



บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อ โควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

จิรารัตน์ ชันติยะบุตร* ปิ่นหทัย ศุภเมธาวรร** และ สุริพร ธนศิลป์***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ โรคร่วม ดัชนีมวลกาย อาการ และสภาวะการทำหน้าที่ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 113 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินอาการ แบบประเมินสภาวะการทำหน้าที่ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ .80 1.0 และ .88 และความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .83 .83 และ .81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์อันดับ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา: พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 23.38$, $SD = 3.55$) โดยสภาวะการทำหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .257$) และอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอาการที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เจ็บหน้าอก/ใจสั่น อาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า อาการหายใจลำบาก/หอบเหนื่อย อาการปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ อาการนอนไม่หลับ อาการมึนงง/คิดไม่ออก อาการปวดเจ็บในข้อ และปัญหาด้านอารมณ์ ($r = -.363, -.292, -.247, -.250, -.281, -.295, -.229$ และ $-.198$ ตามลำดับ) ส่วนอายุ เพศ โรคร่วม และดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

สรุป: ผลของการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบจะเป็นข้อมูลในการเตรียมการดูแลผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ ต่อไป

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสุขภาพ, คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, ผู้ติดเชื้อโควิด-19, สภาวะการทำหน้าที่, อาการที่คงอยู่

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้รับผิดชอบหลัก

*** รองศาสตราจารย์ และ หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



Factors Associated with Health-related Quality of Life among COVID-19 Survivors after Hospital Discharge

Jirarat Khantiyabot* Pinhatai Supametaporn** and Sureeporn Thanasilp***

Abstract

Purpose: To investigate the health-related quality of life (HRQoL) and the relationships between age, gender, comorbidities, body mass index (BMI), symptoms, and functional status with the HRQoL of persons with COVID-19 after discharge.

Design: Descriptive correlational research

Methods: The samples were 113 individuals who had previously been infected with COVID-19 and had been discharged from one hospital. The research instruments included a symptom assessment scale, a functional status scale, and a health-related quality of life scale. The content validity indices for these instruments were .80, 1.00, and .88, respectively. Reliability, measured by Cronbach's alpha coefficients, was .83, .83, and .81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Eta Coefficients, and Pearson's Correlation Coefficients.

Results: The study found that the overall HRQoL among COVID-19 survivors after discharge was at a moderate level ($M = 23.38$, $SD = 3.55$). Functional status was positively correlated with HRQoL at a statistically significant level of .05 ($r = .257$). Conversely, symptom severity was negatively correlated with HRQoL, also at a statistically significant level of .05. Symptoms that showed significant negative correlations included chest pain/palpitations, fatigue/exhaustion, shortness of breath/dyspnea, headache/dizziness, insomnia, brain fog/difficulty concentrating, joint pain, and emotional problems ($r = -.363, -.292, -.247, -.250, -.281, -.295, -.229$, and $-.198$, respectively). Age, sex, comorbidities, and BMI were not significantly associated with HRQoL among post-discharge COVID-19 survivors.

Conclusion: the results of the study on factors related to health-related quality of life of COVID-19 infected people after discharge from the system will be used as information for preparing to care for this group of infected people in the future.

Keywords: Health recovery, Health-related quality of life, COVID-19 Survivors, Functional status, Persistent symptoms

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2025, 37(1) : 41-54

Article info: received July 3, 2024; revised May 6, 2025; accepted June 16, 2025

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

** Assistance Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Correspondence Author

*** Associate Professor and Director of Asian Wisdom Care Research Unit, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Research Advisor

E-mail: kerojira @ gmail.com



บทนำ

โรคโควิด-19 หรือโคโรนาไวรัส 2019 (Coronavirus 2019) เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่แพร่ระบาดทั่วโลกตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 โดยแม้ว่าอัตราการติดเชื้อและความรุนแรงของโรคจะลดลงจากมาตรการควบคุมโรคและการได้รับวัคซีน แต่ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ที่หายจากโรคยังคงเป็นประเด็นสำคัญ โดยเฉพาะในช่วงหลังจำหน่ายจากระบบบริการสุขภาพ ซึ่งผู้ป่วยจำนวนมากยังคงเผชิญกับอาการหลงเหลือ (Long COVID) เช่น อ่อนเพลีย หายใจลำบาก นอนไม่หลับ และปัญหาทางจิตใจ ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระยะยาว¹

