

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

ปิยธิดา ชุมสงค์^{1,2}, อารีวรรณ เขียวชาญวัฒนา³

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการจัดการเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

³ภาควิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง **วิธีการ:** การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง ตัวอย่างเป็นผู้ป่วย 420 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 การเลือกตัวอย่างใช้วิธีการเลือกอย่างเป็นระบบแบบแบ่งชั้นภูมิอย่างไม่มีสัดส่วน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามประเมินสถานะสุขภาพทั่วไป (9-THAI) โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง **ผลการวิจัย:** ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางทั้งมิติด้านกายและใจ (Physical Health Score: PHS=34.09, Mental Health Scores: MHS=36.54, คะแนนทั้งสองเป็น T scores ที่มีค่าเฉลี่ย 50±10) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ย PHS และ MHS สูงสุดเท่ากับ 39.72 และ 39.54 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคหัวใจมีคะแนนเฉลี่ย PHS ต่ำสุดเท่ากับ 28.73 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ย MHS ต่ำสุดเท่ากับ 32.95 การประเมินในภาพรวมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสุขภาพเหมือนกันกับปีที่แล้ว (ร้อยละ 30.5) แต่สุขภาพแย่กว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัวเล็กน้อย (ร้อยละ 28.6) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ PHS ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหืด อายุ และสถานภาพสมรส ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ MHS ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน **สรุป:** ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาและจัดลำดับความสำคัญในการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละโรค โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชน

รับต้นฉบับ: 25 พ.ค. 2562, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 16 ก.ค. 2562, รับผิดชอบพิมพ์: 22 ก.ค. 2562

ผู้ประสานงานบทความ: ปิยธิดา ชุมสงค์ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น 40110

E-mail: yada.jocho@gmail.com

Health-Related Quality of Life of Chronic Disease Patients in a Community Hospital : A Case Study of Banphai Hospital, Khon Kaen Province

Piyatida Chumsong^{1,2}, Areewan Cheawchanwattana³

¹Master Student in Pharmacy Management, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

²Pharmacy and Consumer Protection Group, Banphai Hospital, Khon Kaen

³Department of Social and Administrative Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

Abstract

Objective: To study health-related quality of life and various factors related to health-related quality of life in patients with chronic diseases in a community hospital. **Method:** This research was a cross-sectional survey study. Subjects were 420 patients treated at a chronic disease clinic of Ban Phai Hospital in Khon Kaen during March to June 2018. Subjects were selected by un-proportional stratified and systematic sampling. The research tool was a self-administered questionnaire assessing general health status (9-THAI) **Results:** Patients with chronic diseases had a moderate quality of life in physical and mental dimensions (Physical Health Score: PHS=34.09, Mental Health Scores: MHS = 36.54, both scores were T scores with a mean of 50 ± 10). Hypertension patients showed the highest PHS and MHS scores at 39.72 and 39.54, respectively. Patients with heart diseases had the lowest average score on PHS at 28.73. Type 2 diabetic patients and patients with both type 2 diabetes and hypertension had the lowest MHS score of 32.95. The overall assessment showed that most patients had the same health status as last year (30.5%), but health status was slightly worse than those without underlying disease (28.6%). Multiple regression analysis showed that factors related to PHS included having hypertension, having thyroid disease, having asthma, age and marital status. Factors related to MHS were age, marital status and adequacy of monthly income. **Conclusion:** The results of this study can be used as information for planning treatment and prioritizing chronic disease management by taking into account the quality of life of the patient appropriately.

Keywords: health-related quality of life, patients with chronic disease, community hospital

บทนำ

โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีระยะเวลาการดำเนินโรคยาวนาน มีการดำเนินโรคซ้ำ โดยมีการสะสมและก่อตัวของการเกิดขึ้นทีละน้อย และไม่สามารถรักษาให้หายขาด การรักษาเป็นการประคับประคองเพื่อไม่ให้เกิดการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น (1) โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วยเช่นกัน เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดสูง ครอบคลุมประชากรเป็นจำนวนมาก มีการเสียชีวิตและมีภาวะของโรคโดยรวมเป็นอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทย ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2008 ระบุว่า โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกถึงร้อยละ 63 หรือประมาณ 36 ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นประชากรที่อายุต่ำกว่า 60 ปี และยังพบว่าประมาณร้อยละ 90 ของผู้ที่ตายก่อนวัยอันควรมาจากประชากรที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง นอกจากนี้ยังมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2049 จะมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 300 (2,3) สำหรับประเทศไทยนั้นพบว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีประชากรเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดหรือประมาณ 320,000 คนต่อปี รวมทั้งมีผลแทรกซ้อนที่สำคัญกับระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ทำให้สภาวะการดำเนินโรครวมทั้งภาวะแทรกซ้อนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ไม่มีความสุขในชีวิต ต้องเผชิญกับภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า หรือรู้สึกหมดหวังในชีวิต (2)

คุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรม ถึงแม้ว่าผู้เชี่ยวชาญจะพยายามหากรอบแนวคิดในทางสังคมศาสตร์ โดยการให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิตให้มีความเฉพาะและแยกจากแนวคิดอื่น แต่ก็ยังไม่สามารถทำได้ (4) จนถึงปัจจุบันนี้คำว่าคุณภาพชีวิตก็ยังไม่มีความหมายที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิด ทศนะ และวัตถุประสงค์ในการศึกษา (5,6) องค์การอนามัยโลก (7) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ว่า “การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและการให้คุณค่าในถิ่นที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความสนใจของตัวบุคคลนั้น” มีผู้กล่าวไว้ว่า “คุณภาพชีวิต จำแนกได้เป็น มิติของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์” (8) จากการทบทวน

วรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ เศรษฐฐานะ สังคม วัฒนธรรม และความเชื่อ เทคโนโลยีและการแพทย์ และสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาการเป็นโรคเรื้อรัง การควบคุมความรุนแรง และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (2)

การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้นมีความจำเป็น เนื่องจากเป็นการวัดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่นอกเหนือจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรอดชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และการแพทย์ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้นเป็นการประเมินจากมุมมองของผู้ป่วยในด้านผลของโรคและการรักษาว่ามีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยอย่างไรบ้างในมิติต่าง ๆ เช่น ร่างกาย จิตใจ สังคม ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (9) การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในงานประจำของบุคลากรทางการแพทย์นั้นมีความจำเป็นและมีข้อดี ได้แก่ 1) ช่วยในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ช่วยให้แพทย์พยาบาลสามารถระบุได้ว่า ปัญหาใดที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีนี้ที่ผู้ป่วยมีปัญหาหลายอย่าง ในบางครั้งปัญหาที่เสมือนไม่มีความเกี่ยวข้องกับทางคลินิก แต่เมื่อได้ข้อมูลจากผู้ป่วย อาจช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค รวมทั้งปัญหาในการเผชิญและการจัดการโรคของผู้ป่วยได้ 2) การช่วยในการสื่อสารปัญหาของผู้ป่วย โดยบุคลากรทางการแพทย์สามารถมุ่งเข้าสู่ประเด็นปัญหาที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น 3) การค้นหาปัญหาที่หลบซ่อนอยู่ ปัญหาของผู้ป่วยบางครั้งถูกมองข้าม โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิตและการใช้ชีวิตในสังคม ตัวอย่างเช่น คำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลซึมเศร้าจะช่วยค้นหาปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ 4) ช่วยให้สามารถแบ่งปันการตัดสินใจร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดแบบแผนและเป้าหมายของการรักษา หากการรักษาไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง อาจทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยได้ รวมทั้งมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยด้วย และ 5) การติดตามการเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองต่อการรักษา ส่วนใหญ่แล้วการติดตามผลการรักษานิยมทำผ่านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและทางคลินิก แต่ไม่สนใจความรู้ในการเปลี่ยนแปลงจากมุมมองของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาได้ (10,11,12)

จากแนวคิดและเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การประเมินคุณภาพชีวิตนั้นมีความสำคัญ ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านไผ่ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนและครอบคลุมจำนวนประชากรถึง 102,459 คน และมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการต่อเนื่องหลากหลายโรค คลินิกโรคเรื้อรัง (คลินิกพิเศษ) ของโรงพยาบาลเป็นคลินิกที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาต่อเนื่องในวันเวลาราชการ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคลมชัก และโรคทางจิตเวช ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกถึง 9,073 คน ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในโรคเรื้อรังบางโรคจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่เร่งด่วนและถูกต้อง การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการรักษาและจัดลำดับความสำคัญในการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละโรค

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลบ้านไผ่โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต 9-THAI ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีจำนวนคำถามน้อย ใช้เวลาไม่นานในการตอบ ง่ายต่อการนำไปใช้ในงานประจำ อีกทั้งไม่มีปัญหาเรื่องลิขสิทธิ์เมื่อเทียบกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตชนิดอื่น เช่น EQ-5D หรือ SF-6D ซึ่งต้องมีการขออนุญาตก่อนนำมาใช้ คะแนนจาก 9-THAI คำนวณอยู่ในรูปคะแนนมาตรฐาน T เช่นเดียวกับองค์ประกอบด้านกายและใจของ SF-36 (SF-36 PCS และ SF-36 MCS) ซึ่ง SF-36 เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายทั่วโลก (13,14) การวิจัยนี้ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละโรคและปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังและจัดลำดับความสำคัญในการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละโรค โดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE 612090 วันที่ 12 มีนาคม

2561) การศึกษาดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2561

ตัวอย่าง

ตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง (คลินิกพิเศษ) ณ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังชนิดไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง โรคไทรอยด์ โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคหืด หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 3) ไม่ได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บใดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ที่ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม 4) สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ 5) สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง

การศึกษานี้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรที่ใช้ในการวิจัยเพื่อการประมาณค่าเฉลี่ย เมื่อประชากรมีขนาดใหญ่มากหรือไม่จำกัด โดยใช้ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดด้วย 9-THAI ในกลุ่มโรคต่าง ๆ จากการศึกษาของอารีวรรณ เขียวชาญวัฒนา พบว่าค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตในโรคหืดมีค่ามากที่สุด ซึ่งเท่ากับ 37.17 (13) ดังนั้นจึงนำมาคำนวณในสูตร และกำหนดช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และความแม่นยำในการประมาณค่าเท่ากับ 5 การคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 213 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 40

การเลือกตัวอย่างใช้วิธีการเลือกอย่างสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิอย่างไม่มีสัดส่วน โดยใช้กลุ่มโรคเป็นตัวแบ่งชั้นภูมิ และสุ่มแบบเป็นระบบใน 7 กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิจำนวน 60 คน รวมทั้งสิ้น 420 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในการวิจัย คือ 9-THAI ประกอบด้วย คำถาม 9 ข้อ ได้แก่ คำถามประเมินสุขภาพ 7 ข้อ (7 มิติ) และคำถามประเมินภาพรวมของสุขภาพ 2 ข้อ ใน 7 ข้อคำถามแรกนั้นแบ่งเป็นการประเมินคะแนนด้านสุขภาพกาย (Physical health score: PHS) 4 ข้อ (4 มิติ) และคะแนนด้านสุขภาพใจ (Mental health score: MHS) 3 ข้อ (3 มิติ) คำถามด้านสุขภาพกาย ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำงาน และความเจ็บป่วยหรือไม่สบาย ส่วนคำถามด้านสุขภาพใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า หน้าที่ทางสังคม และการมีสมาธิจดจำ สำหรับการ

ประเมินภาพรวมของสุขภาพใน 2 ข้อคำถามหลังนั้นจะเปรียบเทียบสุขภาพในปัจจุบันกับสุขภาพเมื่อปีที่ผ่านมา และเปรียบเทียบสุขภาพกับผู้อื่นที่มีระดับเศรษฐกิจและสังคมใกล้เคียงกัน เมื่อศึกษาในประชากรปกติคนไทยพบว่า เครื่องมือมีความตรงตามโครงสร้างแบบ known-groups และเมื่อประเมินความสอดคล้องภายในพบว่ามีค่า Cronbach's alpha อยู่ในช่วง 0.7-0.9 (13)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในระหว่างการรอรับบริการจากคลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกนี้ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารับการ รักษาต่อเนื่องในวันเวลาราชการ (วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) โดยแบ่งวันมารับบริการตามกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้แก่ผู้ป่วยตามลำดับที่กำหนดไว้ในการสุ่มแต่ละกลุ่มโรค กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสุ่มผู้ป่วยลำดับถัดไปที่ติดกันแทน โดยบันทึกข้อมูลเหตุผลที่ผู้ป่วยไม่เข้าร่วมการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

