

การศึกษาเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กับประชาชนที่ชุมชนสามเหลี่ยมในช่วงอายุเดียวกัน

ชัชชัย อนุสรณ์ธีรกุล¹, การย์กวิน ภัทรธีรนาถ¹, จุฑารัตน์ ชัยวีรพันธ์เดช¹, ภัสสรวิทย์ รังสิปการ¹, มานพ คณะโต², นฤมล สีนสุพรรณ²

¹นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 กองเวชศาสตร์ชุมชน ²อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The Comparative Study of Quality of Life between the Medical Students and General Population in Samleam Community at the Same Age Group

Chatchai Anusorntheerakul¹, Karnkawin Patharateeranart¹, Chutarat Chaiweerapandaj¹, Passawan Rungsiprakarn¹, Manop Kanato², Narumon Sinsupan²

¹The 5th Year Medical students ²Lecturer Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand

หลักการและเหตุผล: องค์ความรู้ทางการแพทย์มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นักศึกษาแพทย์จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนและวิถีการใช้ชีวิตอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงอาจแตกต่างจากประชาชนทั่วไปในช่วงอายุเดียวกัน

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นกับประชาชนทั่วไปในช่วงอายุเดียวกัน

รูปแบบการศึกษา: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง
สถานที่ทำวิจัย: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และชุมชนสามเหลี่ยม 1 อ.เมือง จ.ขอนแก่น

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง: นักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ชั้นปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2550 ที่มีอายุ 18-25 ปี และประชาชนทั่วไปที่อาศัยอยู่ในชุมชนสามเหลี่ยม 1 ที่มีอายุในช่วงเดียวกัน คำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มละ 118 คน โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล: แบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย 1. ข้อมูลทั่วไป 2. มาตรฐานระดับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก จำนวน 26 ข้อ 3. ความคิดเห็นการวิเคราะห์ข้อมูล: ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาความถี่ร้อยละ สัดส่วน มัธยฐาน และค่าเฉลี่ยเลขคณิตและใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Odds ratio และ Pearson's chi-square เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของประชากร 2 กลุ่ม

Background: Medical knowledge is growing dramatically. Medical students need to adjust their learning behavior as well as their private life to cope with this transition. Thus, their quality of life may differ from the general population.

Objective: To compare quality of life between medical students and general population in the same age group

Design: Cross-sectional analytical study

Setting: Khon Kaen Medical School and a selected urban community in Khon Kaen downtown.

Population and Samples: Systematic sampling was performed for both groups, at equal samples of 118 each.

Tool: Self-administered questionnaire which compose of demographic data and WHOQOLBREF Thai was employed.

Analysis: Mean, SD, median, percent as well as 95% CI, odds ratio, chi-square were employed.

Results: Of 236 questionnaires distributed, 199 were returned with response rate of 86.4% for medical students and 82.2% for youth group. Age distribution was similar with the median of 21 and 22. Economic status of the medical students seemed superior to youth group. More than 60% of medical students perceived themselves as good quality of life which was significantly higher than that of the youth (35.1%) ($p < 0.05$). The perception of both

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 118 คน รวม 236 คน ได้รับตอบกลับ 199 คน (ร้อยละ 84.3) จากนักศึกษาแพทย์ 102 คน (ร้อยละ 86.4) และจากประชาชนสามเหลี่ยม 1 จำนวน 97 คน (ร้อยละ 82.2) อายุเฉลี่ยของนักศึกษาแพทย์และวัยรุ่นในชุมชนสามเหลี่ยม 1 คือ 21 และ 22 ปี ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบด้านฐานะทางเศรษฐกิจและด้านคุณภาพชีวิตพบว่านักศึกษาแพทย์ดีกว่าวัยรุ่นในชุมชนสามเหลี่ยม 1 อย่างมีนัยสำคัญ (61.8%, 35.1% $P < 0.05$) เมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบย่อยในมาตรฐานคุณภาพชีวิตจำนวน 26 ข้อขององค์การอนามัยโลกพบว่าด้านจิตใจไม่ต่างกัน ส่วนด้านอื่นมีความแตกต่างกัน ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ คือ เรื่องการเรียนโดยเฉพาะช่วงสอบ นอกจากนี้พบว่าคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกต่ำกว่าชั้นปริคินิก ส่วนวัยรุ่นในชุมชนสามเหลี่ยม 1 ให้ความสำคัญกับเรื่องของสุขภาพกายและปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นอันดับแรก

