

Received: 2 Jun. 2025, Revised: 19 Jun. 2025

Accepted: 28 Jul. 2025

บทความวิจัย

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19
หรือลองโควิด (Long COVID) จังหวัดร้อยเอ็ดเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ¹ อลงกรณ์ สุขเรืองกุล^{2*} สุธาสินี วงคะหาต³

บทคัดย่อ

ภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 หรือภาวะลองโควิด (Long COVID) เป็นอาการที่ยังหลงเหลืออยู่หรือเกิดขึ้นใหม่หลังจากการติดเชื้อ SARS-CoV-2 สามารถเกิดได้ทุกระบบของร่างกาย ซึ่งอาการอาจดีขึ้นและหายไปเอง แต่บางรายอาจแย่ลงหรือกลับมาเป็นซ้ำได้ วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลองโควิด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในผู้ที่เคยมีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 325 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก พบว่า ความชุกของภาวะลองโควิด ร้อยละ 80 เพศหญิง มีโอกาสเป็นลองโควิดมากกว่าเพศชาย 2.19 เท่า (Adj.OR=2.19; 95% CI: 1.24 – 3.86; p-value = 0.007) และผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเป็นลองโควิดมากกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว 3.14 เท่า (Adj.OR =3.14; 95% CI: 1.62 – 6.09; p-value=0.001) ภาวะลองโควิดส่วนใหญ่ที่พบ คือ หงุดหงิดง่าย ความจำสั้นและสมาธิแย่ลง เหนื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรม ใจสั่น เจ็บหรือแน่นหน้าอก ไอ ความอยากอาหารลดลง หายใจลำบาก ปวดศีรษะ หูอื้อหรือสูญเสียการได้ยิน และผมร่วง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน แม้ในผู้ที่มีอาการเพียงเล็กน้อยก็ยังจำเป็นต้องป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับภาวะลองโควิดมีความสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น เพศหญิงและผู้มีโรคประจำตัว ซึ่งควรได้รับการติดตาม เฝ้าระวัง และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ : ภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19/ลองโควิด/ความชุก/ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
(Post – COVID 19 Condition)

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

^{2*}อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

³อาจารย์ คณะบริหารธุรกิจและการบัญชี มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

*Corresponding author: alongkorn_s@rmutt.ac.th

Original Article

Prevalence and Associated Factors of Post-COVID-19 Condition
(Long COVID) in Roi Et ProvincePetcherut Sirisuwan¹, Alongkorn Sukrueangkul^{2*}, Suthasinee Wangkahat³

Abstract

Post-COVID-19 condition, or Long COVID, refers to persistent or newly emerging symptoms following infection with SARS-CoV-2, which may affect multiple organ systems. These symptoms may improve, worsen, or recur over time. The objective of this study was to investigate the prevalence and associated factors of Long COVID. Data were collected using a questionnaire from 325 individuals with a history of COVID-19 infection. Descriptive statistics and multivariate logistic regression analysis were used to analyze the data. The prevalence of Long COVID was 80%. Female participants were 2.19 times more likely to experience Long COVID than males (Adjusted OR = 2.19; 95% CI: 1.24–3.86; $p = 0.007$), and individuals with underlying conditions were 3.14 times more likely to develop Long COVID than those without comorbidities (Adjusted OR = 3.14; 95% CI: 1.62–6.09; $p = 0.001$). The most commonly reported symptoms were irritable, memory, and concentration loss, post-exertional malaise, palpitation, chest pain or pressure, dry cough, loss of appetite, dyspnea, headache, tinnitus or hearing loss, and hair loss—all of which negatively impacted work performance and daily life activities. Preventive measures against COVID-19 infection remain essential, even for those with mild symptoms. Public education on Long COVID is crucial, particularly for high-risk groups such as women and individuals with pre-existing health conditions, who require close monitoring, surveillance, and appropriate health guidance.

Keywords: Post-COVID-19 condition / Long COVID / Prevalence / Associated factors

¹Asst. Prof., Lecturer, Faculty of Liberal Arts and Science Roi Et Rajabhat University

^{2*}Lecturer, Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

³ Lecturer, Faculty of Business Administration and Accountancy, Roi Et Rajabhat University

*Corresponding author: alongkorn_s@rmutt.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อ severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ซึ่งพบผู้ติดเชื้อรายแรกปี พ.ศ. 2562 ในประเทศจีน และกลายเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดใหญ่ทั่วโลก¹ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดทั่วโลกที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ณ วันที่ 30 กันยายน 2565 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 614,385,693 ราย และเสียชีวิต จำนวน 6,522,600 ราย² ประเทศไทยมีการยืนยันการพบผู้ติดเชื้อรายแรกในปี พ.ศ. 2563 และมีการระบาดต่อเนื่องมาเป็นระยะ พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 1,574,612 ราย และเสียชีวิตจำนวน 16,633 ราย สาเหตุการติดเชื้อมาจากการสัมผัสเชื้อโรคโดยตรงจากบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัว เด็ก และผู้สูงอายุ³ ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตมาจากกลุ่มอาการอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (multiple organ dysfunction syndrome: MODS) และภาวะการตอบสนองต่อการอักเสบอย่างรุนแรง (severe inflammatory response) โดยเฉพาะบริเวณปอดจนทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure) รวมถึงการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันทั่วร่างกาย (systemic thrombotic) จนทำให้เกิดความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดทั่วร่างกาย⁴

การติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 สามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านละอองฝอยจากทางเดินหายใจ การสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ หรือพื้นผิวที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 เชื้อไวรัสจะใช้ตัวรับ ACE2 โดยมีโปรตีนชนิด S เป็นตัวช่วยจับกับเซลล์และแบ่งตัวในทางเดินหายใจส่วนบนของมนุษย์⁵ ซึ่งระบบภูมิคุ้มกันจะกระตุ้นไซโตไคน์ และอินเตอร์เฟอรอนให้กำจัดเชื้อไวรัส ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อจะมีอาการไข้ อ่อนเพลีย ไอ มีเสมหะ และแพร่เชื้อไวรัสได้ ผู้ติดเชื้อที่มีภูมิคุ้มกันอ่อนแอ อินเตอร์เฟอรอนซึ่งทำหน้าที่กำจัดเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายจะกำจัดเชื้อไวรัสได้ช้าลง การตอบสนองของภูมิคุ้มกันจึงเปลี่ยนไปสู่ปฏิกิริยาอักเสบที่ไม่จำเพาะ ทำให้เซลล์ในร่างกายเกิดความเสียหาย และหลังโมเลกุล Damage associated molecular patterns (DAMPs) ซึ่งกระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบตามมา โดยเฉพาะเมื่อเกิดการติดเชื้อไวรัสในถุงลมปอด เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 helper T cells และ CD8 cytotoxic T cells จะเคลื่อนที่เข้ามาทำลายเนื้อปอดที่ติดเชื้อไวรัส ทำให้เซลล์เนื้อปอดถูกทำลาย และตายอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเกิดการกระตุ้นแพกเตอร์การแข็งตัวของเลือดในเซลล์เยื่อผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดที่ไหลเวียนเข้ามาในปอดแข็งตัวเร็วขึ้น ผู้ติดเชื้อในระยะท้ายจึงมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันทั่วร่างกาย (systemic thrombotic) และเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory failure) จนเสียชีวิตในที่สุด⁶ ผลจากพยาธิสภาพดังกล่าวทำให้เกิดภาวะลองโควิด (Long COVID) ตามมาได้⁷

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Post COVID syndrome) หรือภาวะลองโควิด (Long COVID) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ที่เคยติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 มาก่อน ซึ่งอาการต่าง ๆ อาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่หรือหลงเหลือหลังรักษาหายก็ได้ โดยพบอาการผิดปกติในช่วง 3 เดือนนับจากเริ่มมีอาการโรค และมีอาการคงอยู่อย่างน้อย 2 เดือน ซึ่งผู้ที่หายจากโรคเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 มักพบอาการผิดปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา⁸ จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ความชุกของภาวะลองโควิดได้ถึงร้อยละ 80 (ช่วงความเชื่อมั่น 95%: 65–92)⁹ โดยผู้ที่หายจากการติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ร้อยละ 72.5 มีภาวะลองโควิดอย่างน้อย 1 อาการ เช่น เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ สูญเสียการรับกลิ่น รู้สึกว่ามีก้อนเนื้อในคอ ปวดศีรษะ ผอมลง บกพร่องทางสติปัญญา และการรับรู้ เหนื่อยง่าย เครียด และวิตกกังวลง่ายกว่าปกติ เป็นต้น^{10,11} ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิดได้แก่ อาการเหนื่อยง่าย ภาวะหายใจลำบาก อาการผอมลง เพศหญิง ผู้สูงอายุ โรคปอด โรคอ้วน ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด และได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ การสูญเสียการรับกลิ่น และมีอาการท้องเสียขณะป่วยด้วยโรคโค

วิด-19^{12,13} ภาวะลองโควิดอาจดีขึ้นหรือแย่ลงก็ได้ รวมถึงอาจมีอาการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้⁷ ดังนั้นภาวะลองโควิดจึงมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก

จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นจังหวัดหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยเฉพาะช่วงเทศกาลสำคัญซึ่งมีการรวมตัวกันของประชาชนที่เดินทางกลับจากต่างจังหวัด จึงทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 สายพันธุ์โอมิครอน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 29 กันยายน 2565 มีผู้ติดเชื้อยืนยัน จำนวน 41,705 ราย และมีผู้เสียชีวิต 272 ราย โดยอำเภอที่พบผู้ติดเชื้อสูงสุดห้าอันดับแรก คือ โพนทอง จำนวน 6,405 ราย สุวรรณภูมิ จำนวน 5,982 ราย เมืองร้อยเอ็ด จำนวน 5,853 ราย เสนภูมิ จำนวน 3,219 ราย และเกษตรวิสัย จำนวน 2,405 ราย ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 29 กันยายน 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 54,849 ราย และข้อมูลเมื่อวันที่ 1 มกราคม - 29 กันยายน 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อ 41,705 ราย ซึ่งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 สายพันธุ์โอมิครอน มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาเพียง 9 เดือน¹⁴

