน

- การติดเชื้อและอาการ ได้แก่ ประวัติความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ Covid-19 ภาวะการอักเสบของปอด และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการดูแลรักษา
- สถานที่ที่รับการดูแลรักษา ได้แก่ โรงพยาบาลสนาม และ หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลราชบุรี

เครื่องมือที่ใช้ศึกษา

แบบสอบถามประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม และประวัติจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลราชบุรี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสนามและหอผู้ป่วยโรงพยาบาลราชบุรี โดยใช้

แบบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วย 26 คำถาม 5 ตัวเลือก คือ

- ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
- เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่น้อย
- ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือ รู้สึกแยระดับกลาง ๆ
- มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
- มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมากที่สุด รู้สึกดีมาก

แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (ST-5) ประกอบด้วย 5 คำถาม 4 ตัวเลือก คือ

- คะแนน 0 หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี
- คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง
- คะแนน 2 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง
- คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามลำดับความต้องการในขณะที่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลสนามและหอผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดส่งแบบสอบถามโดยตรงแก่ผู้เข้าร่วมงานวิจัย โดยในแบบสอบถามมีคำอธิบายชัดเจนให้ผู้ตอบแบบสอบถามทราบถึงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ โดยข้อมูลทั้งหมด คณะผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่มีการระบุตัวตนของผู้กรอกแบบสอบถาม และเริ่มจัดส่งเมื่อผ่านความเห็นชอบในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย การอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี

นำแบบสอบถามมาบันทึกข้อมูลเข้าระบบคอมพิวเตอร์ และตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่นำมาใช้ได้แก่

1. วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ด้วยสถิติบรรยายในการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยการวิเคราะห์ Multiple linear regression ด้วยโปรแกรม SPSS version 21 ลิขสิทธิ์ของศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตรศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

ผลการศึกษา

ลักษณะประชากร

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่รักษาในภายในโรงพยาบาลสนามและหอผู้ป่วยของบุคคลที่ติดเชื้อ Covid-19 โรงพยาบาลราชบุรี ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 248 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 43.55 อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีร้อยละ 85.48 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 51.61 รับประทานป้องกัน Covid-19 แล้ว 2 เข็ม ร้อยละ 54.84 ส่วนใหญ่มีประวัติความเสี่ยงสัมผัสกับสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 37.90 ไม่ทราบแหล่งที่มาหรือสถานที่ที่รับเชื้อร้อยละ 34.68 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนามร้อยละ 69.35 โรคประจำตัว 3 อันดับแรกที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 34.68 12.90 และ 3.23

ตามลำดับ ผู้ป่วยทั้งหมดไม่พบสถานะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา แสดงดังตารางที่ 1

ผลวิเคราะห์คุณภาพชีวิตจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHO-QOL-BREF-THAI)

ผลจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHOQOL-BREF-THAI ของผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 248 ราย คะแนนเฉลี่ย (mean) เท่ากับ 92.84 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 10.56 พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

- ปัจจัยด้านเพศเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชาย (OR: 2.683 95%CI: 1.571-4.580)
- ปัจจัยด้านอาชีพเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่ได้รับเงินเดือนประจำและกลุ่มที่ได้รับเงินเดือนประจำ (OR: 2.478, 95%CI: 1.444-4.254)
- ปัจจัยด้านการรับวัคซีนป้องกัน COVID-19 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการรับวัคซีน และกลุ่มที่เคยได้รับการรับวัคซีน (OR: 1.568, 95%CI: 1.340-1.834)
- ปัจจัยด้านประวัติความเสี่ยงของการติดเชื้อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีประวัติความเสี่ยงของการติดเชื้อจากบุคคลในครอบครัวและกลุ่มที่มีประวัติความเสี่ยงของการติดเชื้อจากบุคคลอื่น (OR: 2.074, 95%CI: 1.180-3.644)
- ปัจจัยด้านสถานที่ของการรับเชื้อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีประวัติรับเชื้อภายในบ้านและกลุ่มที่มีประวัติรับเชื้อจากสถานที่อื่น (OR: 2.292, 95%CI: 1.217-4.318)
- ปัจจัยด้านการรับยาคุมกำเนิดเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่รับยาคุมกำเนิดและกลุ่มที่ไม่ได้รับยา (OR: 3.184, 95%CI: 2.643-3.836)
- ปัจจัยด้านโรคประจำตัวเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว (OR: 1.390, 95%CI: 1.173-1.647) เมื่อวิเคราะห์รายโรคพบว่าโรคประจำตัวที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ โรคเบาหวาน (OR: 1.558, 95%CI: 1.353-1.793) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (OR: 1.571, 95%CI: 1.429-1.728) โรคตับเรื้อรัง (OR: 1.564,