โปรแกรมที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ SPSS version 19 ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิจัยนี้คำนวณ PHS จากการรวมคะแนนด้านกายทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลตนเอง การทำงาน และการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย มาคำนวณเป็นค่าคะแนนมาตรฐาน T (standardized T score) ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประชากรไทยที่มีสุขภาพดีในกลุ่มเพศและช่วงอายุเดียวกัน สำหรับการคำนวณ MHS เป็นการรวมคะแนนด้านใจทั้ง 3 มิติ ได้แก่ ความวิตกกังวลซึมเศร้า การมีสมาธิจดจำ และการร่วมกิจกรรม มาคำนวณเป็นค่าคะแนนมาตรฐาน T เหมือน PHS ซึ่งเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประชากรไทยที่มีสุขภาพดีในกลุ่มเพศและช่วงอายุเดียวกันเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิตด้านกาย การแปลผลคะแนนมาตรฐานของ PHS และ MHS จะแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี ระดับต่ำ และระดับสูง โดยเทียบกับประชากรชาวไทยอายุและเพศเดียวกัน มีรายละเอียดดังนี้ 1) 50 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดีเทียบเท่ากับประชากรชาวไทยอายุและเพศเดียวกัน 2) 40 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรชาวไทยอายุและเพศเดียวกัน 1 เท่า

ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) 60 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าประชากรชาวไทยอายุและเพศเดียวกัน 1 เท่า ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4) หากข้อมูลมีการกระจายตัวที่ปกติ ถือว่า ค่าคะแนนที่อยู่ในช่วง ± 3 เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นประชากรเดียวกัน ดังนั้นถ้าคะแนนมาตรฐาน T อยู่ในช่วง 20-80 แสดงว่าอยู่ในกลุ่มเดียวกันกับประชากรปกติสุขภาพดีที่ไม่ป่วยเป็นโรค ถือว่ามีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ โดยปัจจัยที่ศึกษามี ดังนี้ 1) กลุ่มโรคเรื้อรังมีกลุ่มอ้างอิง คือ โรคหัวใจ 2) อายุ 3) เพศ กลุ่มอ้างอิง คือ เพศหญิง 4) สถานภาพสมรส กลุ่มอ้างอิง คือ สถานภาพโสดและหม้าย หย่า หรือแยก 5) อาชีพ มีกลุ่มอ้างอิง คือ ราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว หรือค้าขาย 6) ระดับการศึกษา กลุ่มอ้างอิง คือ ชั้นสูงกว่าประถมศึกษา 7) ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน กลุ่มอ้างอิง คือ รายได้ต่อเดือนที่เพียงพอ 8) สิทธิในการรักษาพยาบาลมีกลุ่มอ้างอิง คือ สิทธิข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และอื่น ๆ และ 9) สถานภาพในครอบครัวมีกลุ่มอ้างอิง คือ สถานภาพสมาชิกในครอบครัว หรือผู้อาศัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 420 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.5) มีเพียงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเท่านั้นที่มีผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 60.8 ปี (SD=13.7) โรคไตเรื้อรังมีอายุเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย=68.3, SD=11.0) และโรคไทรอยด์มีอายุเฉลี่ยน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย=48.8, SD=13.9) ตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.2) ประกอบอาชีพเกษตรกรหรือประมง (ร้อยละ 38.8) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 78.8) มีรายได้ต่อเดือน 0-1,000 บาท (ร้อยละ 46.4) ซึ่งเป็นรายได้ที่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 61.2) ในด้านสิทธิในการรักษาพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท (ร้อยละ 85.0) โดยเป็นทั้งหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 50.0) และสมาชิกในครอบครัวหรือผู้อาศัย (ร้อยละ 49.3)

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามกลุ่มโรคเรื้อรัง (n=420)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มโรคเรื้อรัง | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------|
| | เบาหวาน (หรือมี ความดันโลหิตสูงร่วม) | ความดัน โลหิตสูง | ไทรอยด์ | ไต | หัวใจ | หืด | ปวดอุ้งก้น เรื้อรัง |
| เพศ, จำนวน (ร้อยละ) | | | | | | | |
| ชาย | 11(18.3) | 18(30.0) | 4(6.7) | 17(28.3) | 19(31.7) | 9(15.0) | 46(76.7) |
| หญิง | 49(81.7) | 42(70.0) | 56(93.3) | 43(71.7) | 41(68.3) | 51(85.0) | 14(23.3) |
| อายุเฉลี่ย±SD (ปี) | 59.1±12.4 | 60.5±10.8 | 48.8±13.9 | 68.3±11.0 | 63.0±14.4 | 58.9±13.4 | 66.9±10.4 |
| อายุต่ำสุด, สูงสุด | 22,81 | 35,78 | 18,75 | 34,84 | 29,85 | 20,81 | 24,86 |
| สถานภาพสมรส, จำนวน (ร้อยละ) | | | | | | | |
| โสด | 4(6.8) | 12(20.0) | 7(11.9) | 4(6.8) | 2(3.3) | 6(10.0) | 5(8.3) |
| คู่ | 43(72.9) | 38(63.3) | 39(66.1) | 29(49.2) | 38(63.3) | 31(51.7) | 35(58.3) |
| หม้าย/หย่า/แยก | 12(20.3) | 10(16.7) | 13(22.0) | 26(44.1) | 20(33.3) | 23(38.3) | 20(33.3) |
| อาชีพ, จำนวน (ร้อยละ) | | | | | | | |
| เกษตรกร/ประมง | 20(33.3) | 23(38.3) | 18(30.0) | 20(33.3) | 23(38.3) | 27(45.0) | 32(54.2) |
| รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ / พนักงานบริษัท/รับจ้าง/ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย | 14(23.3) | 18(30.0) | 19(31.7) | 10(16.7) | 8(13.3) | 14(23.3) | 13(22.0) |
| แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ /ไม่ได้ทำงาน/อื่นๆ | 26(43.3) | 19(31.7) | 23(38.3) | 30(50.0) | 29(48.3) | 19(31.7) | 14(23.7) |
| ระดับการศึกษา, จำนวน (ร้อยละ) | | | | | | | |
| ประถมศึกษา/ต่ำกว่า | 51(85.0) | 43(71.7) | 39(66.1) | 52(88.1) | 48(80.0) | 46(76.7) | 52(86.7) |
| มัธยมศึกษา/อนุปริญญา | 9(15.0) | 14(23.3) | 19(32.2) | 4(6.8) | 11(18.3) | 11(18.3) | 7(11.7) |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 0(0.0) | 3(5.0) | 1(1.7) | 3(5.1) | 1(1.7) | 3(5.0) | 1(1.7) |
| รายได้ต่อเดือน, จำนวน (ร้อยละ) | | | | | | | |
| 0-1,000 บาท | 29(50.0) | 25(44.6) | 20(35.7) | 34(58.6) | 34(57.6) | 25(41.7) | 28(47.5) |
| 1,001-5,000 บาท | 18(31.0) | 10(17.9) | 22(39.3) | 16(27.6) | 13(22.0) | 19(31.7) | 20(33.9) |
| 5,001-10,000 บาท | 6(10.3) | 10(17.9) | 7(12.5) | 4(6.9) | 3(5.1) | 7(11.7) | 5(8.5) |
| 10,001-15,000 บาท | 1(1.7) | 6(10.7) | 1(1.8) | 1(1.7) | 4(6.8) | 3(5.0) | 6(10.2) |
| 15,001-20,000 บาท | 2(3.4) | 2(3.6) | 4(7.1) | 2(3.4) | 5(8.5) | 4(6.7) | 0(0.0) |
| 20,001 บาทขึ้นไป | 2(3.4) | 3(5.4) | 2(3.6) | 1(1.7) | 0(0.0) | 2(3.3) | 0(0.0) |
| ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน , จำนวน (ร้อยละ) | | | | | | | |
| เพียงพอ | 16(27.1) | 29(54.7) | 23(41.1) | 20(38.5) | 17(28.8) | 18(30.0) | 17(29.3) |
| ไม่เพียงพอ | 43(72.9) | 24(45.3) | 33(58.9) | 32(61.5) | 42(71.2) | 42(70.0) | 41(70.7) |

