

# วารสาร สาธารณสุขมูลฐานภาคใต้



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



**SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL**

**<https://hss.moph.go.th/webs/phcsn> E-mail : [southern.phc@gmail.com](mailto:southern.phc@gmail.com)**

**ISSN 0857-7293 ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม - มีนาคม 2567**



ที่ปรึกษาพิเศษ

นพ.สุระ วิเศษศักดิ์  
ดร.นพ.ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ  
นพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ  
นพ.สามารถ ธีระศักดิ์

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.ปัญญา เลิศไกร  
รศ.ดร.นัยนา หนูนิล  
ผศ.ดร.ดุชนีย์ สุวรรณคง  
ดร.ภก.คชาพล นิมเคช  
ดร.วิเชียร ไทยเจริญ  
ดร.ชัยณรงค์ แก้วจันทังค์  
ดร.ไพสิฐ บุญยะกวี  
ดร.สุรชาติ โกยกุลย์  
ดร.จามจุรี แซ่หลู่  
ดร.เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช  
ดร.ภาวดี เหมทานนท์  
ดร.รัถยานภิศ รัชตะวรรณ (พละศึก)  
ดร.บุญรวม จิตต์สามารถ  
ดร.มัทริกา จินากุล  
ดร.ภญ.ศรีสุดา ศิลาโชติ  
ดร.มัลลิกา คงแก้ว  
ดร.พ.ต.หญิง เบญจมาภรณ์ ฮั่วเจียม  
ดร.ลัญจกร นิลกาญจน์  
ดร.วาสนี วงศ์อินทร์  
ดร.อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช  
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์  
มหาวิทยาลัยทักษิณ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช  
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี  
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา  
โรงพยาบาลปากพนัง  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
โรงพยาบาลค่ายวิหขารุช นครศรีธรรมราช  
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี  
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง

บรรณาธิการ

นายรุจ เรืองพุทธ

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้  
จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายสุรเชษฐ์ เขตทอง

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กองบรรณาธิการ

นางสาวชลกร ภู่อกุลสุข

รองผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้  
จังหวัดนครศรีธรรมราช

นายสมชาย ลีสิน  
นางรุจิรา เพชรสงค์  
นายศุภกานต์ สุกวิบูลสาน์  
จ.อ.ศุภปรกรณ์ ขวัญใจ  
นายธนา คักดิ์สุปรีชา

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

# คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำและส่งต้นฉบับ วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

## SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ เป็นวารสารรองรับการเผยแพร่บทความวิจัย และบทความวิชาการ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ของหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข, หน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข, องค์กรเอกชน, ตลอดจนภาคีเครือข่ายต่างๆ

### การจัดทำต้นฉบับ

**1. บทความวิจัย** ความยาว 10-12 หน้ากระดาษขนาด A4 ใช้ตัวพิมพ์ TH SarabunPSK ขนาด 16 Point และต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือใดมาก่อน

- 1.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 1.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 1.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
- 1.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
- 1.5 การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
- 1.6 การใช้ตัวเลข คำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น

ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/ บทนำ /วัตถุประสงค์วิจัย/สมมติฐาน (ถ้ามี)/กรอบแนวคิดการวิจัย/ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย/การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ/การเก็บรวบรวมข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล)/จริยธรรมวิจัย/ผลการวิจัย/อภิปรายผล/การนำผลการวิจัยไปใช้/ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป/เอกสารอ้างอิง

### 2. บทความวิชาการ

- 2.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 2.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 2.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
- 2.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)  
ให้เรียงลำดับสาระดังนี้  
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/บทนำ/เนื้อเรื่อง/สรุป/ข้อเสนอแนะ/เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิงของบทความวิจัยและบทความทางวิชาการ ทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ให้จัดเรียงตามลำดับ อักษร ชื่อผู้แต่ง โดยใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) ไม่เกิน 10-15 เรื่อง

3.1 กรณีอ้างอิงจากหนังสือให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่พิมพ์)// ชื่อหนังสือ// (ครั้งที่พิมพ์)// สถานที่พิมพ์: /สำนักพิมพ์.