ตารางที่ 1. ลักษณะของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 ที่รักษาในภายในโรงพยาบาลสนามและหอผู้ป่วยโรงพยาบาลราชบุรีในการศึกษา (จำนวน 248 ราย)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	108 (43.55)
หญิง	140 (56.45)
อายุ	
< 60 ปี	212 (85.48)
> 60 ปี	36 (14.52)
สถานภาพ	
โสด	136 (54.84)
สมรส	112 (45.16)
ศาสนา	
พุทธ	246 (99.19)
คริสต์	2 (0.81)
อาชีพ	
ราชการ	60 (24.19)
ค้าขาย	44 (17.74)
เกษตรกร	10 (4.03)
พนักงานเอกชน	20 (8.06)
รับจ้าง	68 (27.42)
งานบ้าน	20 (8.06)
พนักงานราชการ	6 (2.42)
ข้าราชการบำนาญ	4 (1.61)
นักเรียน	8 (3.23)
ไม่มีอาชีพ	8 (3.23)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	76 (30.65)
มัธยมศึกษา	128 (51.61)
ปริญญาตรีวิชาชีพ	12 (4.84)
ปริญญาตรี	32 (12.90)
การได้รับวัคซีนโควิด	
ไม่ได้วัคซีน	66 (26.61)
1 เข็ม	42 (16.94)
2 เข็ม	136 (54.84)
3 เข็ม	4 (1.61)
ประวัติความเสี่ยง	
ไม่ทราบ	62 (25.00)
สมาชิกในครอบครัว	94 (37.90)
เพื่อนร่วมงาน	74 (29.48)
บุคคลอื่น	18 (7.26)

ตารางที่ 1. ลักษณะของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 ที่รักษาใน
ภายในโรงพยาบาลสนามและหอผู้ป่วยโรงพยาบาลราชบุรีในการ
ศึกษา (จำนวน 248 ราย) (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (ร้อยละ)
สถานที่ติดเชื้อ	
ไม่ทราบ	86 (34.68)
โรงพยาบาล	8 (3.23)
บ้าน	70 (28.23)
ที่ทำงาน	72 (29.03)
สาธารณะ	12 (4.84)
ภาวะปอดอักเสบ	
มี	22 (8.87)
ไม่มี	226 (91.13)
ภาวะแทรกซ้อน	
ไม่มี	248 (100.00)
สถานที่รับการรักษา	
รพ.ราชบุรี	76 (30.65)
รพ.สนาม	172 (69.35)
โรคประจำตัว	
มี	72 (29.03)
ไม่มี	176 (70.97)
ชนิดโรคประจำตัว	
โรคเบาหวาน	32 (12.90)
โรคไตเรื้อรัง	8 (3.23)
โรคระบบทางเดินหายใจ	0 (0.00)
โรคหัวใจ	4 (1.61)
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	6 (2.42)
โรคตับเรื้อรัง	4 (1.61)
โรคอ้วน	86 (34.68)
ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน	6 (2.42)

95%CI: 1.423-1.719) และโรคหัวใจ (OR: 1.564, 95%CI: 1.423-1.719) แสดงดังตารางที่ 2

ผลวิเคราะห์แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ผลวิเคราะห์แบบประเมินความเครียดโดยใช้แบบ
ประเมิน ST- 5 ของผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 248 ราย
คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ
2.92 พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับยากดภูมิคุ้มกันเปรียบ-
เทียบระหว่างกลุ่มที่รับยากดภูมิคุ้มกันและกลุ่มที่ไม่ได้รับ
ยา (OR: 3.184, 95%CI: 2.643-3.836) และปัจจัยด้าน

โรคประจำตัวเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีโรคประจำตัว
และกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว (OR: 1.913, 95%CI: 1.363-
2.685) เมื่อวิเคราะห์รายโรคพบว่าโรคประจำตัวที่มีนัย
สำคัญทางสถิติได้แก่ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (OR: 2.068,
95%CI: 1.141-3.748) และโรคตับเรื้อรัง (OR: 1.506,
95%CI: 1.378-1.647) แสดงดังตารางที่ 3

ผลวิเคราะห์การถดถอย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและ ความเครียด

โดยนำปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตจากเครื่องชี้วัด
ของ WHOQOL-BREF-THAI และปัจจัยที่ส่งผลต่อความ
เครียดโดยใช้ ST-5 มาวิเคราะห์แบบ multiple linear
regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปแบบ
การสร้างตัวแปรทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพ
ชีวิตและความเครียด พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง (OR: 1.486,
95%CI: 1.118-1.974, $p < 0.005$) การไม่ได้รับวัคซีน
ป้องกัน COVID-19 (OR: 5.236, 95%CI: 2.336-11.735,
 $p < 0.005$) และ โรคเบาหวาน (OR: 8.629, 95%CI:
1.971-37.778, $p < 0.005$) ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อความ
เครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคประจำตัว
(OR: 2.435, 95%CI: 1.324-4.476, $p < 0.005$) แสดง
ดังตารางที่ 4

ผลการวิเคราะห์ลำดับความต้องการของผู้ป่วยระหว่าง รักษา

ผลระดับความสำคัญของความต้องการของผู้ป่วยติด
เชื้อ Covid-19 ระหว่างรักษา โดยแบ่งเป็น 7 ด้าน ให้ผู้เข้า
ร่วมการศึกษาลำดับความสำคัญและต้องการให้ปรับปรุง
โดยให้ความสำคัญจากมากไปน้อยได้แก่ ด้านที่พัก/ห้อง
พัก ด้านความปลอดภัย ด้านอาหารและน้ำดื่ม ด้านการ
ติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ด้านห้องน้ำและด้าน
การทำความสะอาด ด้านอุปกรณ์ด้านสุขอนามัยส่วนตัว
ด้านการติดต่อกับคนในครอบครัว ตามลำดับ แสดงดัง
ตารางที่ 5

ตารางที่ 2. ผลวิเคราะห์คุณภาพชีวิตจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)

ปัจจัย	จำนวน (ราย)	Mean (SD) WHOQOL- BREF-THAI	Odd ratio (95%CI)
เพศ			
ชาย	108	89.53 (9.42)	2.683 (1.571-4.580)
หญิง	140	94.26 (12.39)	
อายุ			
> 60 ปี	36	91.11 (10.11)	1.039 (0.808-1.337)
≤ 60 ปี	212	91.96 (11.28)	
สถานภาพ			
โสด	136	93.41 (11.70)	1.132 (0.670-1.912)
สมรส	112	90.23 (10.55)	
อาชีพ			
ไม่ได้รับเงินเดือนประจำ	158	89.43 (10.75)	2.478 (1.444-4.254)
รับเงินเดือนประจำ	90	96.23 (10.44)	
BMI Asian criteria			
≤ 25	86	90.77 (10.80)	1.014 (0.836-1.230)
> 25	162	92.41 (11.26)	
BMI WHO obesity			
≤ 30	38	92.28 (11.37)	1.172 (0.944-1.456)
> 30	210	89.42 (9.31)	
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	216	91.23 (11.34)	1.169 (0.848-1.610)
ปริญญาตรี	32	95.94 (8.38)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
< 9,000 บาท/เดือน	118	93.20 (13.60)	0.857 (0.710-1.034)
> 9,000 บาท/เดือน	130	90.92 (8.98)	
การรับวัคซีน			
ไม่ได้รับ	66	87.85 (10.51)	1.568 (1.340-1.834)
ได้รับ	182	93.34 (10.98)	
ประวัติความเสี่ยง			
ติดเชื้อจากสมาชิกในครอบครัว	94	89.51 (10.67)	2.074 (1.180-3.644)
ติดเชื้อจากบุคคลอื่น	74	93.26 (11.16)	
สถานที่ติดเชื้อ			
ติดเชื้อภายในบ้าน	70	88.49 (8.68)	2.292 (1.217-4.318)
ติดเชื้อจากสถานที่อื่น	92	93.16 (11.69)	
ภาวะปอดอักเสบระหว่างการรักษา			
มี	22	92.55 (9.09)	0.985 (0.708-1.371)
ไม่มี	226	91.77 (11.30)	
สถานที่ที่รับการรักษา			
รพ. สนาม	172	92.67 (11.34)	0.867 (0.720 -1.044)
รพ. ราชบุรี	76	89.95 (10.38)	
โรคประจำตัว			
มี	72	89.09 (8.93)	1.390 (1.173-1.647)
ไม่มี	176	93.19 (11.82)	