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามกลุ่มโรคเรื้อรัง (n=420) (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มโรคเรื้อรัง | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|----------|----------|----------|----------|------------------------|
| | เบาหวาน (หรือมี ความดันโลหิตสูงร่วม) | ความดัน โลหิตสูง | ไทรอยด์ | ไต | หัวใจ | หืด | ปอดอุดกั้น เรื้อรัง |
| สิทธิในการรักษาพยาบาล, จำนวน (ร้อยละ) | | | | | | | |
| ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ | 2(3.3) | 12(20.0) | 6(10.0) | 9(15.5) | 3(5.0) | 5(8.3) | 6(10.0) |
| ประกันสังคม | 4(6.7) | 4(6.7) | 2(3.3) | 0(0.0) | 1(1.7) | 3(5.0) | 0(0.0) |
| หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า | 54(90.0) | 44(73.3) | 51(85.0) | 48(82.8) | 55(91.7) | 51(85.0) | 54(90.0) |
| อื่น ๆ | 0(0.0) | 0(0.0) | 1(1.7) | 1(1.7) | 1(1.7) | 1(1.7) | 0(0.0) |
| สถานภาพในครอบครัว, จำนวน (ร้อยละ) | | | | | | | |
| หัวหน้าครอบครัว | 25(41.7) | 29(50.0) | 23(38.3) | 31(52.5) | 22(36.7) | 32(53.3) | 48(80.0) |
| สมาชิกในครอบครัว /ผู้อาศัย | 35(58.3) | 29(50.0) | 37(61.7) | 28(47.5) | 38(63.3) | 28(46.7) | 12(20.0) |

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต 9-THAI ที่วัดสุขภาพกายข้อ 1-4 มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.78 ส่วนข้อคำถามสุขภาพใจข้อ 5-7 มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.62 ซึ่งมีระดับความเที่ยงในระดับที่ยอมรับได้ แม้ว่าค่าจะไม่สูงมากนัก อย่างไรก็ตาม จำนวนข้อคำถามมีค่อนข้างน้อย ค่าดังกล่าวจึงไม่สูงมาก เนื่องจากค่า Cronbach's alpha จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีจำนวนข้อคำถามมากขึ้น ตารางที่ 2 แสดง PHS จำแนกตามกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมี PHS

ในช่วงคะแนน 20-80 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=34.09, SD=19.02) กลุ่มโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยมี PHS สูงเป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย=39.72, SD=16.57) โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 11.7 ที่มีคะแนนอยู่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรปกติสุขภาพดี โรคหืด (ค่าเฉลี่ย=36.00, SD=19.11) โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 16.7 ที่มีคะแนนอยู่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรปกติสุขภาพดี และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ค่าเฉลี่ย=35.67, SD=17.75) โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 18.3 ที่มีคะแนนอยู่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรปกติ

ตารางที่ 2. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านกายจำแนกตามตามกลุ่มโรคเรื้อรัง (n=420)

| โรค | ค่าเฉลี่ย±SD ¹ | จำนวน (ร้อยละ) ที่คะแนน < 3SD ² | จำนวน (ร้อยละ) |
|---------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------|----------------|
| เบาหวานชนิดที่ 2 (อาจมีความดันโลหิตสูงร่วม) | 30.03±17.70 | 18 (30.0) | 42 (70.0) |
| ความดันโลหิตสูง | 39.72±16.57 | 7 (11.7) | 53 (88.3) |
| ไทรอยด์ | 33.98±16.53 | 10 (16.7) | 50 (83.3) |
| ไตเรื้อรัง | 34.49±19.95 | 13 (21.7) | 47 (78.3) |
| หัวใจ | 28.73±23.33 | 12 (20.0) | 48 (80.0) |
| หืด | 36.00±19.11 | 10 (16.7) | 50 (83.3) |
| ปอดอุดกั้นเรื้อรัง | 35.67±17.75 | 11 (18.3) | 49 (81.7) |
| รวม | 34.09±19.02 | 81 (19.3) | 339 (80.7) |

1: ประชากรปกติสุขภาพดีมีค่าเฉลี่ยคะแนน PHS ที่ 50±10

2: จำนวน (ร้อยละ) ของตัวอย่างในกลุ่มโรคที่มี PHS น้อยกว่า 20

ตารางที่ 3. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านใจจำแนกตามกลุ่มโรคเรื้อรัง (n=420)

| โรค | ค่าเฉลี่ย±SD ¹ | จำนวน (ร้อยละ) ที่คะแนน < 3SD ² | จำนวน (ร้อยละ) |
|---------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------|----------------|
| เบาหวานชนิดที่ 2 (อาจมีความดันโลหิตสูงร่วม) | 32.95±17.14 | 12 (28.0) | 48 (80.0) |
| ความดันโลหิตสูง | 39.54±15.22 | 8 (13.3) | 52 (86.7) |
| ไทรอยด์ | 34.23±16.51 | 14 (23.3) | 46 (76.7) |
| ไตเรื้อรัง | 36.26±18.68 | 10 (16.7) | 50 (83.3) |
| หัวใจ | 36.27±18.46 | 11 (18.3) | 49 (81.7) |
| หืด | 37.36±14.25 | 7 (11.7) | 53 (88.3) |
| ปอดอุดกั้นเรื้อรัง | 39.15±16.19 | 5 (8.3) | 55 (91.7) |
| รวม | 36.54±16.73 | 67 (16.0) | 353 (84.0) |

