RMJ

Original Article

Impact of Following Up With Multiple Specialist Doctors for the Elderly in Bangkok and Surrounding Areas: A Mixed-Methods Study

Methawee Sathawaranon[1*], Saipin Hathirat[1], Supak Sanguansap[1]

[1] Department of Family Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Abstract

Background: The elderly often have complex illnesses, requiring specialized treatment and follow-up care from doctors in various fields. It has impacted their abilities to adapt to increasing health challenges, and there are few studies about this dimension.

Objectives: To study the prevalence and impact of follow-up with multiple doctors on the lives of the elderly in Bangkok and surrounding areas.

Methods: An exploratory sequential mixed-methods study based on Ramathibodi Hospital outpatient visits, data included from July 2022 to June 2023. We studied the prevalence of elders having multiple follow-ups in Bangkok and surrounding areas. Then, we used purposive sampling for face-to-face, semi-structured in-depth interview and chart review.

Results: The prevalence of elders having multiple follow-ups with specialist doctors was 36.4%. Of the 12 interviewed participants, the median age was 70 and the average number of visits was 39 times per year. Findings from the interviews showed that the impact of multiple diseases could lead to negative feelings such as limitations in activities, shattered dreams, despair, and hopelessness. Patients may have faced difficulties accessing the healthcare system. On the other hand, there were positive feelings such as finding a meaningful life, strengthening family relationships, feeling at home, and feeling valued as teachers by students. Patients may have encountered doctors with varied experiences and frequent changes, which could lead to a lack of trust. It was crucial for patients to learn to manage their conditions. Building a good relationship with their doctor could help patients trust them more.

Conclusions: Elders with multiple follow-ups were primarily found in Bangkok and surrounding areas. This issue arose from both disease-oriented care and discontinuity of care. With multiple diseases and doctors involved, it affected the lives of the elderly both positively and negatively.

Keywords: Follow-up, Specialists, Effect, Quality of life, Elderly, Continuity of patient care

Citation: Sathawaranon M, Hathirat S, Sanguansap S. Impact of following up with multiple specialist doctors towards life of the elderly in Bangkok and surrounding areas: a mixed-methods study. *Rama Med J.* 2025;48(2):e272087. doi:10.33165/rmj.48.02.e272087

***Corresponding Author:** hello_lynja@hotmail.com

Received: 11 November 2024
Revised: 12 March 2025
Accepted: 17 March 2025
Published: 30 May 2025

Copyright © 2025 by the Author(s). Licensee RMJ. This article is licensed under the Creative Commons Attribution (CC BY) License.

About the Journal: The Ramathibodi Medical Journal (RMJ) has been operating continuously since 1978. This peer-reviewed journal aims to disseminate research findings, academic progress, and innovations in medicine, biomedical science, public health, and medical education to medical personnel and researchers domestically and abroad. RMJ welcomes various article types, including original research, reviews, and case reports.

Publication Frequency: The journal publishes four issues annually: No.1 in January - March, No.2 in April - June, No.3 in July - September, and No.4 in October - December.

Distribution: The RMJ contents are freely available for our readers to access online, ISSN: 2651-0561 (Online). Current and archived issues are distributed online to our readers worldwide via our website (https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ramajournal).

Article Processing Charge: RMJ supports the authors in publishing their work without any article processing charge (APC).

Indexing: RMJ has been indexed in the Thai Journal Citation Index (TCI), Google Scholar, and Crossref.

Open Access Policy: RMJ supports open-access publication, allowing anyone to access and read the journal articles without charge.

ผลกระทบของการติดตามนัดกับแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาต่อผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล

เมธาวี สถาวรานนท์[1*], สายพิณ หัตถีรัตน์[1], สุภัค สงวนทรัพย์[1]

[1] ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยซับซ้อน การรักษาที่เน้นโรค ต้องตรวจติดตามกับแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา ส่งผลกระทบหลายมิติเพื่อปรับตัวกับความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น แต่ยังมีงานวิจัยในด้านนี้น้อย

วัตถุประสงค์: เพื่อหาความชุกและผลกระทบต่อชีวิตในผู้สูงอายุจากการติดตามหลายแผนกในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

วิธีการศึกษา: การศึกษาวิจัยแบบผสมผสานเชิงอธิบาย จากฐานข้อมูลผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาธิบดี เก็บข้อมูลช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 จากนั้นวิเคราะห์ความชุกของผู้สูงอายุที่ติดตามหลายแผนกในกรุงเทพฯ และปริมณฑล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกึ่งมีโครงสร้างตัวต่อตัวร่วมกับการทบทวนเวชระเบียน

ผลการศึกษา: ความชุกของผู้สูงอายุที่ตรวจติดตามหลายแผนก คิดเป็นร้อยละ 36.4 จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 12 คน อายุมัธยฐานเท่ากับ 70 ปี มีนัดตรวจติดตามเฉลี่ย 39 ครั้งต่อปี พบทั้งมุมมองเชิงลบจากความเจ็บป่วยซับซ้อนที่จำกัดการใช้ชีวิต เช่น เหมือนถูกจองจำ ความฝันสูญสลาย ท้อแท้สิ้นหวัง ขาดความมั่นใจ เบื่อหน่ายกับระบบ และมุมมองเชิงบวก เช่น พบชีวิตที่มีความหมาย ความสัมพันธ์ครอบครัวดีขึ้น มีคุณค่าเป็นครู มองเป็นบ้านหลังที่ 2 การพบแพทย์ที่มีประสบการณ์หลากหลายและเปลี่ยนบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่น สิ่งสำคัญคือ ต้องพยายามจัดการตนเอง แต่จะเชื่อมั่นมากขึ้นถ้ามีความสัมพันธ์ดีกับแพทย์

สรุป: ผู้สูงอายุติดตามหลายแผนกพบมากในกรุงเทพฯ และปริมณฑล เกิดจากการรักษาแบบแยกโรคและขาดความต่อเนื่องในการรักษา ความหลากหลายของโรคและแพทย์ ส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยที่แตกต่างกันทั้งเชิงบวกและลบ

คำสำคัญ: การนัดติดตาม แพทย์เฉพาะทาง ผลกระทบ คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

Citation: Sathawaranon M, Hathirat S, Sanguansap S. Impact of following up with multiple specialist doctors towards life of the elderly in Bangkok and surrounding areas: a mixed-methods study. *Rama Med J.* 2025;48(2):e272087. doi:10.33165/rmj.48.02.e272087

***Corresponding Author:** hello_lynja@hotmail.com

Received: 11 November 2024
Revised: 12 March 2025
Accepted: 17 March 2025
Published: 30 May 2025

Copyright © 2025 by the Author(s). Licensee RMJ. This article is licensed under the Creative Commons Attribution (CC BY) License.