การศึกษาในประเทศไทย พบความชุกภาวะลองโควิด ร้อยละ 29.99-64.87 อาการที่พบบ่อย คือ ผอมลง ภาวะเหนื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรม หายใจลำบาก เหนื่อยล้า นอนไม่หลับ หลงลืม ปวดข้อ ปวดข้อที่สัมพันธ์กับอาการลองโควิด ได้แก่ เพศหญิง ความรุนแรงของอาการขณะติดเชื้อ โรคเบาหวาน ภาวะอ้วน ระหว่างการรักษาได้รับยาต้านไวรัส Antiviral ได้รับออกซิเจน ความโดดเดี่ยวเมื่อถูกแยกตัวจากสังคม และความรู้สึกเป็นตราบาป¹⁵ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยมุ่งเน้นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ข้อมูลจึงยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ติดเชื้อที่สงสัยว่าเป็นโควิด-19 แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันทางการแพทย์ หรือไม่ได้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 (Long COVID) ในประชาชนที่มีประวัติการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ในชุมชน เพื่อให้สามารถครอบคลุมผู้ติดเชื้อในทุกระดับความรุนแรงของอาการ รวมถึงผู้ที่เข้ารับและไม่ได้เข้ารับการรักษาในระบบบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะลองโควิด ในผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิด ในจังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิด ในจังหวัดร้อยเอ็ด ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อายุ 20 ปีขึ้นไป เคยมีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 และอาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 325 ชุด ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ธันวาคม 2565

นิยามศัพท์เฉพาะ

1) ภาวะลองโควิด (Long COVID) หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นในบุคคลที่มีประวัติการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ซึ่งได้รับการยืนยันหรือสงสัย โดยอาการมักปรากฏภายในระยะเวลาโดยเฉลี่ย 3 เดือนหลังจากเริ่มมีอาการของโรคโควิด-19 และคงอยู่ต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือน โดยไม่สามารถอธิบายได้ด้วยการวินิจฉัยโรคอื่น อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย หายใจลำบาก และภาวะบกพร่องทางการรับรู้ ทั้งนี้อาจพบอาการอื่นร่วมด้วย⁸

2) ผู้มีประวัติการติดเชื้อ SARS-CoV-2 หมายถึง ผู้มีประวัติการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ที่ได้รับการตรวจรักษาในสถานบริการสุขภาพ หรือผู้ที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ SARS-CoV-2 โดยการตรวจด้วยชุดตรวจโควิด-19 แบบเร่งด่วน (ATK) ด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลสัมภาษณ์การติดเชื้อครั้งล่าสุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาในประชากรที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และเคยมีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 และอาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับ กรณีวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ และการประมาณค่าสัดส่วนที่มีการแจกแจงตัวแปรตามเป็นแบบทวินามของ Hsieh และคณะ¹⁶ โดยใช้ค่าสัดส่วนเพศกับการเกิดภาวะลองโควิดจากการศึกษาของเมธาวี หวังชาลาบวร และคณะ แทนค่าในสูตร¹⁷ และปรับขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ หาค่าความสัมพันธ์คร่าวละหลายตัวแปร และปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance Inflation Factor หรือ VIF^{16,18} จึงได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว เท่ากับ 313 คน และในการเก็บข้อมูลได้เพิ่มจำนวนแบบสอบถามร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหาย และการได้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ครบถ้วน ทำให้มีจำนวนชุดแบบสอบถามที่ต้องเก็บรวบรวมทั้งสิ้น 325 ชุด

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย 1) ผู้ติดเชื้อโควิด-19/ ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 หรือสงสัยการติดเชื้อครั้งล่าสุดจากการตรวจชุดตรวจโควิด-19 แบบเร่งด่วน (Antigen Test Kit : ATK) ก่อนวันที่ 1 สิงหาคม 2565 ทั้งที่เข้ารับและไม่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล 3) ได้รับคำชี้แจง และยินยอมให้ข้อมูลการวิจัย และ 4) มีภูมิลำเนา และทำงานในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมออกจากการวิจัย 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ และ 2) ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพรุนแรง และไม่สามารถสื่อสารได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสัมภาษณ์ ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ประวัติการป่วยโควิด-19

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia) จำนวน 7 ข้อ นำมาจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome) สำหรับแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข¹⁹ เป็นแบบประเมินการนอนไม่หลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0-4 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 0-7 คะแนน คือ ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย 8-14 คะแนน คือ ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มมีอาการนอนไม่หลับ 15-21 คะแนน คือ ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง และ 22-28 คะแนน คือ ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) 2Q 9Q ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ <7 คะแนน คือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า 7-12 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย 13-18 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง และ ≥ 19 คะแนน คือ มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) CAT จำนวน 8 ข้อ แบบประเมินเพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) เป็นการประเมินอาการความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกดี และความมั่นใจของตนเอง นำมาจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (Post

COVID syndrome) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข¹⁹ โดยมีช่วงคะแนนระหว่างดี (0) จนถึงแย่มาก (5) โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 1) อาการรุนแรงน้อย CAT < 10 และ 2) อาการรุนแรงมาก CAT ≥ 10