สรุป: แม้ว่าจะระดับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์จะดีกว่าประชาชนทั่วไปในวัยเดียวกันก็ตาม การปรับเปลี่ยนที่ก่อประโยชน์แก่ประชากรทั้ง 2 กลุ่มนี้ เช่น การจัดการเรียนการสอนที่มีความสมดุลระหว่างการพัฒนาศักยภาพวิชาชีพแพทย์ และวิถีชีวิตที่เหมาะสมแก่นักศึกษาแพทย์ การให้แนวทางเรื่องเศรษฐกิจแบบพอเพียงและการส่งเสริมป้องกันสุขภาพแก่วัยรุ่นในชุมชนสามเหลี่ยม 1 ควรได้รับการพิจารณา

groups was not statistically significant for mental health domain, the rest were quite different. Factors affecting quality of life of medical students was learning context particularly during the examination period. Interestingly clinical year students had lower quality of life while compared to preclinical year students. Among youths, physical health and economic were priority.

Conclusion: Although, the study emerged the different concerns of both groups, culturally appropriate implementation may need for consideration. For example, learning environment for medical students should be revised with emphasizing the balance of professional competency and adolescence life worlds while sufficient economy and health promotion for youths .

Key words: Quality of life, medical students, General population, Compare

Corresponding: รศ.นฤมล สีนสุพรรณ

ศรีนครินทร์เวชสาร 2551; 23(2): 200-6 • Srinagarind Med J 2008; 23(2): 200-6

บทนำ

การเรียนวิชาแพทย์ตลอดชั้นปริคินิก และคลินิก มีรูปแบบการเรียนการสอนที่แตกต่างกัน และต้องอาศัยการปรับตัวตลอดเวลา เวลาส่วนใหญ่ของนักศึกษาแพทย์อยู่กับผู้ป่วย การอยู่เวร จึงทำให้มีเวลาส่วนตัวจำกัด รวมถึงเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย การพักผ่อน การทำกิจกรรม นันทนาการลดลง นั่นคือ คุณภาพชีวิตที่อาจแตกต่างจากคนทั่วไป การวิจัยเรื่องความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก มหาวิทยาลัยขอนแก่น¹ พ.ศ. 2550 ได้สรุปผลไว้ว่านักศึกษาแพทย์ ร้อยละ 55.8 มีความเครียดระดับอันตราย โดยมีสาเหตุมาจากการปรับตัวเกี่ยวกับการเรียน เครียดในการสอบ กลัวการสอบตก ไม่มีอิสระในการเรียน การศึกษาของ Jenifer First² พบว่านักศึกษาแพทย์มีอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป ซึ่งถ้าอ้างอิงจากผลการศึกษาของ American

Psychological Association³ พบว่าสุขภาพจิตและความเครียดมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและคุณภาพชีวิตในทุกๆ ด้านอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถทำให้การเรียนในวิชาแพทย์เป็นไปได้อย่างดี และสามารถจบไปเป็นแพทย์ที่ดีในอนาคตได้ อีกทั้งหน้าที่ที่สำคัญของแพทย์ก็คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับประชาชน ทางทีมวิจัยจึงต้องการที่จะทราบว่าแท้จริงแล้วระดับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์นั้นเมื่อเทียบกับประชาชนทั่วไปแล้วจะมีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กับประชาชนทั่วไปในชุมชนในช่วงอายุเดียวกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

คุณภาพชีวิต⁴ หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับสถานะภาพของชีวิตในบริบททางวัฒนธรรม สภาพแวดล้อม โดยสัมพันธ์กับ เป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความตระหนัก ของบุคคล ในการวิจัยนี้จะแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 2 ระดับ ตามคะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม⁵ (คะแนน 26 - 130)