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) พบว่า สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2593 ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะเพิ่มเป็น 2 เท่า หรือคิดเป็นร้อยละ 22 จากประชากรทั้งหมด โดยร้อยละ 80 อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงรายได้น้อย ซึ่งรวมถึงประเทศไทย[1]

สถิติผู้สูงอายุสัญชาติไทยในข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของกรมการปกครอง (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567) พบว่า ประเทศไทยมีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.69[2] แสดงให้เห็นว่า สังคมไทยในปัจจุบันเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) ในปี พ.ศ. 2573 ที่มีผู้สูงอายุมากถึง 17,581,000 คน[3]

จากสถานการณ์ปัจจุบันพบเห็นว่า มีผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจำนวนมากขึ้น ด้วยภาวะความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทางหลายแผนก แต่ด้วยระบบการแพทย์แบบแยกโรค (disease-oriented medical care) ประกอบกับตัวโรคที่มีความซับซ้อนและต้องการการดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยต้องนัดพบแพทย์เฉพาะทางหลายแผนกหลายครั้งต่อปี เพิ่มภาระให้กับทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ผู้รักษา สอดคล้องกับรายงานการศึกษาในประเทศไต้หวัน พบว่า

ร้อยละ 28.4-39.4 ของผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไป มีการพบแพทย์หลายแผนก และเพิ่มมากขึ้นตามอายุ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2 แผนกต่อวัน และมากที่สุดคือ 7 แผนกต่อวัน[4]

ในบริบทสังคมเมือง เช่น กรุงเทพฯ ที่มีทั้งโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลในสังกัดต่าง ๆ ซึ่งแต่ละสถานที่ล้วนมีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุหลายรายต้องเดินทางมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหลายครั้ง เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขาตามนัด บางครั้งต้องรักษาหลายโรงพยาบาล บางรายต้องอาศัยลูกหลาน หรือผู้ดูแลพามาโรงพยาบาล

ทั้งนี้ โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่ในกรุงเทพฯ ที่มีแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา รวมถึงแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered medical care) มีระบบแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาโรคและส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลครบทุกมิติแบบองค์รวม (holistic care) มีการนัดติดตามต่อเนื่อง จากข้อมูลสถิติการมาพบแพทย์ของผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัวในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 อ้างอิงจากฐานข้อมูลงานสารสนเทศเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพ โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า มีเพียงร้อยละ 36 ที่มาติดตามการรักษาในแผนกเวชศาสตร์ครอบครัวเพียงแผนกเดียว โดยส่วนใหญ่ ผู้ป่วย 1 คน จะมีนัดติดตามกับแผนกอื่นอีก โดยเฉลี่ย 1-2 แผนก มากที่สุดถึง 10 แผนก ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน เช่น การเดินทางลำบาก การเข้าถึงบริการ การใช้ยา ค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม

จากประสบการณ์ของคณะผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยแผนกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า มีผู้สูงอายุหลายรายโดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล ที่ประสบปัญหาและได้รับผลกระทบจากการต้องเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจรักษาตามนัดแพทย์แต่ละแผนก เช่น ความเหนื่อยล้าจากการเดินทาง ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทาง เสียโอกาสหารายได้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล มองว่าตนเองเป็นภาระเมื่อต้องพึ่งพาให้คนพามาโรงพยาบาล อาจจะเป็นญาติหรือคนที่จ้างมา เนื่องด้วยสภาพบริบทชุมชนเมืองอย่างกรุงเทพฯ ที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ต่างคนต่างมีภาระ อีกทั้งสภาพการจราจรที่วุ่นวาย ความซับซ้อนของผังในโรงพยาบาล ยิ่งเป็นอุปสรรคต่อผู้สูงอายุในการมาโรงพยาบาลด้วยตนเองและลดทอนความสามารถในการพึ่งพาตนเอง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและผลกระทบต่อชีวิตจากประสบการณ์การมาตรวจติดตามนัดกับแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล และเป็นผู้ป่วยประจำในแผนกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นตัวแทนของการทำเวชปฏิบัติปฐมภูมิในโรงเรียนแพทย์ (primary care in tertiary care setting) เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (friendly-aging health care system) ต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาแบบผสมผสานเชิงอธิบายตามลำดับ (exploratory sequential mixed-methods study) ประกอบด้วย การศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative study) โดยการนำสถิติมาเปรียบเทียบข้อมูลในรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) จากนั้นทำการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกึ่งมีโครงสร้าง (in-depth semi-structured interview) ในกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา ร่วมกับการทบทวนเวชระเบียน (chart review) ในประเด็นที่ต้องการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี ที่ตรวจติดตามในแผนกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี อย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 1 ปี และมีการตรวจติดตามกับแพทย์เฉพาะทางแผนกอื่นตั้งแต่ 2 แผนกขึ้นไป ในโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยติดตามกับแผนกนั้น ๆ มากกว่า 1 ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี ในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาสัมภาษณ์ ต้องสามารถสื่อสารได้เข้าใจ และปัจจุบันอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล เกณฑ์คัดออก คือ มีปัญหาด้านความจำ หรือไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ ประมาณ 10-15 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

วิธีดำเนินการวิจัย

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลสถิติย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ของผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี ในแผนกเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งหมดที่มีการพบแพทย์หลายแผนกตามเกณฑ์คัดเข้า จากงานสารสนเทศเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยจำแนกเป็นรายบุคคล ระบุเป็นจำนวนครั้งที่มาแผนกต่าง ๆ ใน 1 ปี จากนั้นนำข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากการเก็บข้อมูลย้อนหลังตามแบบบันทึกข้อมูลทุกรายมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และเพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยที่สนใจมาทำการสัมภาษณ์เชิงลึกต่อ

การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยในการสัมภาษณ์ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาที่แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว และมีจำนวนครั้งในการมาติดตามมากที่สุดก่อน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เข้มข้น ติดต่อผู้เข้าร่วมวิจัยที่คัดเลือกโดยการโทรศัพท์พูดคุย ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนเริ่มสัมภาษณ์ พร้อมนัดหมายวันและเวลา มีการฝึกสัมภาษณ์กับตัวอย่างผู้ป่วยนำร่อง (pilot case) เพื่อให้เกิดความชำนาญและทักษะในการสัมภาษณ์

จากนั้นทำการทบทวนเวชระเบียนของผู้เข้าร่วมวิจัยที่คัดเลือกจากข้อมูลในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานตามแบบบันทึกข้อมูล และทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกึ่งมีโครงสร้าง แบบตัวต่อตัว (face-to-face) ในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ณ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 40-100 นาที มีการบันทึกบทสัมภาษณ์ทุกครั้งด้วยเครื่องบันทึกเสียง คำถามที่ใช้สัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 10 ข้อ โดยอ้างอิงจากทฤษฎี health belief model และ Satir model เพื่อให้เข้าใจผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น คณะผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งไม่เกิดลักษณะของข้อมูลใหม่ที่มีความแตกต่างจากข้อมูลเดิม จึงจะหยุดการเก็บข้อมูลรายต่อไป