ภายหลังการจำหน่ายจากระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยโควิด-19 จำนวนไม่น้อยยังคงเผชิญกับความท้าทายในการกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มศักยภาพ ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคร่วม หรือภาวะสุขภาพเปราะบางยิ่งมีความเสี่ยงในการเผชิญกับปัญหาสุขภาพเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งหากไม่ได้รับการติดตามและฟื้นฟูอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้² นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ยังพบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์³ ซึ่งการติดเชื้อโควิด-19 นอกจากจะส่งผลต่อการเจ็บป่วยด้านร่างกาย ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ ในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความไม่สบายจากอาการที่หลงเหลืออยู่ เช่น อาการเหนื่อยล้า หายใจลำบาก ไอ เจ็บคอ การรับกลิ่นผิดปกติ ความบกพร่องด้านการรู้คิด⁴ เป็นต้น ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจนำไปสู่อาการผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบเหตุการณ์รุนแรง⁵ เป็นต้น ด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยผู้ป่วยมีความยากลำบากในการกลับสู่บทบาทด้านการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประกอบ

อาชีพ และอาจถูกตีตราจากบุคคลในสังคม⁶ และยังกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบลดลง⁷

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ของบุคคลในด้านความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในด้านต่าง ๆ ของชีวิตที่บุคคลนั้นให้ความสำคัญ โดยมุ่งเน้นไปที่ความผิดปกติของร่างกาย ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรค รวมถึงผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรค ต่อมุมมองการใช้ชีวิตของบุคคล⁸ ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบอยู่ในระดับต่ำกว่าระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไป⁹ การศึกษาในระยะ 3-6 เดือนหลังจำหน่ายพบระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ลดลงถึง 51-62%¹⁰ เนื่องจากภาระจากการเจ็บป่วยที่คงอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสุขภาพที่เหมาะสม จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจำหน่ายหรือบางรายอาจมีการติดเชื้อซ้ำ ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก ทำให้สูญเสียทรัพยากรและงบประมาณในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินและติดตามผลกระทบจากโรคในระยะยาว รวมทั้งค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการฟื้นฟูสุขภาพติดเชื้อโควิด-19 ภายหลังจำหน่ายออกจากระบบ

การทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ ได้แก่ อายุ⁷ เพศ¹¹ โรคร่วม¹² ดัชนีมวลกาย⁹ อาการ¹² และสภาวะการทำหน้าที่¹³ ส่วนการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ แต่มีงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะหลังติดเชื้อโควิด-19 ที่ส่วนใหญ่เน้นการติดตามด้านอาการทางคลินิกและผลลัพธ์ด้านสุขภาพกาย โดยยังขาดการศึกษาที่ครอบคลุมถึงปัจจัยส่วนบุคคล โรคร่วม และสภาวะการทำหน้าที่ที่ส่งผลต่อ



คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังจำหน่าย และผลการศึกษาในต่างประเทศก็มีข้อจำกัดในการนำมาประยุกต์ใช้ภายใต้บริบทของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเฟอร์แรน⁸ เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดีขึ้น และลดผลกระทบด้านสุขภาพในระยะยาว¹⁴ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้เทียบเท่าปกติก่อนการเจ็บป่วยและลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศ

วัตถุประสงค์การวิจัย

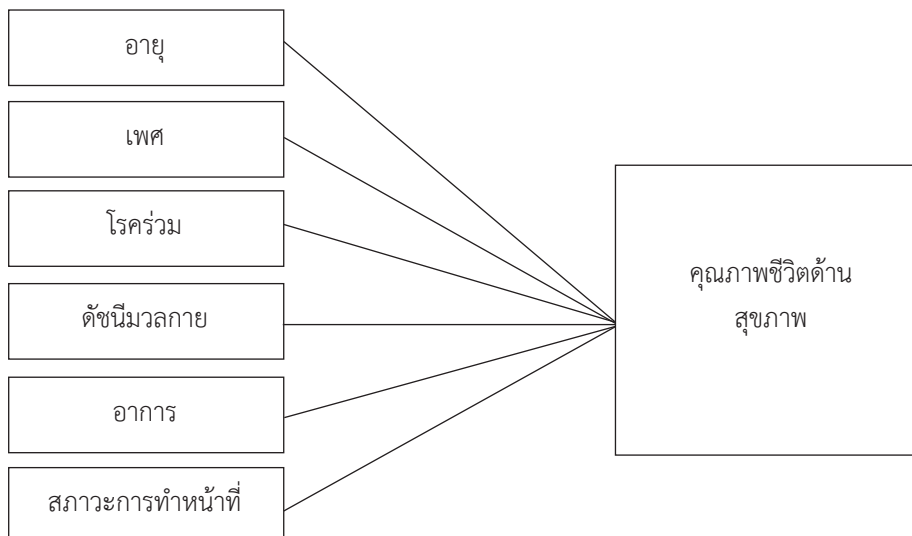
1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ โรคร่วม ดัชนีมวลกาย อาการและสภาวะการทำหน้าที่กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ เพศ ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ
2. โรคร่วมและอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ
3. สภาวะการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans et al. (2005)⁽⁸⁾ ร่วมกับการสังเคราะห์จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 คัดเลือกปัจจัยมาศึกษาดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ โรคร่วม ดัชนีมวลกาย 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ อาการที่คงอยู่หลังจำหน่าย สภาวะการทำหน้าที่ และ 3) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (correlational research design)

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เคยเข้ารับการรักษาระบบบริการทั้งในโรงพยาบาลและสถานบริการภายนอกโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รักษาผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร หลังจำหน่ายออกจากระบบ ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบบริการตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งที่เป็นแม่ข่ายการดูแล หรือผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยสแกนผ่าน QR code ไปสเตอร์ประชาสัมพันธ์โครงการ โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2566 และเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งเพศชายและหญิงที่มีผลตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธีการ Reverse transcription-polymerase chain reaction (RT-PCR) หรือ Fluorescent immunoassay (FIA) หรือ Antigen Test Kit (ATK) หลังจำหน่ายออกจากระบบตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป 2) เคยเข้ารับการรักษารักษาโรคโคโรนาไวรัสในหอผู้ป่วยทั่วไป (Cohort ward) หรือหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลรามาริบัติ หรือในหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) โรงพยาบาลสนาม หรือการแยกกักตัวที่บ้าน (Home isolation) ที่โรงพยาบาลรามาริบัติเป็นแม่ข่ายการดูแล 3) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ใช้แบบประเมิน Mini Mental Status Exam Thai (MMSE-Thai 2022) คะแนน < 17 คะแนน คือสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม 4) สามารถสื่อสารด้วยการอ่าน การฟัง การเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power Analysis Version 3.1.9.7 กำหนดขนาด

อิทธิพล เท่ากับ .26 อ้างอิงจากงานวิจัยของ Qu et al. (2021)¹¹ กำหนดอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 113 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีน วันที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะเวลหลังจำหน่ายออกจากระบบ หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษา และระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

2. แบบประเมินอาการของ Chinda et al. (2011)¹⁵ ที่พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยมาจาก ESAS ร่วมกับบททวนวรรณกรรม จำนวนทั้งหมด 11 ข้อ โดยคำถามครอบคลุมอาการที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ ลักษณะคำตอบเป็นระดับ 0-10 โดยเลข 0 หมายถึงไม่มีอาการ และเลข 10 หมายถึงมีอาการมากที่สุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา CVI เท่ากับ .80 ตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .83

3. แบบประเมินสภาวะการทำหน้าที่ของสุขุติชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2541)¹⁶ พัฒนาจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีจุฬา เอตีแอล ใช้ประเมินความสามารถของบุคคลตามความเป็นจริง ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ภายนอกบ้าน การประกอบอาหาร การทำงานบ้าน การทอนเงิน และการใช้บริการขนส่งสาธารณะ จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะคำตอบในแต่ละข้อแตกต่างกัน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-14 คะแนน การแปลผล คะแนน 0-4 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้น้อย คะแนน 5-8 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน



ต่อเนื่องได้ปานกลาง และคะแนน > 9 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ดี ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา CVI เท่ากับ 1.0 ตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .83

4. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของ Ferrans & Powers (1984 & 1998) แปลเป็นภาษาไทย โดย เอมอร แสงศิริ (2003) ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3) ด้านจิตวิญญาณ และ 4) ด้านครอบครัว จำนวนทั้งหมด 70 ข้อ โดยเป็นคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต 35 ข้อ และความสำคัญในชีวิต 35 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่พึงพอใจ/ไม่สำคัญอย่างมาก จนถึง 6 หมายถึง พึงพอใจ/สำคัญอย่างมาก การแปลผลเทียบระดับขั้นของเปอร์เซ็นต์ โดย 61-70 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ต่ำ 71-80 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง 81-90 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ดี และ 91-100 เปอร์เซ็นต์ หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ดีมาก ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา CVI เท่ากับ .88 ตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เลขที่ COA. MURA2023/285 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิโดยแจ้งว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ หรือสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยสิ้นสุด ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็น

ความลับและนำเสนอผลในภาพรวม โดยไม่ระบุชื่อเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีและสมัครใจเข้าร่วม จึงให้ลงนามในใบยินยอมก่อนการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน เพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกรณีผู้ป่วยที่มีนัดหมายติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากระบบ จะขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยตรวจอายุรกรรมเป็นผู้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนกรณีผู้ป่วยที่ไม่มีนัดหมายติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากระบบ ผู้วิจัยขออนุญาตเปิดรับสมัครอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยผ่านโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ และมี QR code สำหรับสแกนตอบแบบสอบถามในรูปแบบ google form ติดไว้บริเวณหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี นอกจากนี้ ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลเยี่ยมบ้านที่ดูแลติดตามอาการผู้ติดเชื้อโควิด-19 ช่วยประชาสัมพันธ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยกรณีผู้ป่วยที่มีนัดหมายติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากระบบ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ตามขั้นตอน ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่ม



ตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน MMSE-Thai (2002) 2) เชิญกลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและให้ทำแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที และจะยุติการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างแสดงอาการเหนื่อยล้า หายใจลำบาก เวียนศีรษะ มีไข้ หรือรู้สึกไม่สบายใจ ให้การพยาบาลเบื้องต้น พร้อมทั้งประสานงานกับพยาบาลประจำแผนกเพื่อรายงานแพทย์ 3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

กรณีผู้ป่วยที่ไม่มียินยอมติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากระบบ ภายหลังกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จะให้สแกน QR code เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์และใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามก่อนเริ่มตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยกำหนดให้กรอกข้อมูลครบถ้วนก่อนจึงสามารถส่งแบบสอบถามได้

4. ภายหลังตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วน มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา โดยสถิติเชิงพรรณนาหา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและโรครวม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (Eta Coefficient) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ดัชนีมวลกาย อาการ และสถานะการทำงาน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation

Coefficient) ซึ่งผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.4 อายุเฉลี่ย 49.85 ปี ($SD = 19.38$) ส่วนใหญ่น้ำหนักเกินเกณฑ์ร้อยละ 54.3 ($n = 62$) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 47.8 ($n = 54$) ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 58.4 ($n = 66$) ทำงานกับหน่วยงานราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 46.9 ($n = 53$) รายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 54.9 ($n = 62$) และมีโรคประจำตัวร้อยละ 60.2 ($n = 68$) ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 92 ($n = 104$) รักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 52.2 ($n = 59$) ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือกักตัวอย่างน้อย 5 วัน ร้อยละ 53.1 ($n = 60$) และทุกรายได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 โดยร้อยละ 92 ($n = 104$) ได้รับวัคซีนอย่างน้อย 3 เข็ม ระยะเวลาหลังจากออกจากระบบจนถึงวันที่เก็บข้อมูลโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 91.2 ($n = 103$) เป็นเวลาเกิน 3 เดือน และเป็นผู้ติดเชื้อที่อยู่ในระลอกปัจจุบันร้อยละ 57.5 ($n = 65$)