ส่วนที่ 6 แบบประเมิน MMRC dyspnea scale (คะแนนความรู้สึกเหนื่อย) จำนวน 5 ข้อ นำมาจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข¹⁹ เป็นแบบวัดความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0-4 คือ '0' คือ 'ไม่มีความรู้สึกเหนื่อยเลยแม้ต้องออกกำลังกายอย่างหนัก' '1' คือ 'ความรู้สึกเหนื่อยเฉพาะเมื่อต้องเดินเร็วๆ หรือเดินขึ้นที่สูงเล็กน้อยเท่านั้น' '2' คุณเดินได้ช้ากว่าคนที่อายุใกล้เคียงกันเนื่องจากเหนื่อย หรือ ต้องหยุดเดินเพื่อพักหายใจ เมื่อเดินอยู่ในบ้าน '3' คุณต้องพักหายใจหลังเดินได้ระยะทาง 90 เมตร (100 หลา) หรือหลงเดินทางราบได้เพียง 2-3 นาที และ '4' คือ เหนื่อยเกินกว่าที่จะออกจากบ้านได้หรือเหนื่อยเมื่อต้องใส่เสื้อหรือถอดเสื้อ โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 1) อาการรุนแรงน้อย mMRC = 0-1 และ 2) อาการรุนแรงมาก mMRC = 2

ส่วนที่ 7 แบบประเมินภาวะอาการเหนื่อยล้า Fatigue severity scale (FSS)¹⁹ ฉบับภาษาไทย (Cronbach's alpha=0.88) มีการวัดระดับความเห็นด้วย 7 ระดับ คือ '1' ไม่เห็นด้วยเลย จนถึง '7' เห็นด้วยอย่างมาก และวินิจฉัยว่ามีอาการเหนื่อยล้า เมื่อคะแนนรวม ≥ 36

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ข้อคำถามที่พัฒนาขึ้นมีจำนวน 80 ข้อ ผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา²⁰ (Content Validity) และได้สัดส่วนความเห็นที่ตรงกันในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เท่ากับ 0.86 เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องในการใช้ภาษาและปรับปรุงแก้ไข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สร้างเครื่องมือแบบสอบถาม แบบประเมิน ส่งผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ทำการทดสอบเครื่องมือในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างแก้ไข และจัดเตรียมให้พร้อมใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. การส่งหนังสือจากคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ทั้ง 5 อำเภอที่เป็นพื้นที่วิจัย
3. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะลองโควิด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิด จำนวน 325 คน ใน 5 พื้นที่ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 สูงสุด ได้แก่ อำเภอโพธารอง สุพรรณบุรี เมืองร้อยเอ็ด สกลบุรี และอาจสามารถ โดยสุ่มตำบลแบบง่ายอำเภอละ 1 ตำบล เก็บข้อมูลตำบลละ 65 คน โดยการประสานขอข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบ
4. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และการบันทึกข้อมูลมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล การลงรหัสข้อมูลการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าคะแนนต่ำสุด-ค่าคะแนนสูงสุด
2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistics regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีการทดสอบเงื่อนไขตามข้อตกลงเบื้องต้น ในการคัดเลือกตัวแปรเข้าโมเดล ดังนี้ 1) ตัวแปรต้นที่นำเข้าสู่โมเดลได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ตัวแปรที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะลองโควิด 2) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม 3) number of event โดย one parameter ≥ 10 outcome (number

of y occurrence) ทดสอบสถิติไคร์สแควร์ ตัวแปรอิสระทุกตัวที่เป็นตัวแปรแรงนับที่มี % number of event $\leq 10\%$ ต่อ 1 พารามิเตอร์ พิจารณาค่าคาดหวังในแต่ละเซลล์มีค่าน้อยกว่า 5 ต้องไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด ถ้าไม่ผ่านกฎข้อนี้ แก้ไขโดยการจัดกลุ่มใหม่ กรณีมากกว่า 2 กลุ่ม ให้จัดกลุ่มใหม่เป็น 2 กลุ่ม และทดสอบใหม่ 4) Multicollinearity ตัวแปรอิสระไม่ควรมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ควรเกิดปัญหา Multicollinearity พิจารณาจากค่า Variance Inflation Factor (VIF) โดยมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคือ ถ้าค่า VIF มากกว่า 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระนั้น ๆ มีความสัมพันธ์กันในระดับมากหรือกล่าวว่ามีหลักฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มากพอที่จะทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity โดยค่า VIF ที่เหมาะสมไม่ควรเกิน 4 หรือ 5¹⁸ และ 5) ตัวแปร x มีค่า P-value จากการวิเคราะห์ ปัจจัยเสี่ยงแบบตัวแปรเดียวน้อยกว่า 0.25 6) The number of parameter (OR) should not more than number of events/10 จำนวนพารามิเตอร์ใน final model ต้อง ไม่เกินร้อยละ 10 ของจำนวน event ของ outcome 7) การวิเคราะห์แบบครวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) การวิเคราะห์หาโมเดลที่ดีที่สุด (The best model) ใช้วิธีการตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยขจัดตัวแปรที่มีค่า p-value > 0.05 จากการทดสอบ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรนั้น ๆ กับโมเดล ออกทีละตัวแปร จนกว่าไม่มีตัวแปรใดมีค่า p-value > 0.05 และ 8) การทดสอบภาวะรูปร่างปกติ หรือความกลมกลืนกัน (Goodness of fit) ของโมเดล ด้วยวิธี Hosmer-Lemeshow goodness-of fit ใช้สถิติ Chi-Square