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป โดยเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลและแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกถึงผลกระทบต่อชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องมาพบแพทย์หลายแผนก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อหาความชุก ค่าเฉลี่ย (mean) ค่ามัธยฐาน (median) และค่าสูงสุดของจำนวนการมาพบแพทย์แผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาลรามาธิบดี

ข้อมูลเชิงคุณภาพรายบุคคลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยถอดบทสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์บทสัมภาษณ์โดยคณะผู้วิจัย วิเคราะห์อย่างเป็นอิสระต่อกัน ในกรณีที่ผลการวิเคราะห์ไม่สอดคล้องกัน จะมีการประชุมเพื่อหาข้อสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี ที่มาตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี ในช่วงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ป่วย จำนวนทั้งสิ้น 23,318 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่ตรวจติดตามในแผนกเวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 2 ครั้ง ใน 1 ปี และมีการตรวจติดตามกับแพทย์เฉพาะทางแผนกอื่นตั้งแต่ 2 แผนกขึ้นไป จำนวน 8,486 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 36.4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.6 ช่วงอายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 42 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 73 ปี โดยร้อยละ 68.3 ใช้สิทธิข้าราชการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑลมากถึงร้อยละ 89.1 (ตารางที่ 1)

หากพิจารณาเฉพาะในผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี ทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 8,244 คน พบว่า มีผู้สูงอายุถึง 5,055 คน ที่มีนัดติดตามหลายแผนก คิดเป็นความชุกร้อยละ 61.3

ลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวนทั้งสิ้น 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 8 คน มีอายุอยู่ระหว่าง 60-79 ปี อายุมัธยฐานเท่ากับ 70 ปี โดยมีสถานภาพสมรส จำนวน 6 คน ส่วนใหญ่ว่างงาน จำนวน 9 คน มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 8 คน และใช้สิทธิข้าราชการ จำนวน 9 คน (ตารางที่ 2)

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีโรคประจำตัวต่อคนอยู่ที่ 4-16 โรค เฉลี่ย 8 โรคต่อคน มีนัดติดตามแผนกต่าง ๆ สูงที่สุด 80 ครั้งต่อปี น้อยที่สุด 9 ครั้งต่อปี เฉลี่ย 39 ครั้งต่อปี และ เฉลี่ย 6 แผนกต่อคน ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ (Barthel Index = 15) และเดินทางมาโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง มีเพียง 3 คน ที่ต้องมีการช่วยเหลือบ้าง ความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ตรวจพบเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุ และแพทย์เป็นผู้ส่งปรึกษาไปตามแผนกต่าง ๆ (ตารางที่ 3)

จุดเริ่มต้นของการเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ (10 คน) มีสุขภาพแข็งแรงดีมาโดยตลอด เริ่มตรวจพบโรคเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่วนใหญ่จากการตรวจสุขภาพทั่วไป มักเป็นโรคที่ไม่แสดงอาการ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มีผู้เข้าร่วมวิจัย มีเพียง 2 คน ที่พบความเจ็บป่วยมาตั้งแต่อายุน้อย

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ตรวจติดตามหลายแผนก

ข้อมูล	จำนวน (%)
เพศ	
ชาย	2,579 (30.4)
หญิง	5,907 (69.6)
อายุ, ปี	
60-69	3,104 (36.6)
70-79	3,565 (42.0)
80-89	1,527 (18.0)
90-99	280 (3.3)
≥ 100	10 (0.1)
สิทธิการรักษา	
ข้าราชการ	5,795 (68.3)
ประกันสุขภาพในเขต	537 (6.3)
ประกันสุขภาพส่งต่อ	236 (2.8)
ประกันสังคม	422 (5.0)
อื่น ๆ (เงินสด รัฐวิสาหกิจ องค์กรเอกชน)	1,496 (17.6)
ที่อยู่อาศัย	
กรุงเทพฯ	5,055 (59.6)
ปริมณฑล	2,507 (29.5)
ต่างจังหวัด	924 (10.9)

ตารางที่ 2. ลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัยเชิงคุณภาพ

รายการ	จำนวน (%)
เพศ	
ชาย	4 (33.0)
หญิง	8 (68.0)
สถานะทำงานปัจจุบัน	
ว่างงาน	9 (75.0)
ทำงานอยู่	3 (25.0)
สิทธิการรักษา	
ข้าราชการ	9 (75.0)
ประกันสุขภาพในเขต	1 (8.0)
ประกันสุขภาพส่งต่อ	2 (17.0)
ภูมิลำเนาเดิม	
กรุงเทพฯ และปริมณฑล	8 (68.0)
ต่างจังหวัด	4 (33.0)

ตารางที่ 3. ลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัยแยกรายบุคคล

คนที่	เพศ	อายุ, ปี	อาชีพเดิม	สถานภาพ	จำนวน			Barthel Index	ภูมิลำเนาเดิม	ระดับอายุเมื่อพบโรค
					โรค	แผนก	ครั้ง/ปี			
1	ชาย	75	ช่างกระทรวง	สมรส	16	9	90	12	พิษณุโลก	อายุมาก
2	หญิง	63	ครูโรงเรียน	แยกกันอยู่	13	10	62	15	กรุงเทพฯ	อายุมาก
3	หญิง	62	ลูกจ้างประจำกรม	สมรส	14	13	81	15	กรุงเทพฯ	อายุมาก
4	หญิง	72	เจ้าหน้าที่ธุรการ	โสด	10	7	45	15	พิษณุโลก	อายุน้อย
5	หญิง	60	ผู้ช่วยทันตแพทย์	แยกกันอยู่	8	5	48	15	กรุงเทพฯ	อายุมาก
6	หญิง	79	สอนตัดเสื้อ	สมรส	10	8	27	14	นครปฐม	อายุน้อย
7	ชาย	65	พนักงานกระทรวง	หม้าย	4	4	30	15	กรุงเทพฯ	อายุมาก
8	ชาย	77	ตำรวจตระเวนชายแดน	สมรส	4	4	7	15	กาฬสินธุ์	อายุมาก
9	หญิง	74	รับจ้าง	หม้าย	5	3	12	15	กรุงเทพฯ	อายุมาก
10	หญิง	60	พนักงานขายตรง	สมรส	4	5	18	15	กรุงเทพฯ	อายุมาก
11	หญิง	67	นักตรวจสอบบัญชีบริษัท	แยกกันอยู่	7	5	23	15	นนทบุรี	อายุน้อย
12	ชาย	72	หัวหน้าหน่วยสินเชื่อ	สมรส	6	4	20	15	สกลนคร	อายุมาก