ก. คุณภาพชีวิตระดับ ดี หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตที่คิดคะแนนจากการตอบแบบสอบถามตั้งแต่ 96 - 130 คะแนน

ข. คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตที่คิดคะแนนจากการตอบแบบสอบถามตั้งแต่ 26 - 95 คะแนน

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งกลุ่มประชากรเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มีอายุ 18-25 ปี ที่ลงทะเบียนเรียนใน ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2550 ยกเว้นนักศึกษาแพทย์กลุ่มที่ทำวิจัย จำนวน 4 คน รวมทั้งหมด 1,266 คน

2. กลุ่มประชาชนในชุมชนสามเหลี่ยม 1 อายุ 18 - 25 ปี ที่มีบัตรประกันสุขภาพที่หน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม ในช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม 2550 รวมทั้งหมด 355 คน

ในแต่ละกลุ่มประชากร ทำการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Win pepi ได้จำนวนประชากรศึกษา กลุ่มละ 118 คน และนำมาสุ่มต่อโดยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเองซึ่งมี 3 ส่วน คือ

ส่วนแรก “ข้อมูลทั่วไป” ที่พัฒนาโดยทีมนักวิจัย

ส่วนที่สอง “แบบสำรวจคุณภาพชีวิตตามแบบมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF (Thai-version)⁵ จำนวน 26 ข้อ”

ส่วนที่สาม ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ตอบแบบสอบถามและคำถามเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม

วิธีการเก็บข้อมูล ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากการใช้แบบสอบถามชนิดตอบเอง โดยติดรหัส (ID number) ไว้ที่แบบสอบถามทุกชุด สำหรับประชากรกลุ่มแรก (นักศึกษาแพทย์) จะแจกแบบสอบถามไปที่หัวหน้าชั้นปีหรือหัวหน้ากอง โดยให้หัวหน้ากองนำไปให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย และหัวหน้าชั้นปี/หัวหน้ากองนำแบบสอบถามทั้งหมดมาส่งให้กับทีมผู้วิจัยในวันรุ่งขึ้น ถ้าไม่ได้รับจากชั้นปีใด ทีมผู้วิจัยจะทำการตามแบบสอบถามจากผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง และจะตามซ้ำ 2 ครั้ง สำหรับประชากรกลุ่มที่สอง (ประชาชนสามเหลี่ยม)

ทีมผู้วิจัยจะแบ่งหน้าที่กันแจกแบบสอบถามให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยตามที่ได้สุ่มไว้ โดยแยกกันไปตามถนน ซอยที่ได้แบ่งไว้เป็นส่วนรับผิดชอบของแต่ละคน และรอเก็บแบบสอบถามคืนภายในวันที่แจกแบบสอบถามถ้าไม่ได้คืนจะตามเก็บใหม่ในวันต่อมา โดยจะตามเก็บแบบสอบถามทั้งหมด 3 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาความถี่ ร้อยละ สัดส่วน อัตราส่วน มัธยฐาน พิสัยควอไทล์ ฐานนิยม ค่าความเชื่อมั่น 95% และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อทำการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของประชากร 2 กลุ่มโดยใช้ Pearson Chi-Square (p-value < 0.05) และ Odds ratio