ตารางที่ 2. ผลวิเคราะห์คุณภาพชีวิตจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHO-QOL-BREF-THAI) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ราย)	Mean (SD) WHOQOL- BREF-THAI	Odd ratio (95%CI)
โรคประจำตัว			
เป็นโรคเบาหวาน	32	88.56 (6.71)	1.558 (1.353-1.793)
ไม่เป็นโรคเบาหวาน	216	92.32 (11.54)	
เป็นโรคไตเรื้อรัง	8	90.50 (7.95)	1.169 (0.775-1.763)
ไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง	240	91.88 (11.21)	
เป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	6	82.33 (8.07)	1.571 (1.429-1.728)
ไม่เป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	242	92.07 (11.08)	
เป็นโรคตับเรื้อรัง	4	84.50 (4.04)	1.564 (1.423-1.719)
ไม่เป็นโรคตับเรื้อรัง	244	91.96 (11.15)	
เป็นโรคหัวใจ	4	85.00 (2.31)	1.564 (1.423-1.719)
ไม่เป็นโรคหัวใจ	244	91.95 (11.16)	
รับยากดภูมิคุ้มกัน			
รับยา	6	83.33 (8.96)	3.184 (2.643-3.836)
ไม่รับยา	242	92.05 (11.09)	
ผู้ป่วยทั้งหมด	248	92.84 (10.56)	

วิจารณ์

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนามหรือหอผู้ป่วยสำหรับบุคคลที่ติดเชื้อ Covid-19 โรงพยาบาลราชบุรี ช่วงเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564 มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 248 ราย ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการรักษา โดยอ้างอิงจากลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา เพื่อทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลนำไปปรับปรุงพัฒนาระบบการรักษาของโรงพยาบาลสนามและหอผู้ป่วยโรงพยาบาลราชบุรี ผลการใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHOQOL-BREF-THAI มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 92.84 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 10.56 หมายถึงคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และการประเมินความเครียดจาก ST- ๕ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.92 หมายถึง เครียดน้อย ส่วนความต้องการที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญและเห็นสมควรให้มีการพัฒนาปรับปรุงมากที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ ด้านที่พัก/ห้องพัก ด้านความปลอดภัย

จากผล WHOQOL-BREF-THAI พบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chen และคณะ¹⁵ โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36, การศึกษาของ Qu และคณะ¹⁶ โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ปัจจัยด้านโรคประจำตัว (OR: 1.390, 95%CI: 1.173-1.647) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Temperoni และคณะ¹⁷ โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36, การศึกษาของ Zozani และคณะ¹⁸ โดยใช้แบบสอบถาม The EuroQol 5-dimensional-5 levels (EQ-5D-5L) และการศึกษาของ Kaso และคณะ¹⁹ โดยใช้แบบสอบถาม The EuroQol 5-dimensional-5 levels (EQ-5D-5L) เมื่อวิเคราะห์เฉพาะโรคพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานสอดคล้องกับการศึกษาของ Zozani และคณะ¹⁸ โดยใช้แบบสอบถาม The EuroQol 5-dimensional-5 levels (EQ-5D-5L) นอกจากนี้การศึกษานี้ ยังพบปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่นอกเหนือจากการศึกษาที่ผ่านมาได้แก่ การไม่ได้รับการรับวัคซีนป้องกัน Covid-19 ประวัติความ