เหตุผลที่เลือกมาโรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจเลือกมาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีด้วยเหตุผลที่หลากหลาย เช่น เดินทางสะดวกใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ความศรัทธาในชื่อเสียงของสถาบัน มีช่องทางติดต่อกับโรงพยาบาลรามาธิบดีมาก่อน เช่น เป็นบุคลากร มีคนรู้จักทำงานที่โรงพยาบาลรามาธิบดี หรือมีญาติที่กำลังรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่รักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดีที่เดียว บางส่วนย้ายการรักษาทั้งหมดมาจากโรงพยาบาลอื่นเนื่องจากต้องการให้ข้อมูลการรักษาอยู่ในที่เดียวและเกิดความต่อเนื่องในการรักษา และมี 1 คน เลือกรักษาโรงพยาบาลอื่นในบางแผนก เนื่องด้วยความไม่สะดวกของระบบบริการ

สาเหตุของการมาพบแพทย์หลายแผนก

สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดการพบแพทย์หลายแผนก ไม่ได้เกิดจากตัวผู้ป่วย แต่เกิดจากแพทย์เป็นผู้ส่งไปตรวจต่อที่แผนกอื่น จำนวน 9 คน เมื่อตรวจพบโรคหรืออาการที่คิดว่าเกินขอบเขตความสามารถของตน เนื่องจากขาดความชำนาญในด้านนั้น มีเพียงส่วนน้อยที่เลือกจะไปพบแพทย์แผนกต่าง ๆ ด้วยตนเอง จำนวน 3 คน ด้วยความเชื่อมั่นในประสบการณ์และความเป็นแพทย์เฉพาะทาง โดยเลือกไปแผนกที่คิดว่าแพทย์มีความเชี่ยวชาญในโรคของตน อีกทั้งไม่มีแพทย์ประจำตัวที่สามารถปรึกษาปัญหาสุขภาพทั้งหมดได้ หรือรู้สึกไม่มั่นใจในแพทย์ทั่วไป รวมถึงระบบการรักษาที่เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถพบแพทย์เฉพาะทางด้วยตนเองได้ง่าย จึงเกิดการติดตามกับแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น

ผลกระทบที่เกิดต่อชีวิตจากการมีหลายโรค

เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สูงอายุ ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยได้หลายอาการและบ่อยครั้ง เมื่อมาพบแพทย์หลายแผนกจึงทำให้ถูกวินิจฉัย โรคเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งโรคเรื้อรัง และโรคที่มีความรุนแรงซับซ้อน ส่งผลให้มีมุมมองต่อตนเองเปลี่ยนไป ตัวอย่างคำพูดที่แสดงมุมมองของผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนี้

- **การตอบสนองทางอารมณ์เชิงลบ**

ในกลุ่มโรคที่รุนแรงจนจำกัดความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้เข้าร่วมวิจัยจึงเกิดความรู้สึกหงุดหงิดท้อแท้สิ้นหวัง เหมือนมี “ชีวิตที่ถูกจองจำ” มีมุมมองที่ “ทุเรศตัวเอง” ต้องพึ่งพาผู้อื่น ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคมและไม่สามารถทำสิ่งที่เคยตั้งใจจะทำได้เหมือน “ความฝันสูญสลาย”

“พยายามที่จะทำอะไรเหมือนกันนะ แต่มันทำไม่ได้... เขาไม่ให้ไปหยิบอะไรเพราะหยิบทีไรของเขาก็แตกทุกที... บางทีนึกอยากจะซื้ออะไรต่ออะไร เค้าบอกไม่ต้องซื้อแล้ว หนี้เก่ายังไม่หมดเลย...คนอื่นคงอาจจะมองว่าผมใกล้ตายอะไรแบบนั้น... ไปนั่งทำอะไรไม่ได้ สนุกไม่ได้แล้ว เข้ากลุ่มไม่ได้ สรุปไม่มีท่า ถ้าไปรวมคนมาก ๆ เราน่าจะเป็นบุคคลที่มันไม่น่าดูอ่ะ มันน่าสงสารมากกว่า”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 1

“ตอนนี้ใส่ CPAP นอน เวลานอนป้าจะเหมือนมนุษย์อวกาศ ใส่ถุงมือ ใส่ถุงเท้า ปรับอุณหภูมิแอร์เนี่ยเย็นมากไม่ได้นะ ถ้าเย็นมากยิ่งจะทำให้การไหลเวียนเลือดไม่ดี แล้วก็พัดลมไม่เกิน 2 ขีด... ก็ต้องทนค่ะ ถุงน่องทางการแพทย์นี่นะ มันไม่ใช่ถุงน่องแบบที่ขายทั่วไปแบบหนา ๆ อันนี้แบบปั๊ก แล้วใส่ถึงต้นขา”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 2

- **การเปลี่ยนมุมมองต่อตนเอง**

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมากในวัยสูงอายุ ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีมุมมองต่อตนเองว่า “ฉันมันคนขี้โรค” มองว่า “เห็นสังขารเสื่อมลงเรื่อย ๆ” ประกอบกับปัจจัยแวดล้อม เช่น คนรู้จักในช่วงวัยเดียวกันทยอยเสียชีวิตไป ยิ่งบั่นทอนกำลังใจของผู้ป่วย

“ความเสื่อมของสังขาร มันไล่มาตั้งแต่หัวจรดเท้า ก็ขออย่าให้มันเป็นโรคร้ายแรง อยู่ ณ วันนี้ประคับประคอง”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 2

“ตั้งแต่เด็กมา ดิฉันเป็นคนขี้โรค... ไม่รู้ว่าเราจะไปวันไหน... เราบริจาคร่างกายไว้ แต่ไม่รู้เขาจะเอาไหม เราไปทวงถาม เขาก็บอกว่ายังยอมรับเราอยู่ (ตบหน้าอก)”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 6

- **การหาคำอธิบายต่อความเจ็บป่วย**

เนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้ “ยิ่งตรวจยิ่งเจอ” โรคไปเรื่อย ๆ เกิดความรู้สึกโกรธ หงุดหงิด สั่นคลอนในจิตใจ สงสัยว่า “มันเป็นอะไรไม่หายซักที” หลายคนจึงพยายามหาคำอธิบายว่าความเจ็บป่วยเหล่านี้ “มันมาได้ยังไง” โดยมักโทษจากพฤติกรรมในอดีต

“ตอนนั้นเนี่ย เอาแต่ทำงานไม่ค่อยสนใจเกี่ยวกับด้าน Healthy เท่าไหร่นัก ยังไม่มีความเข้าใจที่ถูกต้อง... บางทีสะอาดมากเกินไป มันคงไม่มีภูมิต้านทาน... เราก็นึกเสียดายเหมือนกันว่า เรากินยา

ซึ่งมีผลกับกระดูก แล้วเราก็กระดูกบาง... ตอนนั้นยังไม่รู้ ยิ่งวิตกกังวลเท่าไหร่ โรคพวกนี้ มันจะเป็นตัวกระตุ้นได้ดีที่สุด... อาจเป็นไปได้ว่า ตอนช่วงยังไม่เกษียณ ป้านอนน้อย"