1: ประชากรปกติสุขภาพดีมีค่าเฉลี่ยคะแนน MHS ที่ 50±10

2: จำนวน (ร้อยละ) ของตัวอย่างในกลุ่มโรคที่มี MHS น้อยกว่า 20

สุขภาพดี ส่วนกลุ่มโรคหัวใจเป็นกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยมี PHS ต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย=28.73, SD=23.33) โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 20.0 ที่มีคะแนนอยู่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรปกติสุขภาพดี ถึงแม้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มโรคจะมี PHS ต่ำกว่า ประชากรปกติสุขภาพดี แต่คะแนน PHS ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในกลุ่มเดียวกับประชากรปกติสุขภาพดี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 แสดง MHS จำแนกตามตามกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยมี MHS ในช่วงคะแนน 20-80 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=36.54, SD=16.73) กลุ่มโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยมี MHS สูงเป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ค่าเฉลี่ย=39.54, SD=15.22) โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 13.3 ที่มีคะแนนอยู่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรปกติสุขภาพดี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ค่าเฉลี่ย=39.15, SD=16.19) โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 8.3 ที่มีคะแนนอยู่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรปกติสุขภาพดี และโรคหืด (ค่าเฉลี่ย=37.36, SD=14.25) โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 11.7 ที่มีคะแนนอยู่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรปกติสุขภาพดี ส่วนกลุ่มโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยมี MHS ต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย=32.95, SD=17.14) โดยมีผู้ป่วยร้อยละ 28.0 ที่มีคะแนนอยู่ต่ำกว่ากลุ่มประชากรปกติสุขภาพดี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในทุกกลุ่มโรคมีคะแนน MHS อยู่ในกลุ่มประชากรปกติสุขภาพดี ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบสุขภาพในวันนี้กับปีที่แล้ว พบว่ามีเพียงโรคความดันโลหิตสูงและโรคไทรอยด์ที่ตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพในวันนี้ดีกว่าปีที่แล้ว

(ร้อยละ 48.3) และในเกือบทุกกลุ่มโรค ตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพที่แย่กว่าผู้ที่คล้ายคลึงกันแต่ไม่มีโรคประจำตัว ยกเว้นโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสุขภาพดีกว่าผู้ที่คล้ายคลึงกันแต่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 50.0) ดังตารางที่ 4

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางกาย

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณเพื่อทำนายคุณภาพชีวิตทางกาย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มโรคไทรอยด์ โดยมี PHS สูงกว่ากลุ่มโรคหัวใจ (กลุ่มอ้างอิงเนื่องจากมีคุณภาพชีวิตด้านกายต่ำสุด) เฉลี่ย 12.37 (95% CI เท่ากับ 5.51 ถึง 19.24) (P<0.001) กลุ่มโรคความดันโลหิตสูงมี PHS สูงกว่ากลุ่มโรคหัวใจเฉลี่ย 11.73 (95% CI เท่ากับ 5.08 ถึง 18.38) (P=0.001) และกลุ่มโรคหืดมี PHS สูงกว่ากลุ่มโรคหัวใจเฉลี่ย 7.84 (95% CI เท่ากับ 1.45 ถึง 14.23) (P=0.016) ตามลำดับ

ในด้านอายุพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีความสัมพันธ์กับ PHS ที่สูงขึ้น 0.58 (95% CI เท่ากับ 0.41 ถึง 0.75) (P<0.001) สถานภาพคู่มี PHS ต่ำกว่ากลุ่มสถานภาพโสด และหม้าย หย่า หรือแยกเฉลี่ย 5.26 (95% CI เท่ากับ -8.97 ถึง -1.54) (P=0.006) ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับ PHS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตในภาพรวมซึ่งเปรียบเทียบสุขภาพในวันนี้กับปีที่แล้วและสุขภาพของผู้อื่นที่คล้ายคลึงกันแต่ไม่มีโรคประจำตัว (n=420)

| โรค | จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|------------|----------------|-----------|
| | แย่กว่ามาก | แย่กว่าเล็กน้อย | เหมือนกัน | ดีกว่าเล็กน้อย | ดีกว่ามาก |
| เมื่อเปรียบเทียบสุขภาพในวันนี้กับสุขภาพของเมื่อปีที่แล้ว | | | | | |
| เบาหวานชนิดที่ 2 (อาจมีความดันโลหิตสูงร่วม) | 7 (11.7) | 19 (31.7) | 19 (31.7) | 8 (13.3) | 7 (11.7) |
| ความดันโลหิตสูง | 3 (5.0) | 11 (18.3) | 17 (28.3) | 21 (35.0) | 8 (13.3) |
| ไทรอยด์ | 5 (8.3) | 8 (13.3) | 18 (30.0) | 12 (20.0) | 17 (28.3) |
| ไตเรื้อรัง | 10 (16.7) | 20 (33.3) | 11 (18.3) | 14 (23.3) | 5 (8.3) |
| หัวใจ | 13 (21.7) | 15 (25.0) | 18 (30.0) | 8 (13.3) | 6 (10.0) |
| หืด | 6 (10.0) | 14 (23.3) | 23 (38.3) | 9 (15.0) | 8 (13.3) |
| ปอดอุดกั้นเรื้อรัง | 13 (21.7) | 8 (13.3) | 22 (36.7) | 9 (15.0) | 8 (13.3) |
| รวม | 57 (13.6) | 95 (22.6) | 128 (30.5) | 81 (19.3) | 59 (14.0) |
| เมื่อเปรียบเทียบสุขภาพกับผู้อื่นที่มีอายุ เพศฐานะ หน้าที่การงานและความเป็นอยู่ที่คล้ายคลึงกันแต่ไม่มีโรคประจำตัว | | | | | |
| เบาหวานชนิดที่ 2 (อาจมีความดันโลหิตสูงร่วม) | 7 (11.7) | 23 (38.3) | 10 (16.7) | 13 (21.7) | 7 (11.7) |
| ความดันโลหิตสูง | 5 (8.3) | 10 (16.7) | 15 (25.0) | 18 (30.0) | 12 (20.0) |
| ไทรอยด์ | 7 (11.7) | 18 (30.0) | 12 (20.0) | 12 (20.0) | 11 (18.3) |
| ไตเรื้อรัง | 17 (28.3) | 17 (28.3) | 10 (16.7) | 11 (18.3) | 5 (8.3) |
| หัวใจ | 18 (30.0) | 12 (20.0) | 17 (28.3) | 7 (11.7) | 6 (10.0) |
| หืด | 9 (15.0) | 21 (35.0) | 15 (25.0) | 10 (16.7) | 5 (8.3) |
| ปอดอุดกั้นเรื้อรัง | 14 (23.3) | 19 (31.7) | 17 (28.3) | 4 (6.7) | 6 (10.0) |
| รวม | 77 (18.3) | 120 (28.6) | 96 (22.9) | 75 (17.9) | 52 (12.4) |

และตัวแปรเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน สิทธิในการรักษาพยาบาล และสถานภาพในครอบครัว