ผลการวิจัย

จากการแจกแบบสอบถามกลุ่มละ 118 ฉบับ รวมทั้งหมด 236 ฉบับ ได้รับการตอบแบบสอบถามคืน 199 ฉบับ (ร้อยละ 84.3) จากกลุ่มของนักศึกษาแพทย์จำนวน 102 ฉบับ และกลุ่มประชาชนสามเหลี่ยม 97 ฉบับคิดเป็นอัตราการตอบกลับ (Response rate) ร้อยละ 86.4 และ 82.2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ที่ตอบกลับ 102 คน เป็นเพศชาย 42 คน (ร้อยละ 41.2) หญิง 60 คน (ร้อยละ 58.8) เป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีคลินิก 59 คนและชั้นคลินิก 42 คน (ร้อยละ 57.8 และ 41.2) ตามลำดับ มีค่ามัธยฐานของอายุ 21 ปี (IQR = 3) มีค่ามัธยฐานของรายได้เฉลี่ย 5,000 บาท (IQR = 2,000) มีค่ามัธยฐานของรายจ่ายเฉลี่ย 5,000 บาท (IQR = 2,000) และมีความรู้สึกรายได้รายรับรายจ่ายเพียงพอ 95 คน (ร้อยละ 93.1) ในกลุ่มประชาชนสามเหลี่ยม 1 ตอบกลับ 97 คน เป็นเพศชาย 39 คน (ร้อยละ 40.2) เพศหญิง 58 คน (ร้อยละ 59.8) ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 18 - 20 ปี จำนวน 50 คน (ร้อยละ 49) มีค่ามัธยฐานของอายุ 22 ปี (IQR = 4) มีค่ามัธยฐานของรายได้เฉลี่ย 4,500 บาท (IQR = 2,750) มีค่ามัธยฐานของรายจ่ายเฉลี่ย 4,000 บาท (IQR = 3,000) และมีความรู้สึกรายได้รายรับรายจ่ายเพียงพอ 71 คน (ร้อยละ 73.2) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณภาพชีวิต

จากการตอบแบบสอบถามกลับมา 199 ฉบับ โดยเป็นนักศึกษาแพทย์ 102 คน มีจำนวน 63 คนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี (good quality of life) (ร้อยละ 61.8 (95% CI : 51.6,71.0)) ส่วนประชาชนสามเหลี่ยมทั้งหมด 97 คน มีจำนวน 34 คนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 35.1 (95% CI : 25.8,45.5)) เมื่อเปรียบเทียบประชากรทั้งสองกลุ่มแล้วพบว่า นักศึกษาแพทย์มีสัดส่วนของคนที่มียกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่า

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

	นักศึกษาแพทย์ n=102 (%)	ประชาชนสามเหลี่ยม n= 97(%)
เพศ		
ชาย	42 (41.2)	39 (40.2)
หญิง	60 (58.8)	58 (59.8)
อายุ (ปี)	Median 21 IQR = 3	Median 22 IQR = 4
รายได้เฉลี่ย (บาท)	Median 5000 IQR = 2000	Median 4500 IQR = 2750
รายจ่ายเฉลี่ย (บาท)	Median 5000 IQR = 2000	Median 4000 IQR = 3000
ความพอเพียงของ รายรับรายจ่าย	95 (93.1)	71 (73.2)

ประชาชนสามเหลี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.000164, Odds ratio 2.99, 95% CI : 1.62, 5.57)

เมื่อทำการศึกษายกตามองค์ประกอบต่างๆ ทั้ง 4 ด้าน คือ สุขภาพกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ในประชากรทั้งสองกลุ่ม แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่านักศึกษาแพทย์มีสัดส่วนของคนที่มียกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าประชาชนสามเหลี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในองค์ประกอบทางด้านสุขภาพกาย ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (ตารางที่ 2)

นอกจากนี้ ได้ศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกเทียบกับประชาชนสามเหลี่ยม1 พบว่านักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกจำนวน 42 คน มี 27 คน ที่มีระดับ

คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (not good quality of life) (ร้อยละ 64.3) ส่วนประชาชนสามเหลี่ยม1 จำนวน 101 คน มี 63 คนที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ร้อยละ 64.9) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งในภาพรวม (p-value = 0.94) และในองค์ประกอบย่อยทั้ง 4 องค์ประกอบ ในขณะที่เปรียบเทียบระหว่างนักศึกษาแพทย์ชั้นปรีคลินิกกับประชาชนสามเหลี่ยม1 พบว่านักศึกษาแพทย์ชั้นปรีคลินิกจำนวน 59 คน มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 12 คน (ร้อยละ 20.3) ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.000, OR 0.138, 95% CI : 0.065, 0.294)