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 2

"หรือเราใช้ร่างกายสมบุกสมบันเกินไป แต่นั่งโต๊ะคิดตัวเลยก็ไม่น่าจะทำให้ร่างกายเราเสื่อมโทรมอะไรได้ขนาดนั้น มันเกิดจากอะไร ทุกวันนี้สงสัยตัวเอง ทำไมมันเป็นนู่นนี่นั่น มันเกิดกับเราเพราะอะไรอย่างจุดที่ม้ามหรือเป็นเพราะเรานั่งมากเกินไป มันต้องมีคนวิจัยเรื่องพวกนี้ไหมเนี่ย"

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 11

- **การรับมือต่อความเจ็บป่วย**

ในขณะที่บางคนรู้สึกปลงและปล่อยวางกับชีวิต "เป็นอะไรก็เป็นไป รักษาเท่าที่ไหว" แต่สำหรับคนที่มีภาระหน้าที่รับผิดชอบต่อครอบครัว หรือมีสิ่งที่ตั้งใจแต่ยังไม่สำเร็จ จะมีความคิดว่า "ฉันยังตายไม่ได้" และ "ฉันต้องไม่เป็นภาระคนอื่น"

"เราก็ต้องเอาตัวเราให้รอดเหมือนกัน เดี๋ยวเขาจะลำบากกัน... ไม่อยากกวนใครมาก... ก็ต้องฉีดยาเอง ทุกคนบอกกลัว ฉันฉีดเองก็ได้... ถึงเวลาก็กินยา รีบทำให้ตัวเองหายไว ๆ"

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 9

"เราต้องก้าวไปให้พ้น เดี๋ยวก็สารทจีนตรุษจีน แล้วก็บังสุกุล เราต้องเป็นหลัก ทำให้ลูกดูว่าพอเวลาเราไม่อยู่แล้วเนี่ย ก็ให้ดูแลพ่อแม่ที่กระดูกก็เท่านั้น"

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 6

แม้ส่วนใหญ่จะเกิดความคิดความรู้สึกด้านลบ แต่ขณะเดียวกันพบว่า บางคนมีมุมมองในด้านบวก มองว่าเป็นโอกาสในการ "ได้พบคุณค่าที่หายไป" หรือ "ได้ความสัมพันธ์ในครอบครัวกลับมา"

"ลูกเขาว่า ขาดแม่เหมือนแพแตก มันเป็นกำลังใจนะ... เราก็มีเวลาไปไหว้พระ ทั้ง ๆ ที่อยู่กรุงเทพฯ มาทั้งชีวิตนะไม่เคยเห็นแสงสีกลางคืน ขี่มอเตอร์ไซค์ รอบกรุงเทพฯ เลย ช่วงที่มารักษานั่นแหละก็มีความสุขดีเหมือนกัน จิตใจเราโอเค ได้ไหว้พระ ได้กินของอร่อย ได้เที่ยวที่เราไม่เคยได้เที่ยว ถ้าไม่ป่วยก็ไม่มีโอกาส"

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 10

"ปกติเวลาอะไรต่ออะไร เค้าก็ไม่ค่อยนั่นเท่าไหร่ ตอนที่ผมเหมือนจะป่วย ผมบ่นจะกินอะไรก็ได้กินละ จะไปไหนนี่เค้าก็พาไปแล้ว"

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 1

ผลกระทบที่เกิดต่อชีวิตจากการมาพบแพทย์หลายแผนก

ด้วยบริบทของโรงเรียนแพทย์ในกรุงเทพฯ ที่มีระบบบริการร่วมกับการเรียนการสอน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเจอแพทย์ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญแตกต่างกัน ทั้งอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านต่อยอด แพทย์ประจำบ้าน ไปจนถึงนักศึกษาแพทย์ และมีการหมุนเวียนตลอดตามปีการฝึกอบรม อีกทั้งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบแยกโรค (disease-oriented care) ยิ่งเห็นผลกระทบจากการพบแพทย์หลายแผนกชัดเจนขึ้น ดังนี้

- **ความเชื่อมั่นในการรักษาเฉพาะทาง**

หลายคนที่อาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง จะมีความคิดว่า "เพราะเป็นหมอเชี่ยวชาญ ฉันถึงดีขึ้น" และมองว่า "ยิ่งเจอโรคเร็วก็รักษาเร็ว"

"เจอเร็วก็รักษาเร็ว แต่ถ้าไม่ไปหา ถ้าเกิดมันเป็นเยอะล่ะ รักษาไม่ทันทำไง เจอเร็วก็หายเร็ว ดีด้วยซ้ำเหมือนกับ เป็นผู้ชนะยังไงไม่รู้เนอะ"

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 10

“หมอหลายคนก็ช่วยกันแยกโรค แต่ละคนก็ชำนาญกันคนละเรื่อง ผมเคยอยู่ต่างจังหวัด แล้วใช้หมอเดียว ดูทุกเรื่องแล้วมันไม่ได้เรื่อง มาที่นี่มันหลายหมอ แต่ละหมอรู้สึกว่า มันเฉพาะทาง ซึ่งมันก็ทำให้ผมดีขึ้น ถ้าผมอยู่ต่างจังหวัด ผมน่าจะไปแล้วแหละ”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 1

- **ความไม่แน่นอนและวิตกกังวลจากการพบแพทย์หลากหลาย**

บางโรคมีความซับซ้อนมาก ต้องอาศัยแพทย์หลายสาขาดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้เข้าร่วมวิจัยจึงเกิดการรับรู้ว่า “เพราะฉันดูแลตัวเองไม่ได้ ฉันต้องพึ่งหมอ” แต่หากพบแพทย์หลายแผนกแล้ว ยังไม่สามารถอธิบายโรคที่เป็นอยู่ได้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะมีความคิดว่า “หมอก็ช่วยฉันไม่ได้” “ฉันน่าจะใกล้ตายแล้ว”

การหมุนเวียนแพทย์บ่อยครั้ง ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษา ทั้งแพทย์และผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการทบทวนประวัติ ทำความรู้จักใหม่ทุกครั้ง และอาจมีรูปแบบการรักษาที่ต่างไปจากเดิม ผู้เข้าร่วมวิจัยจึงเกิดความกลัว ไม่มั่นใจ สงสัยว่า “หมอจะรักษาฉันได้ไหม”

“พอคุณหมอไม่ว่าง ติดธุระ ต้องให้ตรวจกับหมออื่นแทน เราก็ไม่สบายใจ จะตรวจต่อเนื่องกันได้ยังไง หมอจะมาตรวจแทนหมอก็ต้องเสียเวลามาอ่าน ต้องตรวจใหม่... ก็รักษามาดี ๆ ยาก็กินมาดี ๆ มาเจอแล้วมาทักว่าเป็นโรคอีก 5 โรค ไม่ตายเรอะ มาเปลี่ยนยาผมอีก เกิดผมไปกินอยู่บ้าน ผมแพ้เป็นยังไง เดาโรคถูกไหม ถ้าประวัติเก่าก็จำได้ในสมอง ก็ดี เร็วไป”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 12