ตารางที่ 3. แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ปัจจัย	จำนวน (ราย)	Mean(SD) ST-5	Odd ratio (95%CI)
เพศ			
ชาย	108	3.26 (3.00)	0.844 (0.496-1.438)
หญิง	140	3.17 (2.83)	
อายุ			
≤ 60 ปี	36	3.23 (2.91)	1.010 (0.612-1.665)
> 60 ปี	212	3.17 (3.07)	
สถานภาพ			
โสด	136	2.82 (2.71)	1.669 (0.979-2.844)
สมรส	112	3.70 (3.11)	
อาชีพ			
ไม่ได้รับเงินเดือนประจำ	158	3.29 (2.93)	0.981 (0.566-1.700)
รับเงินเดือนประจำ	90	3.09 (2.93)	
BMI Asian criteria			
≤ 25	86	3.22 (2.93)	1.087 (0.754-1.566)
> 25	162	3.21 (2.92)	
BMI WHO obesity			
≤ 30	38	3.17 (2.89)	0.947 (0.571-1.571)
> 30	210	3.47 (3.14)	
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	216	3.31 (3.02)	1.877 (0.892-3.947)
ปริญญาตรี	32	2.63 (2.12)	
รายได้ต่อเดือน			
< 9,000 บาท/เดือน	118	3.17 (3.17)	1.049 (0.736-1.495)
> 9,000 บาท/เดือน	130	3.26 (2.69)	
การรับวัคซีน			
ไม่ได้รับ	66	3.59 (3.01)	1.141 (0.778-1.674)
ได้รับ	182	3.08 (2.88)	
ประวัติความเสี่ยง			
จากสมาชิกในครอบครัว	94	3.45 (3.11)	1.251 (0.728-2.151)
จากบุคคลอื่น	74	3.08 (2.80)	
สถานที่ติดเชื้อ			
ติดเชื้อภายในบ้าน	70	3.66 (3.17)	1.079 (0.602-1.937)
ติดเชื้อจากสถานที่อื่น	92	3.04 (2.81)	
ภาวะปอดอักเสบระหว่างการรักษา			
มี	22	4.77 (3.57)	1.427 (0.869-2.343)
ไม่มี	226	3.07 (2.82)	
สถานที่ที่ได้รับการรักษา			
รพ. สนาม	172	2.58 (2.69)	0.421 (0.300-0.590)
รพ. ราชบุรี	76	4.66 (2.94)	
โรคประจำตัว			
มี	72	3.90 (2.76)	1.913 (1.363-2.685)
ไม่มี	176	2.88 (2.95)	

ตารางที่ 3. แบบประเมินความเครียด (ST-5) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ราย)	Mean (SD) ST-5	Odd ratio (95% CI)
โรคประจำตัว			
มี	72	3.90 (2.76)	1.913 (1.363-2.685)
ไม่มี	176	2.88 (2.95)	
โรคประจำตัว			
เป็นโรคเบาหวาน	32	3.69 (2.87)	1.157 (0.711-1.883)
ไม่เป็นโรคเบาหวาน	216	3.15 (2.93)	
เป็นโรคไตเรื้อรัง	8	5.00 (3.93)	1.538 (0.751-3.150)
ไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง	240	3.16 (2.88)	
เป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	6	5.67 (3.61)	2.068 (1.378-1.647)
ไม่เป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	242	3.16 (2.89)	
เป็นโรคตับเรื้อรัง	4	1.00 (1.15)	1.506 (1.141-3.748)
ไม่เป็นโรคตับเรื้อรัง	244	3.25 (2.93)	
เป็นโรคหัวใจ	4	6.00 (4.62)	1.525 (0.563-4.130)
ไม่เป็นโรคหัวใจ	244	3.17 (2.88)	
รับยากดภูมิคุ้มกัน			3.184 (2.643-3.836)
รับยา	6	5.67 (0.52)	
ไม่รับยา	242	3.16 (2.93)	
ผู้ป่วยทั้งหมด	248	3.22 (2.92)	

ตารางที่ 4. ผลวิเคราะห์ correlation เพื่อหาความแม่นยำของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเครียด

เครื่องมือ	ลักษณะเฉพาะของ ปัจจัย	Odd ratio	95%CI	P-value
WHOQOL-BREF-THAI	เพศหญิง	1.486	1.118-1.974	< 0.005
	ไม่ได้รับวัคซีน	4.842	2.140-10.958	< 0.005
	โรคเบาหวาน	7.844	1.780-34.914	< 0.005
ST-5	โรคประจำตัว	2.435	1.324-4.476	< 0.005