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 056/2565 ลงวันที่ 12 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.85 มีอายุระหว่าง 40–59 ปี ร้อยละ 38.16 อายุเฉลี่ย 47.78 ปี (S.D. = 17.78) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวสมส่วน ร้อยละ 40.31 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 23.50 (S.D. = 4.15) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.46 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร เลี้ยงสัตว์/ประมง ร้อยละ 32.31 มีรายได้ครัวเรือนต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 42.15 โดยค่าเฉลี่ยของรายได้ครัวเรือนอยู่ที่ 16,305.97 บาท (S.D. = 14,995.26) ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.15 และไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 62.46 ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 95.69 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.62 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ ไขมันในเลือดสูง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโควิด-19 ในจังหวัดร้อยเอ็ด (n=325)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	214	65.85
ชาย	111	34.15
อายุ(ปี)		
20-39 ปี	111	34.15
40-59 ปี	124	38.16

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
60 ปีขึ้นไป	90	27.69
Mean $\pm$ S.D.= 47.78 $\pm$ 17.78 Min = 20 Max = 89		
ดัชนีมวลกาย (kg/m²)		
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 18.5 kg/m ²)	26	8.00
น้ำหนักสมส่วน (18.5 - 22.9 Kg/m ²)	131	40.30
น้ำหนักเกิน (23.0 - 24.9 kg/m ²)	71	21.85
โรคอ้วน ($\geq$ 25.0 kg/m ²)	97	29.85
Mean $\pm$ S.D.= 23.50 $\pm$ 4.15 Min = 15.06 Max = 44.53		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	142	43.69
มัธยมศึกษาตอนต้น	34	10.46
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	58	17.85
อนุปริญญา/ปวส.	19	5.85
ปริญญาตรีขึ้นไป	72	22.15
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	44	13.53
เกษตรกร เลี้ยงสัตว์/ประมง	105	32.31
รับจ้างทั่วไป	54	16.62
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	33	10.15
รับราชการ/ข้าราชการเกษียณ	25	7.69
พนักงานราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	8.00
พนักงานบริษัทเอกชน	15	4.62
นักศึกษา	23	7.08
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
$\leq$ 5,000 บาท	16	4.92
5,000-10,000 บาท	163	50.15
10,001-15,000 บาท	57	17.54
$\geq$ 15,000 บาท	89	27.38
Mean $\pm$ S.D.= 16,305.97 $\pm$ 14,995.25 Median = 10,000 Min = 800 Max = 80,000		
การสูบบุหรี่/การสัมผัสควันบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	280	86.15
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว	15	4.62
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	30	9.23
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม	203	62.46
เคยดื่มในอดีต	25	7.69

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจุบันยังดื่มอยู่ 1-7 ครั้ง/สัปดาห์	29	8.93
นาน ๆ ครั้ง	68	20.92
การได้รับวัคซีนโควิด 19		
ยังไม่ได้รับ	14	4.31
ได้รับแล้ว	311	95.69
รับแล้ว 1-2 เข็ม	176	56.60
รับแล้ว 3-4 เข็ม	135	43.40
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	193	59.38
มี (ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ ไขมันในเลือดสูง)	132	40.62

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะลองโควิดของผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโควิด-19 มีภาวะลองโควิดอย่างน้อย 1 อาการ จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 โดยจำแนกเป็นอาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 อาการนอนไม่หลับ (insomnia) กลุ่มตัวอย่างมีอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 16.01 นอนไม่หลับระดับปานกลาง ร้อยละ 4.92 และระดับรุนแรง ร้อยละ 0.30 โดยค่าเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับ เท่ากับ 4.04 คะแนน (S.D. = 4.93) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 22 คะแนน

2.2 ภาวะซึมเศร้า (depress) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 93.85 และมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 4.92 โดยค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า อยู่ที่ 1.01 คะแนน (S.D. = 2.87) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 19 คะแนน

2.3 อาการหายใจลำบาก (dyspnea) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอาการหายใจลำบากระดับอาการรุนแรงน้อย ร้อยละ 82.15 และมีอาการรุนแรงมาก ร้อยละ 17.85 โดยค่าเฉลี่ยของอาการหายใจลำบากอยู่ที่ 5.32 คะแนน (S.D. = 5.38) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 27 คะแนน

2.4 ภาวะเหนื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรม (post-exertional malaise; PEM) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเหนื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรมอยู่ในระดับอาการรุนแรงน้อย ร้อยละ 65.85 และรุนแรงมาก ร้อยละ 34.15 โดยค่าเฉลี่ยของภาวะเหนื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรมอยู่ที่ 1.25 คะแนน (S.D. = 1.31) คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และสูงสุด 4 คะแนน

2.5 อาการอ่อนเพลีย (fatigue) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอาการอ่อนเพลียระดับรุนแรงน้อย ร้อยละ 91.69 และรุนแรงมาก ร้อยละ 8.31 โดยค่าเฉลี่ยอาการอ่อนเพลียอยู่ที่ 19.12 คะแนน (S.D. = 9.87) คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน และสูงสุด 55 คะแนน