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตพบว่า เพศชายทั้งหมด 81 คน มี 39 คนที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดี (ร้อยละ 48.2) เพศหญิง 118 คน มี 63 คน ที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ร้อยละ 53.3) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของสัดส่วนคุณภาพชีวิตที่ดีในทั้งสองเพศ ทั้งคุณภาพชีวิตในภาพรวม (p-value = 0.47) และคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน

ความรู้สึกว่ามีรายรับรายจ่ายเพียงพอเมื่อเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิต พบว่า ในคนที่มียารับรายจ่ายเพียงพอจำนวน 166 คน มีผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ 90 คน (ร้อยละ 54.2) ส่วนผู้ที่มีเงินใช้ไม่เพียงพอ จำนวน 32 คน มีคุณภาพชีวิตที่ดี 6 คน (ร้อยละ 18.8) เมื่อเปรียบเทียบกันแล้วพบว่าความรู้สึกว่ามีรายรับรายจ่ายเพียงพอมีความสัมพันธ์กับการมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งคุณภาพชีวิตในภาพรวม (p-value = 0.000237, OR 5.13, 95% CI : 1.88, 14.74) และคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบหมวดย่อย 4 หมวดของระดับคุณภาพชีวิต ระหว่างนักศึกษาแพทย์ กับชุมชนสามเหลี่ยม1

	ประชากร (จำนวน)	ดี	ไม่ดี	P-value	OR	95% CI
คุณภาพชีวิต โดยรวม	นศ.พ. (102)	63	39	0.0002	2.99	1.62,5.57
	สามเหลี่ยม (97)	34	63			
ด้านสุขภาพกาย	นศ.พ. (102)	56	46	0.018	1.97	1.08,3.62
	สามเหลี่ยม (97)	37	60			
ด้านจิตใจ	นศ.พ. (102)	56	46	0.23	1.41	0.78,2.56
	สามเหลี่ยม (97)	45	52			
ด้านสังคม	นศ.พ. (102)	50	52	0.004	2.37	1.27,4.45
	สามเหลี่ยม (97)	28	69			
ด้านสิ่งแวดล้อม	นศ.พ. (102)	55	47	0.0006	2.74	1.47,5.14
	สามเหลี่ยม (97)	29	68			

หากเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตเฉพาะกลุ่มนักศึกษาแพทย์ โดยแยกเป็นชั้นคลินิก และปริคlinik ได้ผลออกมาว่า ช่วงชั้นปริคlinikจำนวน 59 คน มีเพียง 12 คนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 20.3) ส่วนช่วงชั้นคลินิกจำนวน 42 คน มี 27 คน ที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ร้อยละ 64.3) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.0000$ OR 7.05, 95%CI : 2.65, 19.21) และได้วิเคราะห์เพิ่มเติมในส่วนหมวดย่อยของระดับคุณภาพชีวิต พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในองค์ประกอบด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ในขณะที่องค์ประกอบด้านสังคม ไม่มีความแตกต่างกัน

การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มประชากรสามเหลี่ยม1 พบว่า เพศชาย 39 คน มี 22 คน ที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ร้อยละ 56.41) เพศหญิง 58 คน มี 41 คน ที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ร้อยละ 70.69) ซึ่งคุณภาพชีวิตในภาพรวม ถือว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.1483$) แต่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศในองค์ประกอบทางด้านสุขภาพกาย ($p\text{-value} = 0.009$, OR 3.06, 95% CI : 1.2, 7.89)

นอกจากเปรียบเทียบในเรื่องของเพศกับคุณภาพชีวิตแล้วยังมีการเปรียบเทียบเพิ่มเติมถึงกลุ่มอายุกับคุณภาพชีวิตของประชากรชุมชนสามเหลี่ยม1 ซึ่งพบว่า กลุ่มอายุ 18-20 ปี จำนวน 28 คน มี 19 คนที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ร้อยละ 67.86) กลุ่มอายุ 21-23 ปี จำนวน 38 คน มี 25 คนที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ร้อยละ 65.79) กลุ่มสุดท้าย 24-25 ปี จำนวน 31 คน มี 19 คนที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ร้อยละ 61.29)