ตารางที่ 5. ผลการวิเคราะห์ลำดับความต้องการการดูแลในมุมมองของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล

ลำดับความ สำคัญ	เรื่อง	จำนวน (ร้อยละ)
1	ที่พัก/ห้องพัก	94 (37.90)
2	ความปลอดภัย	46 (18.55)
3	อาหารและน้ำดื่ม	32 (12.90)
3	การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล	32 (12.90)
3	ห้องน้ำและการทำความสะอาด	32 (12.90)
4	อุปกรณ์ด้านสุขอนามัยส่วนตัว	6 (2.42)
4	การติดต่อกับคนในครอบครัว	6 (2.42)

เสี่ยงการติดเชื้อจากคนในครอบครัว ประวัติการรับเชื้อจากที่บ้าน โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคตับเรื้อรัง โรคหัวใจ และผู้ป่วยที่รับยากดภูมิคุ้มกัน

จากการใช้แบบประเมินความเครียด ST- 5 พบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Temperoni และคณะ¹⁷ โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36, การศึกษาของ Zozani และคณะ¹⁸ โดยใช้แบบสอบถาม The EuroQol 5-dimensional-5 levels (EQ-5D-5L) และการศึกษาของ Kaso และคณะ¹⁹ โดยใช้แบบสอบถาม

The EuroQol 5-dimensional-5 levels (EQ-5D-5L) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่นอกเหนือจากการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องผู้ป่วย โรคตับเรื้อรัง และผู้ป่วยที่รับยากดภูมิคุ้มกัน

เมื่อนำปัจจัยมาวิเคราะห์แบบ correlation เพื่อเพิ่มความแม่นยำของปัจจัยอีกร้อยละ 70.00 พบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความเครียด พบว่าปัจจัยที่ส่งผลได้แก่ เพศหญิงสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chen และคณะ และการศึกษาของ Qu และคณะ¹⁶ และโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Zozani และคณะ¹⁸ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Temperoni และคณะ¹⁷, การศึกษาของ Zozani และคณะ¹⁸ และการศึกษาของ Kaso และคณะ¹⁹ และพบปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่นอกเหนือจากการศึกษาที่ผ่านมาได้แก่ การไม่ได้รับวัคซีนป้องกัน Covid-19

การศึกษาก่อนหน้านี้ยังพบปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต^{15,17} ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป¹⁸ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหอบหืด ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องรับยา dexamethasone ร่วมกับออกซิเจนช่วยในการหายใจ¹⁹

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อ Covid-19 ยังไม่พบในประเทศไทย ซึ่งการศึกษานี้เป็นการศึกษาแรก ข้อมูลที่ได้คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนาระบบการรักษาและการบริการของผู้ป่วยติดเชื้อ Covid-19 ให้มีคุณภาพมากขึ้นต่อไป หรือใช้ในการวางแผนการดูแลในกรณีที่เกิดการระบาดเป็นวงกว้างของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เช่น การจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เคยได้รับวัคซีน ออกจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น เพื่อให้ง่ายต่อการเฝ้าระวังติดตามอาการ และให้การดูแลได้ใกล้ชิด

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. ความแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าคือการใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน ซึ่งทางผู้วิจัยเลือกใช้ WHOQOL-BREF-THAI ในการประเมินคุณภาพชีวิต เนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตในระยะ 14 วัน ซึ่งตรงกับระยะเวลาในการกักตัวตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ Covid-19

2. การศึกษาในรูปแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เป็นการศึกษาที่นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ณ ช่วงเวลานั้น ๆ ที่ศึกษาแต่ไม่ได้เปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตก่อนการติดเชื้อ Covid-19

สรุป

จากกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม หรือหอผู้ป่วยสำหรับบุคคลที่ติดเชื้อ Covid-19 โรงพยาบาลราชบุรีทั้งหมด 248 ราย พบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศหญิง การไม่ได้รับวัคซีนป้องกัน Covid-19 และโรคเบาหวาน จากการใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHOQOL-BREF-THAI ส่วนการใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) พบปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ โรคประจำตัว