ไพรัช รัชยพงษ์ และกฤษณะ ช่างกล่อม. (2541). การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศแห่งชาติ เพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

3.2 กรณีอ้างอิงจากวารสารให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปี, เดือนที่วารสารออก) // ชื่อบทความ // ชื่อวารสาร/ปีที่ (ฉบับที่) , /เลขหน้า ของบทความ

จุมพล พุฒภัทรชีวิน และรัตนา ตุงคสวัสดิ์. (2542). วิวัฒนาการและทางเลือกของนโยบายการศึกษา ของรัฐบาลไทย. วารสารเศรษฐศาสตร์. 27 (2), 98-106.

3.3 กรณีพิมพ์อ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต (Internet) ให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่จัดทำ) // ชื่อเรื่องของเอกสาร // คั่นเมื่อ/เดือน,/วัน,/ปี,/จาก/URL ของเว็บไซต์ที่เข้าถึง

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2545). จรรยาบรรณนักวิจัย. คั่นเมื่อ พฤษภาคม 3, 2556, จาก <http://www/nrct.go.th-research.ehties.html>

4. การส่งเรื่องต้นฉบับให้นำส่งไฟล์ Word ทาง Email : [southern.phc@gmail.com](mailto:southern.phc@gmail.com) ดังนี้

- สำหรับตีพิมพ์ผลงานไม่เกิน 12 หน้า (Summary Paper)

5. การทำหนังสือนำส่ง

5.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์ ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดหรือเทียบเท่า

5.2 หน่วยงานการศึกษา ลงนามโดยคณบดีขึ้นไป

5.3 หน่วยงานภาคเอกชน/ภาคีเครือข่าย ลงนามโดยผู้บริหารองค์กรที่สังกัด

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 <http://phcsn.hss.moph.go.th>

Email : [southern.phc@gmail.com](mailto:southern.phc@gmail.com) โทรมือถือ 081-3705370

## 6. กำหนดเผยแพร่ (ปีละ 4 ครั้ง)

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – ธันวาคม

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม - กันยายน

## 7. สิทธิของกองบรรณาธิการ

ในกรณีที่บรรณาธิการ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้รับเชิญให้เป็นผู้ตรวจบทความวิจัยหรือบทความทางวิชาการ มีความเห็นว่าควรแก้ไขต้นฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะส่งต้นฉบับให้ผู้เขียนพิจารณา จัดการแก้ไขให้ก่อนตีพิมพ์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะยึดถือความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเกณฑ์

8. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ ไม่ว่าบทความวิจัยหรือบทความวิชาการนั้นจะได้รับการลงพิมพ์หรือไม่

9. ต้นฉบับจะต้องมีชื่อผู้เขียน ผู้เรียบเรียงหรือผู้แปล โดยแจ้งชื่อ นามสกุลจริง ตำแหน่งผู้เขียนบทความ สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์หรืออีเมล ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

# U N U R R N A R I K A S

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ฉบับนี้เป็นปีที่ 38 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม 2567 เป็นช่วงเวลาของกิจกรรมสำคัญของบุคลากรด้านสาธารณสุขมูลฐาน คือ การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่นทั้งในระดับเขต/ภาค และระดับชาติ ประจำปี 2567 เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นมาเพื่อเชิดชูเกียรติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเสียสละแรงกาย แรงใจ อุทิศตนในการเป็นกำลังสำคัญของการขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขมูลฐานสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนและชุมชน โดยมีการจัดการคัดเลือกในระดับเขต/ภาค และระดับชาติ ประจำปี 2567 ในช่วงเดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ พร้อมกันทั่วประเทศ รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดงานวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ ขึ้นในวันที่ 20 มีนาคม ของทุกปี นับเป็นกิจกรรมสำคัญที่เน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญและเชิดชูเกียรติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของประเทศไทย

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสำเร็จและความเพียรพยายามของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาเสียสละเวลาอ่านบทความวิชาการ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นคุณูปการต่อการยกระดับมาตรฐานทางวิชาการให้กับงานวิจัย เจ้าของผลงานวิจัยที่ทุ่มเทความรู้ ความสามารถในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้งานวิจัยมีมาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานสู่วงกว้างมากขึ้น และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพของวารสารต่อไปในอนาคต

# สารบัญ

## งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

- ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดต่อความรู้และทักษะการใช้แนวปฏิบัติด้วย SOS Score ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช 8
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 4 โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช 19
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุวิถีพุทธวิถีธรรม ตำบลคลองปาง อำเภอรัญญา จังหวัดตรัง 29
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและการส่งต่อโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความรู้ทักษะการประเมินและการส่งต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช 41
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช 51
- ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการทำงานกับความผูกพันองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุข ในตำบลคูริง อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร 62
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ ของโรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดระนอง 72
- คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช 84
- แนวทางการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี 97
- การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย 109
- ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจในการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี 119
- รูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช 132



ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score  
ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดต่อความรู้และทักษะการใช้แนวปฏิบัติด้วย SOS Score  
ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
(The Effectiveness of Educational Program based on SOS Score  
Guidelines for Assessing Patients with Sepsis on Knowledge and Skill using SOS Score  
Guidelines among Registered Nurses, Chaloe Phra Kiat Hospital,  
Nakhon Si Thammarat Province)

อรพรรณ พาลิว, เขาวลัยค์ ทองแก้ว  
Orawan paleevol, Yaowaiak Thongkaew  
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
Chaloem Phrakiat Hospital Nakhon Si Thammarat Province

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จ.นครศรีธรรมราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 20 คน โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้และทักษะการใช้ตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score โดยใช้เวลา 2 วัน รวม 14 ชั่วโมง เครื่องมือและโปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับพยาบาลวิชาชีพที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้ ใช้การทดสอบ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 2) แบบประเมินทักษะคำนวณโดยใช้ Interrater reliability ได้ค่าความตรง เท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test and Friedman test

ผลการศึกษาพบว่า การแจกแจงลำดับที่ของความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ก่อนได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรม วันที่ 3 และวันที่ 14 ( $p < .01$ )

ผลการศึกษานี้ เป็นการเพิ่มความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติในการใช้แนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้มีประสิทธิภาพที่ดีในการประเมินผู้ป่วย

**คำสำคัญ :** แนวปฏิบัติ, แบบประเมิน SOS Score, พยาบาลวิชาชีพ, ติดเชื้อในกระแสเลือด

### Abstract

A quasi-experimental one-group pre-post-test repeated measure design was used to test the effectiveness of an educational program based on SOS score guidelines for assessing patients with sepsis, Chaloe Phra Kiat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. Purposive sampling was used to select 20 registered nurses (RNs) who worked at Chaloe Phra Kiat Hospital on inclusion criteria. The program consisted of knowledge and skills for assessing patients with sepsis based on SOS Score Guidelines. Total activities were used for two days about fourteen hours. Instruments and programs were validated by three experts. The reliability of the instruments was examined with thirty RNs as



the same sample size consisted of 1) the knowledge questionnaire was examined with Kuder-Richardson (KR-20) equal to 0.81 and 2) the skill evaluation scale examined with interrater reliability equal to 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test, and the Friedman test.

The findings revealed significant differences in the mean ranks of knowledge and skills of RNs who worked at Chaloe Phra Kiat Hospital to use SOS score guidelines among patients with sepsis after receiving the program on Day 3 and Day 14 ( $p < .01$ ).

The results of this study to increase the knowledge and skills of RNs working in Chaloe Phra Kiat Hospital to use guidelines for assessing sepsis led to a good increase in assessment with sepsis patients.