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางใจ

ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณเพื่อทำนายคุณภาพชีวิตทางใจ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ โดยพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้น 1 ปี มีความสัมพันธ์กับ MHS ที่สูงขึ้น 0.17 (95% CI เท่ากับ 0.01 ถึง 0.33) (P=0.039) ผู้ที่มีสถานภาพคูมี MHS ที่ต่ำกว่ากลุ่มสถานภาพโสดและหม้าย หย่า หรือ แยกเฉลี่ย 3.89

(95% CI เท่ากับ -7.38 ถึง -0.40) (P=0.029) กลุ่มที่มีรายได้ที่ไม่เพียงพอมี MHS ต่ำกว่ากลุ่มรายได้ที่เพียงพอเฉลี่ย 5.27 (95% CI เท่ากับ -8.75 ถึง -1.78) (P=0.003) ตัวแปรกลุ่มโรค เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สิทธิในการรักษาพยาบาล และสถานภาพในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับ MHS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและการอภิปรายผล

เมื่อนำคะแนนใน 7 มิติ มาคำนวณเป็นคะแนนมาตรฐานและเปรียบเทียบกับประชากรปกติสุขภาพดีพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มโรคมียุทธศาสตร์ และ MHS ที่ต่ำกว่าประชากรปกติสุขภาพดีเล็กน้อย แต่ยังคงอยู่ในช่วงการกระ-

ตารางที่ 5. ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตด้านกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (n = 420)

| ปัจจัย | สัมประสิทธิ์ถดถอย | (95% CI) | P |
|----------------------------------------------|-------------------|-----------------|--------|
| เบาหวานชนิดที่ 2 (อาจมีความดันโลหิตสูงร่วม) | 4.10 | (-2.26 , 10.45) | 0.205 |
| ความดันโลหิตสูง | 11.73 | (5.08 , 18.38) | 0.001 |
| ไทรอยด์ | 12.37 | (5.51 , 19.24) | <0.001 |
| ไตเรื้อรัง | 1.85 | (-4.71 , 8.41) | 0.580 |
| หืด | 7.84 | (1.45 , 14.23) | 0.016 |
| ปอดอุดกั้นเรื้อรัง | 4.34 | (-2.35 , 11.03) | 0.203 |
| อายุ | 0.58 | (0.41 , 0.75) | <0.001 |
| เพศชาย | 0.21 | (-4.47 , 4.88) | 0.931 |
| สถานภาพสมรสคู่ | -5.26 | (-8.97 , -1.54) | 0.006 |
| แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณอายุ/ไม่ได้ทำงาน/อื่นๆ | -1.87 | (-6.74 , 3.00) | 0.451 |
| เกษตรกรรม/ประมง | 1.88 | (-2.94 , 6.69) | 0.444 |
| ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า | -3.74 | (-8.81 , 1.32) | 0.147 |
| รายได้ต่อเดือนที่ไม่เพียงพอ | -2.82 | (-6.52 , 0.89) | 0.136 |
| สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท | -1.50 | (-6.56 , 3.56) | 0.560 |
| สถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว | 0.15 | (-3.83 , 4.12) | 0.943 |

หมายเหตุ: กลุ่มอ้างอิง ได้แก่ โรคหัวใจ เพศหญิง สถานภาพสมรสโสดและหม้าย หย่า หรือแยก อาชีพรับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว หรือค้าขาย ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า รายได้ต่อเดือนที่ไม่เพียงพอ สิทธิข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และอื่นๆ และสถานภาพสมาชิกในครอบครัวหรือผู้อาศัย

จ่ายสามเท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จึงจัดได้ว่ายังอยู่ในกลุ่มเดียวกันกับประชากรปกติสุขภาพดี เมื่อประเมินในภาพรวมพบว่า มีเพียงโรคความดันโลหิตสูงและโรคไทรอยด์ที่ส่วนใหญ่มีสุขภาพในวันนี้ดีกว่าปีที่แล้ว และเกือบทุกกลุ่มโรคส่วนใหญ่มีสุขภาพที่แย่กว่าผู้ที่คล้ายคลึงกันแต่ไม่มีโรคประจำตัว

ตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่เกือบทุกกลุ่มโรคเป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการเกิดโรคเรื้อรัง และการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมา ตัวอย่างในทุกกลุ่มโรคส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ สำหรับกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยมากเป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรัง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และหัวใจ ที่มักพบในวัยสูงอายุ กลุ่มโรคที่ผู้ป่วยมีการประกอบอาชีพมากที่สุดคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมีอาชีพเกษตรกรรมหรือประมง ในเกือบทุกกลุ่มโรคผู้ป่วยส่วนใหญ่ตั้งแต่ 4 ใน 5 ขึ้นไปมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนที่ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา

(15,16) ลักษณะดังกล่าวส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าและส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนที่ไม่เพียงพอ อาจทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง

แบบวัด 9-THAI ในมิติสุขภาพกาย (ข้อ 1-4) มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.78 ส่วนคำถามสุขภาพใจข้อ 5-7 มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.62 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาในประชากรปกติคนไทยที่พบว่า มีค่า Cronbach's alpha อยู่ในช่วง 0.7-0.9 (10) แต่ในด้านคะแนนสุขภาพใจของการศึกษานี้มีค่าที่ต่ำกว่าเล็กน้อย อย่างไรก็ตามยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เนื่องจากค่า Cronbach's alpha ที่ยอมรับได้ต้องไม่ต่ำกว่า 0.6 (17)

เมื่อนำคะแนนใน 7 มิติ มาคำนวณเป็นค่าคะแนนมาตรฐานเปรียบเทียบกับประชากรปกติสุขภาพดีพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มโรคมี PHS และ MHS ที่ต่ำกว่าประชากรปกติสุขภาพดีเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของอารีวรรณ เขียวชาญวัฒนาและคณะ (14) ซึ่งศึกษาค่าเฉลี่ยของ PHS และ MHS ในโรคต่างๆ พบว่า