ส่วนความต้องการที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญและเห็นสมควรให้มีการปรับปรุงมากที่สุด ได้แก่ ด้านที่พัก/ห้องพัก และด้านความปลอดภัย

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อ Covid-19 นี้ ข้อมูลที่ได้คาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนาระบบการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยติดเชื้อ Covid-19 ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น

Highlight

1. มีปัจจัยหลายด้านส่งผลต่อการดูแลเพื่อรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
2. แพทย์สามารถใช้ข้อมูลของผู้ป่วยในการดูแลรักษาเพื่อบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วย
3. ในภาวะการเกิดโรคอุบัติใหม่ ควรเฝ้าระวังผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ
4. ในสภาวะที่จำกัด ที่พักและความปลอดภัย สร้างความมั่นใจและความสบายใจแก่ผู้ป่วยได้

เอกสารอ้างอิง

1. Li X, Luk H, Lau S, Woo P. Human coronavirus: General features. Biomedical Sciences 2019. doi: 10.1016/B978-0-12-801238-3.95704.0.
2. World Health Organization. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. [cited 2020 Jan 14]. Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
3. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย พ.ศ. ๒๕๕๙ (2559, 3 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 133 ตอนพิเศษ 128 ง., หน้า 4.
4. ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2564 (เข้าถึงเมื่อ 7 ก.ค. 2564). เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no549-050764.pdf>
5. กรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต เปิดการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ชีวิตวิถีใหม่ “MCATT: New normal ERA” แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานช่วยเหลือเยียวยาจิตใจของทีม [อินเทอร์เน็ต]. 2563 (เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ค. 2564) เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/covid19/news2/view.asp?id=25>
6. World Health Organization. Report of the WHO China Joint Mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 March 16]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-jointmission-on-Covid-19-final-report.pdf>
7. ยงเจือ เหล่าศิริถาวร. สถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
8. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 26]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-Covid-19>
9. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 (เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ค. 2564). เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_quarantine_state090863.pdf
10. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินการสถานที่กักกัน รูปแบบเฉพาะองค์กร [อินเทอร์เน็ต]. 2563. (เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ค. 2564). เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_quarantine_state090863.pdf
11. พิริยะ ผลพิรุฬห์. ผลกระทบทางเศรษฐกิจจาก “ไวรัสโควิด-19”. จดหมายข่าวศูนย์ศึกษา พัฒนาการเศรษฐกิจ. 2563;7:4-7.
12. กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ, ลาพิง วอนอก, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความเครียดต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และ สหเวชศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก. วารสารวิจัยทาง วิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2563;14:138-48.
13. อภิญา อิงอาจ, ณัฐพร กาญจนภูมิ, และพรพรรณ เขยจิตร. ความกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี. วารสารบริหารธุรกิจเทคโนโลยีมหานคร. 2563;17:94-113.
14. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์การพิจารณาตามระดับความรุนแรงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/im_commands/im_commands12_1.pdf
15. Chen KY, Li T, Gong FH, Zhang JS, Li XK. Predictors of health-related quality of life and influencing factors for COVID-19 patients, a follow-up at one month. Front Psychiatry. 2020;11:668.
16. Qu G, Zhen Q, Wang W, Fan S, Wu Q, Zhang C, et al. Health-related quality of life of COVID-19 patients after discharge: A multicenter follow-up study. J Clin Nurs. 2021;30:1742-50.
17. Temperoni C, Grieco S, Pasquini Z, Canovari B, Polenta A, Gnudi U, et al. Clinical characteristics, management and health related quality of life in young to middle age adults with COVID-19. BMC Infect Dis. 2021;21:134. PubMed PMID: 33522907
18. Arab-Zozani M, Hashemi F, Safari H, Yousefi M, Ameri H. Health-related quality of life and its associated factors in COVID-19 patients. Osong Public Health Res Perspect. 2020;11:296-302.
19. Kaso AW, Agero G, Hurisa Z, Kaso T, Ewune HA, Hailu A. Evaluation of health-related quality of life of Covid-19 patients: a hospital-based study in South Central Ethiopia. Health Qual Life Outcomes. 2021;19(1):268. PubMed PMID: 34930294