“ตอนแรกอยู่กับอาจารย์ แล้วแกก็ลาออกไป ก็กลายเป็นว่าเป็นหมอเขละขละไปเรื่อย ๆ ก็คือนักศึกษาแพทย์ 2 ปี ยังไม่ทันไรก็หายไปแล้ว... มานั่งตรวจประวัติ คุณป้าอย่างโง้น คุณป้าอย่างงี้ แต่หมอบางคนก็โอเค”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 3

- **การจัดการสุขภาพด้วยตนเอง**

การพบแพทย์หลายแผนก มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดความผิดพลาดในการรักษา เช่น ผลข้างเคียงของยา และการได้ยาซ้ำซ้อน ผู้เข้าร่วมวิจัยจึงเกิดความคิดว่า “ฉันเชื่อใครไม่ได้” และเกิดพฤติกรรม “ฉันต้องลุกขึ้นมาจัดการด้วยตนเองแล้ว” เช่น การหาข้อมูลด้วยตนเอง หรือจำข้อมูลการรักษาให้ได้ทั้งหมด

“คนไข้ต้องจำของตัวเองนะคะ เราจะมีบัญชียาเลยทุกวันนี้ทานยา 18 ตัว เยอะมาก เพราะฉะนั้นเวลาที่ไปพบหมอแต่ละคนเราจะต้องถือบัญชียาไปให้หมอดูว่า มียาตีกันไหม และตอนนี้เราทานยาอะไรอยู่บ้าง คนไข้ต้องจำ ไม่งั้นคนไข้จะเสียโอกาส... เราต้องจำของเราด้วยว่า มาหาหมอแต่ละครั้งหมอพูดว่าอะไรขออนุญาตอาจารย์บันทึก บางอย่างคนไข้อาจจะ จำได้ไม่หมด... ไม่เคยได้ยินเลยชื่อนี้ เราก็ไปค้น”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 2

“หมอสั่งเราจะไม่รู้ เพราะหมอคีย์ในคอม... ตอนเค้าให้เค้าไม่ทันดูว่าเรามีประวัติ กินยานอนหลับอยู่แล้ว เค้าให้มาเราก็แบบ โอ้ยยานี้กินก็ไม่หลับหรอก เพราะว่าขนาดกินยาที่หมอให้ยังไม่หลับเลย”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 3

- **พฤติกรรมต่อต้านจากอำนาจที่ไม่เท่ากัน**

ผู้เข้าร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่มีความเป็นตัวตนอยู่เดิม มีความรู้ประสบการณ์ที่หลากหลาย เมื่อรับรู้ว่า “หมอไม่ฟังฉัน” แต่ตนไม่มีอำนาจในการต่อรอง เพราะหมอมีความรู้ด้านตัวโรคมากกว่า จึงแสดงออกเป็นพฤติกรรม “ไม่อยากเถียงหมอนะ แต่ฉันไม่ทำตาม” และเลือกทำในสิ่งที่คิดว่าเหมาะสมกับตนเองมากกว่า

“ถ้าถามว่ากินครบตามที่คุณหมอสั่งไหม พูดจากใจจริงไม่ครบ เพราะเราคิดว่า กินยาเยอะเกินไป เราลดเอง แต่ไม่ได้บอกหมอหรอก เพราะว่าเรารู้ตัวเราไง ถ้าเราบอกเขาก็ เอานี่ไงถึงได้น้ำตาลสะสมเท่านี้ ถ้าเกิดเรามีความรู้สึกว่าน้ำตาลสะสมสูง เราก็งดของหวานซะ เพราะเรารู้ที่มาที่ไปของมัน”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 11

“อยู่ดี ๆ หมอเปลี่ยนยา แล้วยาตัวเนี้ย มีผลต่อเรามั้ย เราป่วยอยู่แล้ว เราก็ต้องดู... ยามันเข้าไปในตัวเรา อันไหนมีปัญหากับเรา เราก็หยุดเอง ถ้าหมอให้เป็นยาตัวใหม่จะ search ดูว่ามันป้องกันรักษายังไง จะถามเภสัช แล้วก็ไปคุยกับหมอคราวหน้า บางทีถ้าให้เราก็ไม่กิน ในเมื่อมียาประจำอยู่ตัวใหม่เราไม่กิน จบ”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 3

- **ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย**

ในรายที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับแพทย์หรือมีประสบการณ์การรักษาที่ดี จะมองว่าการพบแพทย์ทำให้รู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่น ทำให้รับรู้ว่า “ฉันไม่ได้สู้เพียงลำพัง” และมีความรู้สึก “ผูกพันกับหมอ” โดยเฉพาะแพทย์ที่รักษามาอย่างต่อเนื่อง

“เจอแล้วก็ต้องจากเนาะ พอเราจะชอบ พอจะรักอะไรก็จะไปแล้ว มันก็เสียดาย ใจหาย เจอคนที่ดีกับเราแล้วเค้าก็ไปอยู่ที่อื่น”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 9

“หมอนัด เขาก็ต้องเสียเวลามารอเรา เราไม่มาหมอจะคิดยังไง รักษาให้แล้วยังไม่มา เราเกรงใจหมอเราเป็นห่วง ผมมาวันนี้ เคาน์เตอร์บอกว่า หมอไม่มานะ อุ้ย คุณหมอเป็นอะไรนะ”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 12

- **อุปสรรคในการเข้าถึงการรักษา**

อีกประเด็นสำคัญที่มีการกล่าวถึง คือ ระบบเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงเรียนแพทย์ ซึ่งเข้าถึงการรักษาได้ยากลำบากและการนัดคิวที่นาน เนื่องจากความต้องการสูง ผู้เข้าร่วมวิจัยจึงรู้สึกว่า “เราโชคดีนะที่ยังมีโอกาส” และในขณะเดียวกันก็ “กลัวว่าจะหลุดจากการรักษา” จึงต้องพยายามมาตามนัดอย่างต่อเนื่อง

“ถ้าสมมุติเราไม่ไปรักษา จะเข้าถึงการรักษา ไม่ได้ง่าย ๆ เราโทรหาคุณหมอ กว่าจะได้คิวหรือเจอตัวคุณหมอ คิดดูครั้งแรก 200 สาย กระหน่ำโทรกว่าจะเจอ กว่าจะรับได้ เนี่ยแล้วคนที่ไม่ถึงการรักษาก็ลำบากกว่าเรา อันนี้เราเข้าถึงการรักษาแล้ว”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 10

“ถ้าเลื่อนนัดแล้ว มันก็ต้องเลื่อนออกไปอีก ก็กลัว เราก็ยังกังวล ไม่มีใบนัดก็เหมือนอยู่ผิดที่ผิดทาง”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 6

- **มุมมองต่อการมาโรงพยาบาล**

เมื่อต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้หลายคนรู้สึกเบื่อหน่ายกับวงจร “ชีวิตมีแต่หมอกับยา” แต่บางคนกลับมีมุมมองเชิงบวก มองว่า “โรงพยาบาลคือบ้านหลังที่ 2” ประกอบกับการอยู่ในสังคมเมืองที่ “อยู่บ้านก็เหงา” การมาโรงพยาบาลจึงทำให้ “ฉันยังมีคุณค่า” เพราะ “มีแต่หมอที่สนใจฉัน” โดยเฉพาะการได้เป็นส่วนร่วมในระบบการเรียนการสอน