**Keywords :** Clinical practice guideline, SOS score, Registered Nurse, Sepsis

### ความสำคัญและความเป็นมา

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุ การเสียชีวิตของผู้ป่วย มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลว จนนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุด 1 ใน 5 ของ อัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก (กนก พิพัฒน์เวช, 2551, น.135-144) สำหรับไทย พบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุ การเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น พบมีผู้ป่วย Sepsis ปีพ.ศ.2563-2565 จำนวน 151,481, 68,427 และ 78,563 รายตามลำดับ และพบ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ.2563, 2564 และ 2565 อยู่ที่ร้อยละ 32.68, 33.71 และ 35.24 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) sepsis คือการติดเชื้อที่เกิดขึ้น ที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกาย ได้แก่ จุลชีพต่างๆ เช่น เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา โดยการติดเชื้อ ที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อ ในกระแสเลือดได้ ซึ่งจะทำให้เกิดการอักเสบขึ้นทั่วบริเวณร่างกาย หากรุนแรงมากอาจพัฒนาไปสู่ภาวะช็อกทำให้ การทำงานของอวัยวะภายในต่างๆ ล้มเหลว มีอันตราย ถึงชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาทันทีทันที เมื่อร่างกายได้รับการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด (Sepsis) จะทำให้เกิดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (tissue hypoxia) นำไปสู่ภาวะ Hypoperfusion และ

Organ dysfunction เห็นได้จากภาวะความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น (Severe sepsis) สู่ระยะช็อก (Septic shock) อย่าง รวดเร็วภายใน 72 ชั่วโมง (Glickman, et al, 2010, p.383)

การประเมินติดตามการดำเนินของโรค การให้การรักษาย่างรวดเร็วสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและชะลอความรุนแรงของการเกิดอวัยวะล้มเหลวได้ (Dellinger, et al, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมพบ สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา (the Society of Critical Care Medicine: SCCM) ร่วมกับ The European Society of Intensive Care Medicine; ESICM มีการพัฒนาและประกาศใช้แนวปฏิบัติในการดูแล และจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อลดอัตราการ เสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเพิ่มความตระหนักถึงความรุนแรงปรับปรุงการวินิจฉัย การรักษา มุ่งเน้นการรับรู้การของภาวะ sepsis ตั้งแต่ระยะแรก (Makic, 2018) มุ่งเน้นกระบวนการจัดการภาวะ sepsis เร่งด่วนโดยกำหนดเป้าหมายของการรักษาในระยะ 6 ชั่วโมงแรก (Early Goal Direct Therapy: EGDT) ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะ การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียน การควบคุมความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย และค่าความดันโลหิตเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เป็นต้น (Dellinger, 2013) สำหรับในประเทศไทย โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย (2558)

ได้ออกแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย severe sepsis และ septic shock พ.ศ. 2558 ประกอบด้วย 3 หลักการ ได้แก่ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วย ตั้งแต่ในระยาระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียน 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การประสานงาน และการเฝ้าติดตามกำกับ (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2558)

หัวใจสำคัญของการดูแลรักษาคือความรวดเร็วในการคัดกรองอาการของผู้ป่วยให้ได้รับการตรวจวินิจฉัย และการดูแลรักษาทันที เช่น การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม โดยเริ่มให้ยาปฏิชีวนะทันทีภายใน 1 ชั่วโมง จากข้อมูลโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติปี 2563-2565 อยู่ที่ ร้อยละ 100 98.96 และ 98.33 ตามลำดับการประคับประคอง ไม่ให้เกิดอวัยวะล้มเหลว เช่น การบริหารสารน้ำทดแทนตามตัวชี้วัดอัตราการได้รับสารน้ำ 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ปี 2563-2565 อยู่ที่ ร้อยละ 99.07 99.07 และ 95.83 ตามลำดับ การดูแลทางเดินหายใจให้มีประสิทธิภาพและการดูแลที่สำคัญคือ การเฝ้าระวังติดตามระบบไหลเวียน (hemodynamic monitoring) เช่น ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง (Mean Arterial Pressure: MAP) ให้มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป้าหมายหลักในการดูแลรักษาภาวะ Sepsis คือลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Castellanos, 2010) จากการศึกษาข้างต้น พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง รวมทั้งวิเคราะห์อาการเปลี่ยนแปลงและอาการผิดปกติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ, 2561) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดประจำปีพ.ศ. 2565 เพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในสาขาอายุรกรรมโดยตั้งเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ 24 มีการจัดระบบ Fast track ในด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยกำหนดตัวชี้วัดการได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะอยู่ที่มากกว่าร้อยละ 90 และได้รับยาปฏิชีวนะหลังการวินิจฉัยโรคภายใน 1 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 90 (สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, 2561) ผลลัพธ์ของ