2.6 อาการลองโควิดของผู้ป่วยโควิด-19 ดังนี้ อาการหงุดหงิด ร้อยละ 40.30 ความจำสั้นหลงลืม ร้อยละ 40.00 ใจสั่น ร้อยละ 30.15 การเจ็บแน่นหน้าอก ร้อยละ 28.30 อาการไอบ่อย ร้อยละ 20.00 อาการอยากอาหารลดลง ร้อยละ 19.69 ปวดศีรษะ ร้อยละ 16.61 อาการหุ้ ร้อยละ 16.30 ผม่ว ร้อยละ 15.38 อาการขับเสมหะมากขึ้น ร้อยละ

14.15 ประจำเดือนผิดปกติ ร้อยละ 9.84 โดยอาการที่พบบ่อย ได้แก่ รอบประจำเดือนเคลื่อนจากเดิม รอบเดือนมามากผิดปกติ รอบเดือนมากระปริดกระปอย และจำนวนวันที่มีประจำเดือนยาวนานขึ้น โรคผิวหนัง ร้อยละ 7.38 โดยอาการที่พบบ่อย ได้แก่ ผื่นแดง มีอาการคัน ผื่นลมพิษ และกลาก การเสียการรับรส ร้อยละ 7.07 มีไข้เป็นช่วง ๆ ร้อยละ 6.15 การรับกลิ่นผิดปกติ ร้อยละ 5.85 และมีอาการท้องเสียถ่ายเหลว ร้อยละ 5.53 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ อาการของโควิดของผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดร้อยเอ็ด (n=325)

อาการของโควิด	จำนวน	ร้อยละ
1. ปวดศีรษะ	54	16.61
2. ผม่ว	50	15.38
3. ความจำสั้น หลงลืม	130	40.00
4. มีไข้เป็นช่วง ๆ	20	6.15
5. อาการไอบ่อย	65	20.00
6. ใจสั่น	98	30.15
7. การเจ็บแน่นหน้าอก	92	28.30
8. การเสียการรับรส	23	7.07
9. การรับกลิ่นผิดปกติ	19	5.85
10. อาการขับเสมหะมากขึ้น	46	14.15
11. หงุดหงิด	131	40.30
12. อาการอยากอาหารลดลง	64	19.69
13. โรคผิวหนัง (ผื่นแดง มีอาการคัน, ผื่นลมพิษ, กลาก)	24	7.38
14. ประจำเดือนผิดปกติ (รอบประจำเดือนเคลื่อนจากเดิม, มากระปริดกระปอย, มามากผิดปกติ)	32	9.84
15. อาการท้องเสียถ่ายเหลว	18	5.53
16. หูอื้อ	53	16.30

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิดของผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistics regression) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิด คือ เพศหญิง มีความเสี่ยงต่อการเป็นลองโควิดมากกว่าเพศชาย 2.19 เท่า (Adj.OR=2.19; 95% CI: 1.24 – 3.86; p-value = 0.007) และผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงต่อการเป็นลองโควิดมากกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว 3.14 เท่า (Adj.OR =3.14; 95% CI: 1.62 – 6.09; p-value=0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะลองโควิดของผู้ป่วยโควิด-19 จังหวัดร้อยเอ็ด (n=325)

ปัจจัย	จำนวน	%Long COVID	Crude OR	Adj.OR	95% CI	P-value
เพศ						0.007
ชาย	111	70.27	1	1	-	
หญิง	214	85.05	2.41	2.19	1.24 – 3.86	
การมีโรคประจำตัว						0.001
ไม่มี	193	73.06	1	1	-	
มี	132	90.15	3.38	3.14	1.62 – 6.09	

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ความชุกของการเกิดภาวะลองโควิด (Long COVID) ร้อยละ 80 โดยอาการลองโควิดที่พบบ่อย ได้แก่ หงุดหงิดง่าย ร้อยละ 40.30 ความจำสั้น และสมาธิแย่ง ร้อยละ 40.00 มีภาวะเหนื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรม ร้อยละ 34.15 ใจสั่น ร้อยละ 30.15 เจ็บหรือแน่นหน้าอก ร้อยละ 28.30 ระคายเคืองในทางเดินหายใจ และไอบ่อย ร้อยละ 20.00 ความอยากอาหารลดลง ร้อยละ 19.69 หายใจลำบาก ร้อยละ 17.85 ปวดศีรษะ ร้อยละ 16.61 และสูญเสียการได้ยิน ร้อยละ 16.30 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้พบความชุกของการเกิดภาวะลองโควิดสูงถึงร้อยละ 80 น่าจะเป็นผลมาจากเมื่อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ SARS-CoV-2 เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ และอาจลุกลามไปยังหลายระบบภายในร่างกาย แม้ภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะตรวจไม่พบเชื้อไวรัสแล้ว แต่ผลจากการเกิดพยาธิสภาพในระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายทำให้ผู้ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดอาการผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา และคงอยู่นานอย่างน้อย 2 เดือน เรียกว่า “กลุ่มอาการโควิดระยะยาว” (Post COVID-19 condition or long COVID) และพบอาการได้หลากหลาย ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย หายใจลำบาก ปวดกล้ามเนื้อหรือข้อ โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความผิดปกติของสมาธิ และการนอนหลับ และการศึกษานี้ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ประเมินความรู้สึกและความจำผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงทำให้มีโอกาสที่จะพบการเกิดอาการอย่างน้อย 1 อาการของภาวะลองโควิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณของโลเปซ-เลออน, ซานดร้า และคณะ⁹ พบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ SARS-CoV-2 ประมาณร้อยละ 80 มีอาการหลงเหลืออย่างน้อยหนึ่งอาการในระยะยาว โดยอาการที่พบบ่อยที่สุดห้าอันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย (ร้อยละ 58) ปวดศีรษะ (ร้อยละ 44) สมาธิลดลงหรือมีความผิดปกติด้านความสนใจ (ร้อยละ 27) ผม่ว (ร้อยละ 25) และหายใจลำบาก (ร้อยละ 24)