ข้อมูลปัจจัยที่ศึกษา

อาการของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการที่คงอยู่ในระดับต่ำ โดยคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการที่คงอยู่สูงสุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ($M = 3.07$, $SD = 2.62$) ไอ/เจ็บคอ ($M = 2.76$, $SD = 2.90$) ปัญหาด้านอารมณ์ ($M = 2.48$, $SD = 2.31$) นอนไม่หลับ ($M = 2.39$, $SD = 2.31$) และปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ ($M = 2.29$, $SD = 2.45$) ซึ่งทั้ง 5 อาการพบในกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 65 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการที่คงอยู่ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ (n = 113)

อาการที่คงอยู่	มีอาการ		ไม่มีอาการ		คะแนนความรุนแรงของอาการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	M	SD
1. อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า	80	70.8	33	29.2	3.07	2.62
2. ไอ/ เจ็บคอ	71	62.8	42	37.2	2.76	2.90
3. ปัญหาด้านอารมณ์	72	63.7	41	36.3	2.48	2.31
4. นอนไม่หลับ	69	61.1	44	38.9	2.39	2.31
5. ปวดศีรษะ/ เวียนศีรษะ	71	62.8	42	37.2	2.29	2.45
6. ปวดเจ็บในข้อ	48	42.5	65	57.5	1.52	2.27
7. มึนงง/ คิดไม่ออก	55	48.7	58	51.3	1.29	1.84
8. หายใจลำบาก/ หอบเหนื่อย	41	36.3	72	63.7	1.08	1.90
9. จมูกไม่ได้กลิ่น	16	14.2	97	85.8	0.76	2.17
10. ลิ้นไม่รับรส	16	14.2	97	85.8	0.74	2.17
11. เจ็บหน้าอก/ ใจสั่น	20	17.7	93	82.3	0.34	0.99
12. ผม่วรง	5	4.4	108	95.6	-	-

สภาวะการทำหน้าที่ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง และร้อยละ 13.3 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้น้อย ดังตารางที่ 2

หลังจำหน่ายออกจากระบบ

กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 54.0 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดี ร้อยละ 32.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสภาวะการทำหน้าที่ในผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ (n = 113)

สภาวะการทำหน้าที่	จำนวน	ร้อยละ
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้น้อย (0-4 คะแนน)	15	13.3
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (5-8 คะแนน)	37	32.7
สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดี (9 คะแนน)	61	54.0



คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 23.38$, $SD = 3.55$) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายมีค่าต่ำที่สุด ($M = 22.71$, $SD = 4.15$) และด้านจิตวิญญาณมีค่าสูงที่สุด ($M = 24.25$, $SD = 4.25$) อย่างไรก็ตามทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด ดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ และสภาวะการทำหน้าที่ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า สภาวะการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .257$) และอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอาการเจ็บหน้าอก/ใจสั่น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด ($r = -.363$) รองลงมา ได้แก่ อาการเมื่อย/คิดไม่ออก อาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ อาการปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ อาการหายใจลำบาก/หอบเหนื่อย อาการปวดเจ็บในข้อ และปัญหาด้านอารมณ์ ($r = -.295, -.292, -.281, -.250, -.247, -.229$ และ $-.198$ ตามลำดับ) ส่วน อายุ เพศ โรคร่วม และดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในติดเชื้อโควิด-19หลังจำหน่ายออกจากระบบ จำแนกตามองค์ประกอบและโดยรวม ($n = 113$)

องค์ประกอบรายด้าน	M	SD	เปอร์เซ็นต์	ระดับ
ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย	22.71	4.15	75.70	ปานกลาง
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	23.52	3.77	78.40	ปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ	24.25	4.25	80.83	ปานกลาง
ด้านครอบครัว	23.99	4.35	79.97	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	23.38	3.55	77.93	ปานกลาง



ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการ และสภาวะการทำหน้าที่ กับคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ (n = 113)