การเปรียบเทียบความพอเพียงในรายรับรายจ่ายกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มประชากรชุมชนสามเหลี่ยม1 พบว่า มีประชากรที่มีความเพียงพอ จำนวน 71 คน มี 41 คนที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ร้อยละ 57.75) ส่วนประชากรที่ไม่เพียงพอ ในรายรับรายจ่าย จำนวน 26 คน มี 22 คนที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (ร้อยละ 84.52) ซึ่งความพอเพียงในรายรับรายจ่ายกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มประชากรชุมชนสามเหลี่ยม1 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวม ($p\text{-value} = 0.01$, OR 4.02, 95% CI : 1.14, 15.47) และองค์ประกอบด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากแบบสอบถามมีการให้ประเมินคะแนนระดับคุณภาพชีวิตของตนเอง ตั้งแต่ 0 ถึง 10 ผลออกมาว่าในกลุ่มของนักศึกษาแพทย์มีค่ามัธยฐาน 8 (IQR = 1) และกลุ่มประชากรชุมชนสามเหลี่ยม1 มีค่ามัธยฐาน 7 (IQR = 2.25)

ซึ่งถือว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.27$)

และเหตุผลของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่ดีในประชากรทั้งสองกลุ่ม พบว่าเหตุผลของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ การมีครอบครัวที่อบอุ่น และการมีสุขภาพที่แข็งแรงแตกต่างกันที่กลุ่มนักศึกษาแพทย์จะให้ความสำคัญในด้านความรัก ในขณะที่ประชาชนสามเหลี่ยม1ให้ความสำคัญในด้านเศรษฐกิจ ส่วนเหตุผลของการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี พบว่าในนักศึกษาแพทย์ มีเหตุผลคือ การมีปัญหาในเรื่องของการแบ่งเวลา ความเครียดในช่วงสอบ ในขณะที่ประชาชนสามเหลี่ยม1 นั้นมีเหตุผลคือ การมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น สังคมรอบข้างที่มีแต่ความเห็นแก่ตัว (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เหตุผลของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่ดีในประชากรทั้งสองกลุ่ม

เหตุผลของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี	
นักศึกษาแพทย์	ประชาชนสามเหลี่ยม1
ทุกอย่างในชีวิตลงตัว	ครอบครัวอบอุ่น
สุขภาพร่างกายไม่เจ็บป่วย	สุขภาพแข็งแรง
มีความรักที่มีความสุข	ไม่มีหนี้
เหตุผลของการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	
ปัญหาเรื่องการจัดแบ่งเวลาของตนเอง	รายจ่ายเพิ่มขึ้น
เครียดมากช่วงใกล้สอบ	สังคมเห็นแก่ตัว
มีปัญหาเรื่องเพื่อน ยังไม่มีเพื่อนสนิท	พ่อแม่สุขภาพไม่แข็งแรง
	ตกงาน

วิจารณ์

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีการตอบแบบสอบถามกลับเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูล สัดส่วนของเพศในกลุ่มที่ตอบแบบสอบถามและกลุ่มที่ไม่ได้ตอบมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ผลการศึกษาค่อนข้างน่าเชื่อถือ

จากผลการวิจัยที่น่ามาวิเคราะห์ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของปริญญะ เยนรัมย์และคณะ (2549)⁶ โดยใช้เครื่องมือชนิดเดียวกัน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ในการวิจัยนี้สอดคล้องกัน คือ 61.8% และ 63.9% แต่เมื่อเปรียบเทียบโดยจำแนกตามช่วงอายุ พบว่าช่วงอายุ 21 - 23 และ 24 - 26 ปี และจำแนกเป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปริคlinikและชั้นคลินิก มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งน่าจะเกิดจากจำนวนตัวอย่างที่มีน้อยมาก ในช่วงอายุดังกล่าวในการศึกษาของปริญญะ เยนรัมย์ และคณะ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นก็บ่งบอกว่า ตามที่