ภาวะลองโควิดสามารถพบได้ทั้งผู้ที่มีประวัติ SARS-CoV-2 หรือผู้ที่สงสัยยังไม่ได้รับการยืนยัน และกลุ่มผู้ที่มีอาการของโรคระดับเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของแวน เคสเซล ชาม และคณะ พบว่า อัตราการเกิดอาการภาวะลองโควิดมีตั้งแต่ร้อยละ 10-35 อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ไอ เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ บกพร่องทางสติปัญญา และการรับรู้ และสูญเสียการรับกลิ่น²¹ และสอดคล้องกับเมธาวิ หวังชาลาบวร และคณะ ได้ศึกษาความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ พบว่า มีความชุกของการเกิดภาวะลองโควิด ร้อยละ 64.87 โดยอาการที่พบ คือ ผม่ว ภาวะเหนื่อยล้าร่างกายหลังจากทำกิจกรรม (PEM) หายใจลำบาก เหนื่อยล้า และนอนไม่หลับ¹⁷

2. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก พบว่า เพศหญิง มีโอกาสเกิดภาวะลองโควิด มากกว่าเพศชาย 2.19 เท่า (Adj.OR=2.19; 95% CI: 1.24-3.86; p -value = 0.007) อธิบายได้ว่า ด้วยลักษณะทางธรรมชาติของเพศหญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนแอกว่าเพศชาย รวมถึงมีความสนใจ และเอาใจใส่ภาวะสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชาย ดังนั้นเมื่อเกิดอาการไม่สบายหรือรู้สึกทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ จึงไปรับการตรวจรักษาทันที และได้รับการวินิจฉัยว่ามีกลุ่มอาการโควิดระยะยาวมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการโควิดระยะยาวของผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกในเมืองมิลาน ประเทศอิตาลีของ ไบ และคณะ พบว่า เพศหญิงมีโอกาสดังกล่าวมากกว่าเพศชาย 3.32 เท่า (Adj.OR=3.32; 95% CI: 1.78-6.17; p -value<0.0001) โดยเพศหญิงเกิดกลุ่มอาการโควิดระยะยาวร้อยละ 81.70 กลุ่มอาการที่พบบ่อย คือ เหนื่อยล้า หายใจลำบากเมื่อออกแรง ปวดกล้ามเนื้อและกระดูก สูญเสียการรับกลิ่น ผอมลง นอนไม่หลับ หายใจลำบาก และความจำสั้น และสมาธิแย่ง²²

ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดภาวะลองโควิดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว 3.14 เท่า (Adj.OR =3.14; 95% CI: 1.62 – 6.09; p -value=0.001) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคในกลุ่ม NCDs เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด ภูมิแพ้ และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายอ่อนแอลง ดังนั้นจึงติดเชื้อ SARS-CoV-2 ได้ง่ายกว่าคนที่มีความแข็งแรง การติดเชื้อ SARS-CoV-2 ทำให้เกิดพยาธิสภาพในระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น การเกิดพังผืดของถุงลม หลอดลมฝอยอักเสบเรื้อรัง และเกิดพังผืดตามมา รวมถึงเกิดพังผืดในกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นต้น ดังนั้นกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัวจึงเกิดภาวะลองโควิดได้มากกว่าคนที่มีความแข็งแรง สอดคล้องกับทิลีย์เจอร์ และคณะ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการลองโควิดในประเทศสโลวีเนีย พบว่า การมีโรคประจำตัวก่อนติดเชื้อโควิด-19 เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการลองโควิด เช่น ผู้ที่เป็นโรคปอดมีโอกาสดังกล่าวมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดี 4.93 เท่า (Adj.OR=4.93; 95% CI: 1.33–18.27; p <0.005)²³ และสอดคล้องกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมของโคซ์ และคณะ ที่ระบุถึงภาวะสุขภาพพื้นฐานเดิม (Pre-existing conditions) มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคในระยะเฉียบพลัน และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลองโควิด (Long COVID) โดยผู้ที่มีประวัติเป็นโรคหืดหลอดลม (asthma bronchial) มีอัตราการเกิดลองโควิดถึงร้อยละ 94 นอกจากนี้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะลองโควิด เนื่องจากภาวะอักเสบเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้เกิดการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่รุนแรงขึ้นในระยะเฉียบพลันของการติดเชื้อ SARS-CoV-2 และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของโรคโควิด-19 ในระยะต่อมา²⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ภาวะลองโควิดเป็นพยาธิสภาพที่หลงเหลือจากการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ซึ่งทำให้เกิดพยาธิสภาพในอวัยวะหลายระบบ ดังนั้นควรมีการติดตามศึกษาภาวะลองโควิดในระยะยาว เช่น การติดตามความชุกของการเกิดภาวะลองโควิดในระยะ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน
2. ควรมีการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะลองโควิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ต่างสายพันธุ์กัน
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ที่มีภาวะลองโควิด เพื่อส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพผู้ที่มีภาวะลองโควิดให้กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ
4. ควรมีการศึกษาข้อมูลการเกิดภาวะลองโควิดอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าปัจจุบันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ถือเป็นโรคประจำถิ่นที่ต้องเฝ้าระวัง และมีการระบาดเป็นระยะ แต่เมื่อติดเชื้อ SARS-CoV-2 ก็มีโอกาที่จะเกิดภาวะลองโควิดได้เช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses—a statement of the coronavirus study group. *BioRxiv*. 2020.
2. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. Geneva: WorldHealthOrganization; 2022 Aug 3 [cited 2022 May 22]. Available from: <https://covid19.who.int>
3. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ภายในประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565 ก.ค. 25 [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
4. Oboza P, Ogarek N, Olszanecka-Glinianowicz M, Kocelak P. The main causes of death in patients with COVID-19. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2023;27(5):2165-2172.
5. Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, et al. SARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. *Cell*. 2020;181(2):271-280.e8.
6. Zhu Y, Sharma L, Chang D. Pathophysiology and clinical management of coronavirus disease (COVID-19): a mini-review. *Front Immunol*. 2023;14:1116131.
7. Chippa V, Aleem A, Anjum F. Post-acute Coronavirus (COVID-19) Syndrome. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; March 19, 2024.
8. World Health Organization. A clinical case definition of post COVID-19 condition by a Delphi consensus, 6 October 2021. Geneva: WHO; 2021. Report No.: WHO/2019-nCoV/Post_COVID-19_condition/Clinical_case_definition/2021.1.
9. Lopez-Leon, Sandra et al. “More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis.” *medRxiv : the preprint server for health sciences* 2021.01.27.21250617. 30 Jan. 2021, doi:10.1101/2021.01.27.21250617. Preprint.
10. Augustin M, Schommers P, Stecher M, et al. Post-COVID syndrome in non-hospitalised patients with COVID-19: a longitudinal prospective cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;6:100122.
11. Nasserie T, Hittle M, Goodman SN. Assessment of the Frequency and Variety of Persistent Symptoms Among Patients With COVID-19: A Systematic Review. *JAMA Netw Open*. 2021;4(5):e2111417.
12. อีรพงศ์ ตัญเจริญสุขจิต. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ Post-acute COVID Syndrome (Long COVID) ของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลลานกระบือ. *วารสารกรมการแพทย์*. 2566;48(1):51–9.
13. ศุภานัน วงศ์เสริมสิน, จารุณช ธิโณโรส, ชื่นฤทัย ยี่เขียน. อาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของลงโคโรนา. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*. 2565;47(3):233–40.
14. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. สถานการณ์โควิด-19 ร้อยเอ็ด [อินเทอร์เน็ต]. ร้อยเอ็ด: ฝ่ายสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ สสจ. ร้อยเอ็ด; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.184.6/news_info/view.php?id=7361

15. Di Gennaro F, Belati A, Tulone O, Diella L, Fiore Bavaro D, Bonica R, et al. Incidence of long COVID-19 in people with previous SARS-CoV-2 infection: a systematic review and meta-analysis of 120,970 patients. *Intern Emerg Med*. 2023;18(5):1573–81.
16. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med*. 1998;17(14):1623–34.
17. เมธาวี หวังชาลาบวร, ศรัณย์ วีระเมธาชัย, ธนภมณ ลีศรี. ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 2565;16(1):265–84.
18. Myers RH. *Classical and modern regression with applications*. 2nd ed. Boston: PWS-KENT; 1990.
19. กรมการแพทย์. การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome) หรือภาวะ Long COVID สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2564 ธ.ค. 16 [เข้าถึงเมื่อ 25 ส.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dms.go.th/covid19>
20. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
21. van Kessel SAM, Olde Hartman TC, Lucassen PLBJ, van Jaarsveld CHM. Post-acute and long-COVID-19 symptoms in patients with mild diseases: a systematic review. *Fam Pract*. 2022;39(1):159–67.
22. Bai F, Tomasoni D, Falcinella C, Barbanotti D, Castoldi R, Mulè G, et al. Female gender is associated with long COVID syndrome: a prospective cohort study. *Clin Microbiol Infect*. 2022;28(4):611.e9–611.e16.
23. Tleyjeh IM, Saddik B, AlSwaidan N, AlAnazi A, Ramakrishnan RK, Alhazmi D, et al. Prevalence and predictors of Post-Acute COVID-19 Syndrome (PACS) after hospital discharge: A cohort study with 4 months median follow-up. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260568.
24. Koc, Ho Cheng et al. “Long COVID and its Management.” *International journal of biological sciences* vol. 18,12 4768-4780. 11 Jul. 2022, doi:10.7150/ijbs.75056