“อยู่กรุงเทพฯ พื้นที่มันแคบ มันทำอะไรไม่ได้... อยู่บ้านน่าจะเหงาอ่ะ กลางวันในซอย บ้าน 6 หลัง ไม่มีใครออกมาคุยกันเลย ตอนเย็นทักกัน 2-3 คำ สังคมกรุงเทพฯ เนอะ ต่างคนต่างอยู่ น้อยที่จะออกมานอกบ้าน”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 5

“วันนี้มีนักศึกษามาขอเรียนด้วย ลุงสอนเค้าหน่อย ขออนุญาตนะ ดีซะอีก เค้าเอาเป็นตัวอย่างมีไหมให้คนเป็นตัวอย่าง มีแต่เค้าเอาโครงกระดูกไปห้อยไว้ เราก็มีประโยชน์นี่หว่า ไม่ใช่แก่แล้วแก่เลย แก่แล้วไม่มีประโยชน์ แก่ไปทำไม แก่แล้วมีประโยชน์มั่ง อย่างน้อย ๆ มันก็ยังดี ผมเป็นตัวแทนสอนหนังสือได้ หมอจะได้มีความรู้ คนอื่นจะได้มีความรู้ เป็นวิทยาทาน”

ผู้เข้าร่วมวิจัยคนที่ 12

อภิปรายผล

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุ[1-3] งานวิจัยนี้ศึกษาผลกระทบต่อชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุที่มีนัดหลายแผนกในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งในแผนกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้ป่วย 1 คน มีนัดติดตามกับแผนกอื่น โดยเฉลี่ย 1-2 แผนก จึงเป็นที่มาของนิยามผู้ป่วยที่มีนัดหลายแผนกในงานวิจัยนี้ โดยอ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้าที่ให้นิยามการมาพบแพทย์หลายแผนก คือ ผู้ป่วยที่มีนัดมากกว่าค่าเฉลี่ยปกติของที่นั้น ๆ[5] และเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงกับในงานวิจัยในประเทศไต้หวัน คือ 2 แผนกต่อวัน[4]

จากผลการศึกษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล มีความชุกของผู้ป่วยสูงอายุที่มาพบแพทย์หลายแผนกถึงร้อยละ 61.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 73 ปี และสิทธิข้าราชการ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มชนชั้นกลางและข้าราชการเกษียณที่ว่างงาน ไม่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบมากนัก จึงอาจเป็นสาเหตุให้มาตรวจติดตามได้ง่ายขึ้น ซึ่งขัดแย้งกับรายงานการศึกษาของ Perhoniemi และคณะ[10] ในประเทศฟินแลนด์ พบว่า ผู้ป่วยที่มาติดตามหลายแผนกมักเป็นผู้มีปัญหาด้านเศรษฐานะและเป็นผู้ว่างงาน อาจเนื่องจากบริบทของโรงพยาบาล ระบบสุขภาพ สิทธิการรักษา และสภาพสังคมที่ต่างกัน ผู้ที่มีรายได้น้อยในประเทศไทยมักต้องใช้เวลาหารายได้เป็นหลัก เรื่องความเจ็บป่วยไม่สบายจึงเป็นเรื่องรอง ประกอบกับไม่มีรัฐสวัสดิการ การมาตรวจติดตามแต่ละครั้ง ถึงแม้จะได้เบิกจ่ายได้ตามสิทธิการรักษาแต่มีค่าใช้จ่ายแฝง เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ทำให้ผู้ที่มีรายได้น้อยไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้บ่อย

ในการศึกษานี้มีผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 8 จาก 12 คน อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ มาเป็นระยะเวลานาน ทำให้คุ้นชินกับความซับซ้อนและวุ่นวายของสังคมเมือง และสามารถรับมือกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการต้องมาพบแพทย์หลายแผนกได้ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าศึกษาเพิ่มเติม

นอกจากนี้ มีรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับบุคลิกภาพและสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยจากการเพิ่มจำนวนการมาพบแพทย์ในหลายการศึกษา[6-10, 13, 14] งานวิจัยนี้ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง ไม่มั่นใจในตนเอง มีแนวโน้มที่จะมาพบแพทย์เพื่อพยายามหาคำอธิบายว่า “โรคเหล่านี้เป็นได้อย่างไร ทำไมไม่หายสักที ฉันดูแลตัวเองไม่ได้ ฉันต้องพึ่งหมอ และต้องเป็นหมอเชี่ยวชาญ ฉันจึงดีขึ้น ยิ่งตรวจยิ่งเจอ” จึงส่งผลต่อการมาโรงพยาบาลบ่อยมากขึ้น เกิดเป็นวงจรความเจ็บป่วยที่ไม่สิ้นสุด และคาดหวังกับแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น[12] ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้

ในส่วนของผู้ป่วยที่มองโลกในแง่ดี มีครอบครัวสนับสนุน มีมุมมองว่า การพบแพทย์หลายแผนกเป็นเรื่องที่ดี เหมือนมีคนคอยช่วยเหลือ จึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจติดตามหลายแผนก สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Welzel และคณะ[11] ในขณะเดียวกันผู้ที่มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว มีมุมมองต่อการมาพบแพทย์ว่า “มีแต่หมอที่สนใจฉัน ทำให้ฉันยังมีคุณค่า ได้พบชีวิตที่มีความหมาย คุณค่าที่หายไป หรือทำให้ได้ความสัมพันธ์ในครอบครัวกลับมา หรืออาจมองว่าฉันยังมีภาระฉันยังตายไม่ได้ และฉันต้องไม่เป็นภาระคนอื่น” แต่ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มุมมองเชิงบวกต่อการความเจ็บป่วยและการมาตรวจติดตามหลายแผนกไม่ได้สัมพันธ์กับปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว

การตรวจติดตามหลายแผนก ทำให้มีโอกาสเกิดความผิดพลาดจากการรักษาซ้ำซ้อน การจ่ายยาซ้ำอันตรกริยาจากยาหลายชนิด หรือได้รับการส่งตรวจและการส่งปรึกษาต่างแผนกมากเกินความจำเป็น เปรียบเหมือนบอลที่กระเด้งไปมา เข้าแล้วออกไม่ได้ อยู่กับความสงสัยที่ว่าแพทย์จะรักษาได้หรือไม่ โดยเฉพาะในระบบโรงพยาบาลที่มีการดูแลคนไข้แบบแยกโรค ขาดการมองภาพรวมในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละคน เป็นการรักษาคนละท่อน ประกอบกับการเข้าถึงระบบการรักษาที่ยาก ทำให้ผู้ป่วยกลัวจะหลุดจากการรักษา กลัวการเริ่มต้นใหม่ การมีแพทย์ที่ดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวม ให้ความสนใจ ให้อำนาจในการตัดสินใจเท่ากัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผูกพันกับแพทย์ ส่งผลให้มาติดตามนัดต่อเนื่องและให้ความร่วมมือในการรักษา[8]