เคยมีมุมมองถึงเรื่องคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีในกลุ่มนักศึกษาแพทย์นั้น ความจริงแล้วนั้นนักศึกษาแพทย์กลับมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าคนทั่วไป

และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Wang และ Xie⁷. พบว่าเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยจากการทำแบบสอบถามมาเปรียบเทียบกัน การศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างกันในทุกๆ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตระหว่างนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น กับนักเรียนแพทย์ทหารในประเทศจีน แต่การใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตนั้น จุดที่แสดงให้เห็นความแตกต่างของการวิจัยต่างๆ จะขึ้นอยู่กับช่วงเวลาของการทำการวิจัยเป็นสำคัญ จึงอธิบายได้ว่าผลการศึกษาที่แตกต่างกันเกิดจากการทำในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ในทั้งการศึกษาของปญฺญู และการศึกษาของ Wang และ Xie⁷.

ส่วนในกลุ่มประชากรชุมชนสามเหลี่ยม ซึ่งได้วิเคราะห์เกี่ยวกับ กลุ่มอายุและคุณภาพชีวิต ซึ่งพบว่ากลุ่มอายุ 18-23 ปี มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีมีจำนวนมากกว่ากลุ่มอายุ 24-25 ปี อาจจะเป็นจากที่ลักษณะอาชีพของประชากรนั้นยังอยู่ในวัยกำลังศึกษาเล่าเรียนจึงยังไม่ค่อยมีความเครียดหรือเหตุปัจจัยอื่นๆ ที่จะลดระดับคุณภาพชีวิตลงไป และเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ สุวัฒน์ มหิตนรินทร์กุล และคณะ⁹ พบว่าสัดส่วนของประชากรที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในชุมชนสามเหลี่ยม มีมากกว่าการศึกษาดังกล่าว ซึ่งวัดระดับคุณภาพชีวิตในประชาชนทั้งประเทศ ซึ่งอาจเป็นเพราะช่วงเวลาในการทำการศึกษาอยู่ในช่วงวิกฤติทางเศรษฐกิจของประเทศ และการศึกษารวมผลระดับคุณภาพชีวิตในหลายๆ กลุ่มอายุ จึงทำให้ได้ผลออกมาไม่ตรงกัน

นอกจากนี้ การศึกษาของ Hawthorne และคณะ⁹ ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของคนอังกฤษ พบว่าเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตกับประชาชนสามเหลี่ยม มีคะแนนในองค์ประกอบทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ และด้านสังคม แต่ในองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมนั้น มีความแตกต่างกัน อาจเกี่ยวข้องกับลักษณะของสิ่งแวดล้อมของประชาชนทำการศึกษานั้นมีความแตกต่างกัน ในแง่ของวัฒนธรรม สภาพภูมิประเทศและภูมิอากาศ ที่ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตดังกล่าวแตกต่างกัน นอกเหนือจากการทำในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

จากแบบสอบถามในส่วนที่แสดงความคิดเห็น พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตในทั้งสองกลุ่ม ในขณะที่การวัดโดยใช้ WHOQOL พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจจะหมายความว่า ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของ

นักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นกับประชาชนสามเหลี่ยม1 นอกเหนือจากปัจจัยที่องค์การอนามัยโลกนำมาใช้ในการวัดระดับคุณภาพชีวิต

ในการศึกษานี้ ยังพบข้อจำกัดในงานวิจัย ซึ่งอาจจะส่งผลให้งานวิจัยเป็นไปไม่ได้ไม่ราบรื่น ได้แก่ข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการทำวิจัย ซึ่งปัญหาที่พบ คือในช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลอาจจะทำให้การเก็บแบบสอบถามให้ครบทั้งหมดเป็นไปได้ลำบาก

สรุป

1. ระดับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ดีกว่าประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในภาพรวมและในองค์ประกอบทางด้านสุขภาพกาย ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