ตัวแปร	ขนาดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
1. อายุ	-.067	.478
2. เพศ	.094 ^η	.422
3. โรคร่วม	.212 ^η	.552
4. ดัชนีมวลกาย	.180	.056
5. อาการอ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า	-.292	.002
6. อาการหายใจลำบาก/ หอบเหนื่อย	-.247	.008
7. อาการเจ็บหน้าอก/ ใจสั่น	-.363	.000
8. อาการปวดเจ็บในข้อ	-.229	.015
9. อาการไอ/ เจ็บคอ	-.178	.059
10. อาการจุกไม่ไ้กลืน	-.063	.505
11. อาการลิ้นไม่รับรส	-.086	.366
12. อาการปวดศีรษะ/ เวียนศีรษะ	-.250	.008
13. อาการนอนไม่หลับ	-.281	.003
14. ปัญหาด้านอารมณ์	-.198	.035
15. อาการมึนงง/ คิดไม่ออก	-.295	.002
16. สภาวะการทำหน้าที่	.257	.006

^η = Eta coefficient



อภิปรายผล

การศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 23.38$, $SD = 3.55$) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายมีค่าต่ำที่สุด ($M = 22.71$, $SD = 4.15$) และด้านจิตวิญญาณมีค่าสูงที่สุด ($M = 24.25$, $SD = 4.25$) และทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด เนื่องจากแม้ว่าผู้ติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 92.0 ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ≥ 3 เข็ม ซึ่งช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดการนอนโรงพยาบาล และลดการเสียชีวิต รวมทั้งมีแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ มากขึ้นแต่การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ยังคงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบในหลายด้าน ทั้งด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าร้อยละ 65 ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่อย่างน้อย 1 อาการเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน หลังจำหน่ายออกจากระบบ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความยากลำบากในการกลับสู่บทบาททั้งในด้านการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเนื่องจากมาตรการในการเว้นระยะห่างทางสังคม อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ($M = 20.32$, $SD = 3.97$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Qu, Zhe¹¹ ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ ได้แก่ อาการและสภาวะการทำหน้าที่ ดังนี้

สภาวะการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .257$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.9 เป็นบุคคลที่อยู่ในวัยทำงาน และส่วนใหญ่ร้อยละ 54 มีคะแนนสภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับดี ซึ่งการที่ยังคงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือการทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ได้ดังเช่นก่อนเจ็บป่วย ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ในขณะที่ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ยังคงมีความบกพร่องของสภาวะการทำหน้าที่ จนกระทั่งหลังจำหน่ายออกจากระบบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของปอด โดยพบลักษณะของรอยโรคที่ปอด ทำให้ความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในปอดลดลง¹⁷ ผู้ป่วยยังคงมีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ($M = 20.32$, $SD = 3.97$) การเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ของ Taboada et al., (2021)¹³ ที่พบว่าผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ ที่ยังคงมีความบกพร่องของสภาวะการทำหน้าที่ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยลดลง

อาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบ โดยอาการที่พบว่ามีความสัมพันธ์ ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก/ใจสั่น ($r = -.363$) อาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ($r = -.292$) อาการหายใจลำบาก/หอบเหนื่อย ($r = -.247$) อาการปวดศีรษะ/เวียนศีรษะ ($r = -.250$) อาการนอนไม่หลับ ($r = -.281$) อาการมึนงง/คิดไม่ออก ($r = -.295$) อาการปวดเจ็บในข้อ ($r = -.229$) และปัญหาด้านอารมณ์ ($r = -.198$) โดยกลุ่มตัวอย่าง มีช่วงของการติดเชื้อตั้งแต่ระลอกที่ 3-ระลอกปัจจุบัน (เมษายน 2564-กันยายน 2566) ร้อยละ 65 ยังคงมีอาการอย่างน้อย 1 อาการ



หลังจำหน่ายออกจากระบบเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน ซึ่งการที่ผู้ป่วยยังมีอาการเหล่านี้ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมน้อยลง ส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอย อีกทั้งผู้ที่ยังมีอาการต้องเผชิญกับการแยกตัวทางสังคมเป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตและการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งกระทบต่อการทำหน้าที่ทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Islam et al. (2021)¹² ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 หลังจำหน่ายออกจากระบบที่มีอาการหลังจำหน่ายออกจากระบบมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ดังนี้