ในการศึกษานี้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่พบความยากลำบากที่ตนเองและครอบครัวต้องเผชิญในการเดินทางมาตรวจติดตามที่โรงพยาบาลทั้งการเดินทาง ระบบรับบริการ ค่าใช้จ่ายแฝง และเวลาที่ต้องเสียสละ แต่ในบางรายพบว่าการมาโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและทำให้มีความสุข โดยเฉพาะในบริบทสังคมเมืองที่ต่างคนต่างอยู่ ไม่เหมือนสังคมในต่างจังหวัด แม้จะเบื่อหน่ายกับชีวิตที่มีแต่แพทย์กับยา แต่บางคนกลับมีมุมมองว่า โรงพยาบาลคือบ้านหลังที่ 2 เป็นสังคมและสถานที่คุ้นเคย

การศึกษานี้ทำให้เข้าใจความคิด ความรู้สึก มุมมอง และผลกระทบต่อผู้สูงอายุจากการมาตรวจติดตามหลายแผนกมากขึ้น เข้าใจที่มาของพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่พบในชีวิตจริง เช่น การไม่กินยา การปรับยาเอง อารมณ์หงุดหงิดหรือไม่ทำตามที่แพทย์แนะนำ ว่าเกิดได้จากทั้งลักษณะพื้นฐานเดิมของผู้ป่วยและประสบการณ์ที่เคยได้รับ ดังนั้น การปรับแนวทางการดูแลประชากรกลุ่มนี้โดยเน้นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยไว้วางใจ การเข้าใจความเป็นตัวตนเดิม เปิดใจรับฟังอย่างไม่ตัดสิน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและร่วมกันตัดสินใจด้วยอำนาจที่เท่ากันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย จะทำให้การรักษาเป็นไปอย่างเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลในบริบทโรงเรียนแพทย์เขตกรุงเทพฯ ซึ่งมีระบบบริการสุขภาพและแนวทางการเข้ารับบริการแตกต่างจากต่างจังหวัด ผลที่ได้จากการศึกษานี้อาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงได้ในบริบทต่างจังหวัดที่มีระบบบริการและลักษณะชุมชนสังคมที่แตกต่างกัน อาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สรุปผล

ผู้สูงอายุที่มานัดตรวจติดตามแพทย์หลายแผนกพบมากในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล โดยเฉพาะในโรงเรียนแพทย์ ด้วยระบบการรักษาแบบแยกโรค ความไม่ต่อเนื่องในการรักษา ความหลายโรคหลายหมอ ประกอบกับตัวตนเดิม สภาพสังคมและประสบการณ์ที่ต่างกัน ส่งผลกระทบต่อมุมมองของผู้สูงอายุต่อตนเอง แพทย์ สังคม และชีวิตที่เปลี่ยนไปทั้งในเชิงบวกและลบ บางครั้งแสดงออกเป็นพฤติกรรมที่แพทย์ไม่เข้าใจ แต่หากเปิดใจรับฟังและเข้าใจผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้น จะทำให้สามารถพัฒนาระบบการรักษาที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ ลดความซับซ้อน และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นได้ในอนาคต

Additional Information

Acknowledgments: We would like to express my gratitude to the faculty, staff, and fellow residents of the Department of Family Medicine at Ramathibodi Hospital for continuously supporting this research. We also thank all research participants who kindly provided valuable information that made this research complete.

Ethics Approval: This study was approved by Ethics Committee for Human Research, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University (No. MURA2023/622 on 12 August 2023).

Financial Support: This study was supported by a grant from the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital's revenue fund (No. RF_67020, Methawee Sathawaranon)

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Author Contributions:
Conceptualization: All authors
Funding Acquisition: Methawee Sathawaranon
Formal Analysis: All authors
Writing – Original Draft Preparation: Methawee Sathawaranon
Writing – Review & Editing: Saipin Hathirat, Supak Sanguansap

References

1. World Health Organization. Ageing and health. 1 October 2024. Accessed 10 February 2025. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. Department of Older Persons. Statistics of elderly. 30 September 2024. Accessed 10 February 2025. https://www.dop.go.th/en/statistics_page?cat=1&id=2559
3. Department of Older Persons. Situation and trends of elder society in Thailand 2013-2030. 25 August 2016. Accessed 10 February 2025. https://www.dop.go.th/th/know/1/47
4. Kuo MC, Jeng C, Chen CM, Jian WS. Profile of elderly with multiple physician visits: advocacy for tailored comprehensive geriatric assessment use in clinics. *Geriatr Gerontol Int.* 2014;14(2):372-380. doi:10.1111/ggi.12111
5. Reynaldos-Grandón K, Nasabún-Flores V, Pedrero-Castillo V, Cortéz-Pinto E, Ureta-Achurra J, Pavlov-Sepúlveda T. Poly-consultant patients: concept variability. *Rev Med Chil.* 2020;148(1):128-129. doi:10.4067/S0034-98872020000100128
6. Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health.* 2005;119(2):118-137. doi:10.1016/j.puhe.2004.03.007
7. Kivelä K, Elo S, Kääriäinen M. Frequent attenders in primary health care: a concept analysis. *Int J Nurs Stud.* 2018;86:115-124. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.06.003
8. Smucker DR, Zink T, Susman JL, Crabtree BF. A framework for understanding visits by frequent attenders in family practice. *J Fam Pract.* 2001;50(10):847-852.
9. Báez K, Aiarzaguena JM, Grandes G, Pedrero E, Aranguren J, Retolaza A. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study. *Br J Gen Pract.* 1998;48(437):1824-1827.
10. Perhoniemi R, Blomgren J. Frequent attenders of three outpatient health care schemes in Finland: characteristics and association with long-term sickness absences, 2016-2018. *BMC Public Health.* 2021;21(1):870. doi:10.1186/s12889-021-10866-x
11. Welzel FD, Stein J, Hajek A, König HH, Riedel-Heller SG. Frequent attenders in late life in primary care: a systematic review of European studies. *BMC Fam Pract.* 2017;18(1):104. doi:10.1186/s12875-017-0700-7
12. Hodgson P, Smith P, Brown T, Dowrick C. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. *Ann Fam Med.* 2005;3(4):318-323. doi:10.1370/afm.311
13. Bergh H, Baigi A, Fridlund B, Marklund B. Life events, social support and sense of coherence among frequent attenders in primary health care. *Public Health.* 2006;120(3):229-236. doi:10.1016/j.puhe.2005.08.020
14. Bergh H, Baigi A, Månsson J, Mattsson B, Marklund B. Predictive factors for long-term sick leave and disability pension among frequent and normal attenders in primary health care over 5 years. *Public Health.* 2007;121(1):25-33. doi:10.1016/j.puhe.2006.08.018