2. เฉพาะกลุ่มนักศึกษาแพทย์ ระดับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ชั้นปรีคลินิกดีกว่านักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในภาพรวมและองค์ประกอบทางด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม

3. ความพอเพียงในรายรับรายจ่ายกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มประชากรชุมชนสามเหลี่ยม1 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวมและองค์ประกอบด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม

4. ในประชากรทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับคุณภาพชีวิตระหว่างเพศชายกับเพศหญิง

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาที่พบว่าในประชาชนสามเหลี่ยม1 การมีความพอเพียงในรายรับรายจ่ายมีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงมีข้อเสนอแนะ ในเรื่องนโยบายการส่งเสริมให้ยึดถือหลักเศรษฐกิจพอเพียง เช่น ส่งเสริมการดูแลรักษาตนเองและคนในครอบครัวให้มีสุขภาพแข็งแรง การเลือกรักษาพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อเสริมสร้างการมีรายรับรายจ่ายอย่างพอเพียงให้กับประชาชน

2. ในนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เหตุผลที่ทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดีในนักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่เกิดจากการที่ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาได้เหมาะสม ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดแบ่งเวลาที่มีประสิทธิภาพ เช่น การจัดอบรมหรือ กิจกรรมเสริมหลักสูตรให้นักศึกษาแพทย์ได้เข้าใจถึงหลักการแบ่งเวลาที่ดี น่าจะทำให้นักศึกษาแพทย์สามารถแบ่งเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ

อาสาสมัครผู้ตอบแบบสอบถามทุกๆ ท่านที่ได้เสียสละเวลาส่วนตัว และให้ความร่วมมือคณาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนทุกท่าน ที่ให้โอกาสในการทำงานวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้งคำชี้แนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ศ.นพ.วีรจิตต์ โชติมงคล รองคณบดีฝ่ายพัฒนานักศึกษา และอาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.จินตนาภรณ์ วัฒนธร ภาควิชาสรีรวิทยา คณะแพทยศาสตร์ที่ให้คำแนะนำและสนับสนุนในการทำวิจัย คุณจุฬาลักษณ์ ณ หนองคาย หัวหน้าหน่วยดูแลปฐมภูมิ ชุมชนสามเหลี่ยมที่เอื้อต่อการเก็บข้อมูล และช่วยเหลือตลอดงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- ชัยวัชร อภิวัตน์ศิริ, กฤติยา โสมะเกษตรินทร์, กิตติศักดิ์ สุระประยูร, ไกรวุฒิ เลื่อมประเสริฐ, นุชวดี วันแก้ว, ภรณ์ หอมจำปา. ความเครียดและการจัดการกับความเครียดของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2550; 22:325-447.
- Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization. WHOQOL measuring quality of life; 1997
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วีระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
- ปฏิบุษ เย็นรัมย์. ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ร่างรายงานฉบับสมบูรณ์.ขอนแก่น ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน; 2549
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. ทูลสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่, 2541.
- Saxena S, Carlson D, Billington R, Orley J. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-ref) : the importance of its items for cross-cultural research. Qual Life Res 2001; 10:711-21.
- Penpreecha C, Chakrabhand S, Meesapya K. Study on the quality of life of the Thai people. J Psychiatr Assoc Thailand 1996; 41:135-44.
- Hawthorne G, Herrman H, Murphy B. Interpreting the WHOQOL-BREF :Preliminary population norms and effect sizes.Social Indicator Reseach 2006; 77:120-8.
- Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. J Gen Intern Med 2007; 22:177-83.
- Izutsu T, Tsutsumi A, Islam A, Matsuo Y, Yamada HS, Kurita H, Wakai S. Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in Bangladshs. Qual Life Res 2005; 14:1783-9.
- Bayram N, Thorburn D, Demirhan H, Bilgel N. Quality of life among Turkish immigrants in Sweden. Qual Life Res 2007; 16:1319-33.
- Akvardar Y, Akdede BB, Ozerdem A, Eser E, Topkaya S, Alptekin K. Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. Psychiatry Clin Neurosci 2006; 60:693-9.