1. ระยะเวลาการเก็บข้อมูล: การเก็บข้อมูลเป็นช่วงเวลาเฉพาะ (Cross-sectional study) จึงไม่สามารถแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตในระยะยาวได้

2. ความเป็นอัตวิสัยของการประเมิน: ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมตอบด้วยตนเอง อาจมีความลำเอียงจากการรับรู้ส่วนบุคคล (Self-report bias)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านคลินิก: โรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถใช้ข้อมูลนี้เพื่อพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 หลังจำหน่าย โดยเฉพาะการส่งเสริมสมรรถภาพการทำงานที่และลดอาการคงอยู่
2. ด้านสาธารณสุข: หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลวิจัยไปใช้ในการวางแผนติดตามสุขภาพระยะยาวของผู้ป่วยหลังจำหน่าย เพื่อป้องกันผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในอนาคต

จากข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ มีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ดังนี้

1. การศึกษาเชิงระยะยาว (Longitudinal study): ควรมีการติดตามผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตและสมรรถภาพการทำงาน
2. ขยายกลุ่มตัวอย่าง: การวิจัยในกลุ่มประชากรที่หลากหลายขึ้น ทั้งในแง่ภูมิศาสตร์และลักษณะประชากร เพื่อเพิ่มความสามารถในการสรุปผล
3. การวิเคราะห์เชิงลึก: ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมเพิ่มเติม เช่น การสนับสนุนทางสังคมและความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) ที่อาจมีบทบาทต่อคุณภาพชีวิต



References

1. World Health Organization. (2021). COVID-19 Clinical Management: Living Guidance. Geneva: WHO.
2. Carfi A, Bernabei R, Landi F; Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA. 2020 Aug 11; 324(6):603-605. doi: 10.1001/jama.2020.12603. PMID: 32644129; PMCID: PMC7349096.
3. Taquet, M., Geddes, J. R., Husain, M., Luciano, S., & Harrison, P. J. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236,379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. The Lancet Psychiatry. 2021, 8(5), 416-427.
4. Salamanna F, Veronesi F, Martini L, Landini MP, Fini M. Post-COVID-19 syndrome: the persistent symptoms at the post-viral stage of the disease. A systematic review of the current data. J Clin Med. 2021; 10(4): 591
5. Tingey JL, Bentley JA, Hosey MM. COVID-19: Understanding and mitigating trauma in ICU survivors. Psychol Trauma. 2020; 12: S100-s4.
6. Obuobi Asare N. Stigma as a social death for COVID-19 survivors in Ghana. Anthropol Now. 2020; 12(2): 48-59.
7. Saverino A, Zsirai E, Sonabend R, Gaggero L, Cevasco I, Pistarini C, et al. Health-related quality of life in COVID-19 survivors discharged from acute hospitals: results of a short-form 36-item survey [version 1; peer review: awaiting peer review]. F1000Res. 2021; 10: 122.
8. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. J Nurs Scholarsh. 2005; 37: 336-42.
9. 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.
10. Betschart M, Rezek S, Unger I, Ott N, Beyer S, Böni A, et al. One-year follow-up of physical performance and quality of life in patients surviving COVID-19: a prospective cohort study. Swiss Med Wkly. 2021; 151: w30072.
11. 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(11-12): 1742-50.
12. Islam M, Riaz B, Efa S, Farjana S, Mahmood F. Health-related quality of life of adult COVID-19 patients following one-month illness experience since diagnosis: findings of a cross-sectional study in Bangladesh. PLoS One. 2021; 16(12): e0260280.
13. Taboada M, Moreno E, Cariñena A, Rey T, Pita-Romero R, Leal S, et al. Quality of life, functional status, and persistent symptoms after intensive care of COVID-19 patients. Br J Anaesth. 2021; 126(3): e110-3.



14. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med.* 2021; 27(4): 601-15.
15. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai). *J Pain Symptom Manage.* 2011; 42(6): 954-60. [In Thai]
16. Jitapankul S, et al. Analysis of the elderly: key principles of geriatric medicine. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 1998. [In Thai]
17. Chopra V, Flanders SA, O'Malley M, Malani AN, Prescott HC. Sixty-day outcomes among patients hospitalized with COVID-19. *Ann Intern Med.* 2021; 174(4): 576-8.