ตารางที่ 6. ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตด้านใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (n = 420)

| ปัจจัย | สัมประสิทธิ์ถดถอย | (95% CI) | P |
|---------------------------------------------|-------------------|-----------------|-------|
| เบาหวานชนิดที่ 2 (อาจมีความดันโลหิตสูงร่วม) | -2.35 | (-8.33 , 3.63) | 0.440 |
| ความดันโลหิตสูง | 2.99 | (-3.27 , 9.24) | 0.349 |
| ไทรอยด์ | 0.01 | (-6.45 , 6.47) | 0.998 |
| ไตเรื้อรัง | -3.64 | (-9.81 , 2.53) | 0.247 |
| หืด | 0.29 | (-5.73 , 6.30) | 0.925 |
| ปอดอุดกั้นเรื้อรัง | -0.22 | (-6.52 , 6.07) | 0.944 |
| อายุ | 0.17 | (0.01 , 0.33) | 0.039 |
| เพศชาย | -0.79 | (-5.18 , 3.61) | 0.725 |
| สถานภาพสมรสคู่ | -3.89 | (-7.38 , -0.40) | 0.029 |
| แม่บ้าน/พ่อบ้านเกษียณอายุ/ไม่ได้ทำงาน/อื่นๆ | -2.31 | (-6.88 , 2.27) | 0.323 |
| เกษตรกรรม/ประมง | 2.86 | (-1.67 , 7.39) | 0.215 |
| ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า | 3.02 | (-1.75 , 7.79) | 0.214 |
| รายได้ต่อเดือนที่ไม่เพียงพอ | -5.27 | (-8.75 , -1.78) | 0.003 |
| สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท | -3.50 | (-8.25 , 1.26) | 0.149 |
| สถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว | -0.89 | (-4.63 , 2.84) | 0.639 |

หมายเหตุ: กลุ่มอ้างอิง ได้แก่ โรคหัวใจ เพศหญิง สถานภาพสมรสโสดและหม้าย หย่า หรือแยก อาชีพรับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัท รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว หรือค้าขาย ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า รายได้ต่อเดือนที่เพียงพอ สิทธิข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และอื่นๆ และสถานภาพสมาชิกในครอบครัวหรือผู้อาศัย

ผู้ป่วยโรคหืดและโรคความดันโลหิตสูงมี PHS ที่ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ ส่วน MHS มีค่าสูงกว่า อาจเนื่องจากบริบทของพื้นที่การศึกษาที่แตกต่างกัน ส่วนโรคเบาหวานพบว่า มี PHS และ MHS ที่สูงกว่าการศึกษานี้ (13) อาจเนื่องจากการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียว แต่การศึกษานี้ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จึงทำให้มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า สำหรับผลการศึกษาในโรคไทรอยด์พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Tan และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไทรอยด์ที่มีอาการแสดงของโรคไทรอยด์มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (18)

การศึกษาในโรคไตเรื้อรังสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริณาสค์ ทองเทียม และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (19) ผล

ในโรคหัวใจสอดคล้องกับการศึกษาของ เอมอร์ แสงศิริ และคณะ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจด้านกายใจ และโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (20) ส่วนในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ เมธิณี จันติยะ และคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตด้านใจและโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ขัดแย้งด้านคุณภาพชีวิตด้านกายในการศึกษาของ เมธิณี จันติยะ และคณะที่พบว่าอยู่ในระดับดี แต่การศึกษานี้พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (21) ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ต่างกัน เช่น บริบทของแต่ละพื้นที่ การใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน ลักษณะพื้นฐานของตัวอย่างในการศึกษานี้มีอาชีพเกษตรกรรมหรือประมงและจบการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จึงทำให้ผลการศึกษาดังกล่าว

เมื่อประเมินในภาพรวมพบว่าเกือบทุกกลุ่มโรคส่วนใหญ่มีสุขภาพที่แย่กว่าผู้ที่คล้ายคลึงกันแต่ไม่มีโรคประจำตัว เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังรู้สึกว่าเป็นภาระและด้อยกว่าผู้อื่นที่มีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เช่นเดิม ต้องอาศัยการช่วยเหลือจากผู้อื่นหรือบุคคลในครอบครัว จึงเกิดภาวะเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า เครียด และสิ้นหวัง (15) สำหรับในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสุขภาพดีกว่าผู้ที่คล้ายคลึงกันแต่ไม่มีโรคประจำตัว อาจเนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีธรรมชาติของโรคและระดับความรุนแรงที่ไม่มาก จึงไม่รบกวนต่อการดำรงชีวิต ดังนั้นจึงมีความรู้สึกว่าจะถึงจะเป็นโรคเรื้อรัง แต่ก็สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ดังนั้นจึงน่าจะมีสุขภาพที่ดีกว่า อย่างไรก็ตามลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยในคลินิกพิเศษอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแตกต่างกับผู้ป่วยทั่วไปซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในภาพรวมที่แย่กว่าผู้ที่คล้ายคลึงกันแต่ไม่มีโรคประจำตัว

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านกาย ได้แก่ กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มโรคไทรอยด์ และกลุ่มโรคหืด (มีคะแนนสุขภาพกายสูงกว่ากลุ่มโรคหัวใจ) อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มโรคเหล่านี้มีอาการทางคลินิกที่น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ จึงรบกวนการดำรงชีวิตน้อยกว่า ทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านกายที่สูงกว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านกายและใจ เนื่องจากผู้ป่วยที่อายุเพิ่มขึ้นจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในช่วงที่ใกล้เคียงกับคนไทยในเพศและกลุ่มอายุเดียวกันที่มีสุขภาพดี ด้านสถานภาพสมรสพบว่า สถานภาพคู่มีคุณภาพชีวิตด้านกายต่ำกว่ากลุ่มสถานภาพโสด และหม้าย หย่า หรือแยก อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มีคู่มิมีความกังวลกับความเจ็บป่วยของคู่ชีวิต หรือความไม่เพียงพอของรายได้ในครอบครัว อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีความขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพคู่จะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสด หม้ายและหย่าร้าง (2) ทั้งนี้อาจขึ้นกับบริบทของแต่ละพื้นที่และลักษณะพื้นฐานของประชากรที่ต่างกัน หรืออาจเกิดจากวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้กลุ่มอ้างอิงที่ไม่ชัดเจนของการศึกษานี้

การวิจัยครั้งนี้หาการศึกษาในโรงพยาบาลบ้านไผ่แห่งเดียว ซึ่งเป็นข้อมูลที่จำกัดเฉพาะพื้นที่จึงอาจได้ข้อมูลที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้นั้นขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด การวิจัยครั้งนี้อาจเกิดอคติในหลายประการ

ประการแรกอคติจากการเลือกตัวอย่าง การที่ผู้ป่วยต้องตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางคนอาจสายตาไม่ดี หรือผู้ป่วยบางคนไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ ทำให้มีผู้ป่วย 51 รายไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง จำแนกเป็นปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ ตามัว 36 คน ไม่ได้เอาแว่นมา 6 คน ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ 5 คน มืออ่อนแรง 1 คน และไม่สมัครใจ 3 คน อย่างไรก็ตามในขั้นตอนการเก็บข้อมูลหากพบผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยจะเลือกผู้ป่วยลำดับถัดไปที่ติดกันขึ้นมาแทน เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างครบตามที่กำหนด ผลการศึกษาจึงอาจคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง หากเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีปัญหาเหล่านี้ได้ อาจทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตที่ลดลงต่ำลงไปกว่านี้ นอกจากนี้ การเลือกตัวอย่างส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม อาจทำให้ผลการศึกษาที่ได้คลาดเคลื่อนจากที่ควร การเลือกตัวอย่างเฉพาะผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สามารถมาโรงพยาบาลด้วยตนเองและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับรวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ หากรวมผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจทำให้มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่ลดลงต่ำกว่านี้

อคติจากการคำนวณคะแนนแบบไม่ถ่วงน้ำหนัก ซึ่งควรใช้กลุ่มโรคเป็นค่าถ่วงน้ำหนัก จึงอาจทำให้มีความเอนเอียงของค่าประมาณจากตัวอย่างไปจากค่าที่แท้จริงของประชากร จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรทั้งหมดที่ต้องการศึกษาได้

อคติจากข้อมูล (Information bias) เกิดจากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด ผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานอยู่ในสถานที่ที่เก็บข้อมูล ผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามจึงอาจมีความเกรงใจในการตอบ อีกทั้งในขั้นตอนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร ผู้วิจัยสังเกตว่ามีผู้ป่วยบางคนกลัวการลงนามในแบบความยินยอม ดังนั้นผู้ป่วยอาจตอบแบบสอบถามไม่ตรงตามความเป็นจริง ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความคลาดเคลื่อน

ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลพบปัญหา ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มั่นใจว่าจะสามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง และมีผู้ป่วยบางคนไม่กล้าลงนามในแบบความยินยอมของอาสาสมัคร ผู้วิจัยแก้ปัญหาโดยการอธิบายลักษณะของแบบสอบถามว่ามีความง่าย สั้น และกระชับ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าสามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้

การให้ผู้ป่วยตอบด้วยปากเปล่าแล้วผู้วิจัยเป็นผู้กรอกคำตอบอาจเกิดอคติเพราะผู้ตอบแบบสอบถามไม่ตอบตามความเป็นจริง ในส่วนของการลงนามในแบบความยินยอม นั้น ผู้วิจัยได้อธิบายจนผู้ป่วยมีความมั่นใจว่า ข้อมูลที่ได้จะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะไม่มีการนำลายมือชื่อของผู้ป่วยไปหาผลประโยชน์แต่อย่างใด

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลบ้านไผ่ ในการวางแผนการรักษาและจัดลำดับความสำคัญในการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละโรค เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้ 1) การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและหลากหลายพื้นที่มากขึ้น 2) การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างระดับครัวเรือน 3) การหาวิธีที่จะทำให้ได้ข้อมูลจากผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง 4) การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่มาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอกับกลุ่มที่ไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 5) การศึกษาปัจจัยอื่นซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และ 6) การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ป่วยต่อการเป็นโรคเรื้อรังและการรักษาโรคนั้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์ในด้านสถานที่ในการทำวิจัย และขอขอบพระคุณคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Thangkratok P. The role of the nurse in the chronic disease management. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2017; 37: 154-9.
2. Pragodpol P, Suwannaka Y, Chaiyarit A, Sosome B, Sritan S, Soisrisawat M, et al. Levels of quality of life and method to develop quality of life in Thai chronically ill patient [online]. 2015 [cited Sep 28, 2017]. Available from: www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/6588.
3. Strategy and Planning Group Bureau of Noncommunicable. National strategic noncommunicable disease

prevention and control plan 5 years (2017-2021). Bangkok: Emotion art; 2017.

4. Carr AJ, Thomson PW, Kirwant JR. Quality of life measures. *Br J Rheumatol* 1996; 35: 275-81.
5. McSweeney AJ, Grant I, Heaton RK, Adams KM, Timms RM. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 1982; 142: 473-8.
6. Farguhar M. Definition of quality of life: taxonomy. *J Adv Nurs* 1995; 32: 22.
7. World Health Organization. WHO Constitution. Geneva : WHO; 1948.
8. Hutchinson A, Farndon J, Wilson R. Quality of survival of patients following mastectomy. *Clin Oncol* 1979; 5:391-2.
9. Sakthong P. Health-related quality of life. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2011.
10. Gilbody SM, House AO, Sheldon T. Routine administration of health related quality of life (HRQoL) and needs assessment instruments to improve psychological outcome- a systematic review. *Psychol Med* 2002; 32: 1345-56.
11. Bowling A. Measuring disease. A review of quality of life measurement scale. Milton Keynes: Open University; 1995.
12. Higginson IJ, Carr AJ. Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ* 2001; 322: 1297-1300.
13. Cheawchanwattana A. Quality of life and spirituality of kidney disease patients: challenges in maintain quality for patients. In: Kanjanabuch T, editor. Textbook of practical peritoneal dialysis "Under the Supreme triarch's Patronage". Bangkok: Faculty of Medicine Chulalongkorn University; 2013. p.1-42.
14. Cheawchanwattana A, Chunlertrith D, Limwattana non C, Sirivongs D, Pongskul C. Measuring quality-of-life in renal replacement therapy patients using 9-THAI. *Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division* 2010; 28: 64-72.
15. Srichaijaroonpong S, Inthasoi T, Petchwisai A, Paisan R. Factors relating to the quality of life of the

- diabetic patients at Ban Chiang Kruea Pho Chai health promoting hospital, Chiang Kruea sub district, Muang district, Sakon Nakorn province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen* 2016; 23: 23-33.
16. Hinkhaw C, Leaungsomnapa Y, Pattamasutthikun N, Srithahai J, Khanviset S, Pootthai P. Quality of life of people with chronic illness in the responsible areas of Tha Chang Sub-district Administrative Organization, Chanthaburi province. *Journal of Health Science Research* 2017; 11: 23-32.
17. Nunnally JC. *Psychometric theory*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1978.
18. Tan NC, Chew RQ, Subramanian RC, Sankari U, Koh YLE, Cho LW. Patients on levothyroxine replacement in the community: association between hypothyroidism symptoms, co-morbidities and their quality of life. *Fam Pract* 2019. ; 36: 269-75.
19. Thongthiam S, Sriyuktasuth A, Saneha C, Leelaha vanichkul A. The influences of sleep quality, nutritional status, and co-morbidity on quality of life in patients with pre-dialysis chronic kidney disease. *Journal of Nursing Science* 2016; 34:42-52.
20. Saengsiri A, Wattradul D, Kangchanakul S, Natthumrongkul S, Nopplub S, Wonganunnont S. The factors influencing the self-care agency and quality of life of patients with coronary artery disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2015; 26:114-8.
21. Jantiya M, Chamnansua P, Kunapan P. The quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Saraburi hospital. *Ramathibodi Nursing Journal* 2011; 17: 328-42.