การจัดการดูแลผู้ป่วย Sepsis ที่ดีจะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งสะท้อนคุณภาพการให้บริการด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบแนวทางการปฏิบัติเพื่อทำการดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประสบความสำเร็จและช่วยในการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสโลหิตนั้นคือ quick Sepsis Organ Failure Assessment (qSOFA score), search out severity score (SOS score) หรือ Modified Early warning score (MEWS) ช่วยในการคัดกรองจัดทำแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น (early resuscitation) เป็นรูปแบบมาตรฐาน checklist เน้นการปฏิบัติ (sepsis bundles) (Health Quality, 2022) สามารถนำมาปรับใช้เป็นแนวทางการประเมินผู้ป่วยเพื่อทำให้พยาบาลสะดวกและง่ายต่อการคัดกรอง

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จำนวน 30 เตียง ให้การดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค พบปี 2563-2565 พบผู้ป่วย Sepsis เพิ่มขึ้นจำนวน 5 21 และ 48 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ใน 5 ของโรงพยาบาลจากการวิเคราะห์พบว่า การดูแลผู้ป่วย Sepsis มีปัญหาการประเมินผู้ป่วยล่าช้า การคัดกรองไม่ชัดเจน ด้านปฏิบัติการพยาบาลพบว่าไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน พยาบาลยังขาดความรู้ความเข้าใจและขาดทักษะ ในการประเมิน การเฝ้าระวัง และติดตามอาการผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาล่าช้า ผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะ Sepsis รุนแรงขึ้น ส่งผลคุกคามต่อชีวิต ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างาน จึงสนใจที่จะศึกษาวิจัย เพื่อประเมินการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการแจกแจงลำดับที่ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติก่อน และหลัง ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด วันที่ 3 และวันที่ 14
2. เพื่อเปรียบเทียบการแจกแจงลำดับที่ของทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

เฉลิมพระเกียรติก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดวันที่ 3 และวันที่ 14

### สมมติฐานการวิจัย

1. การแจกแจงลำดับที่ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวันที่ 3 และวันที่ 14 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )
2. การแจกแจงลำดับที่ทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติก่อนและหลังได้รับโปรแกรมวันที่ 3 และวันที่ 14 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดต่อความรู้และทักษะการใช้แนวปฏิบัติด้วย SOS Score ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตัวแปรตามได้แก่ ความรู้และทักษะการใช้แนวปฏิบัติด้วย SOS Score ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน กันยายน 2566 - ธันวาคม 2566

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมการให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หมายถึงชุดคำสั่งที่มีขั้นตอนตามลำดับและกำหนดเงื่อนไข ตามวัตถุประสงค์ในเรื่องความรู้การประเมินผู้ป่วยโดยแนวปฏิบัติ SOS Score ประกอบด้วย 3 หลักการ ได้แก่ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียน 3) การทำงานเป็นทีม สหวิชาชีพ การประสานงาน และการเฝ้าติดตามกำกับ

2. ความรู้ตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หมายถึง การรับรู้หลักการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ตามหลัก SOS Score กำหนด

3. ทักษะการใช้แนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score หมายถึงความชำนาญหรือความสามารถในการกระทำหรือการปฏิบัติในการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ที่กำหนด ได้ถูกต้องครบถ้วนแม่นยำ

4. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ หมายถึงผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลอย่างน้อยในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจากมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยพยาบาล ที่สภากาชาดพยาบาลรับรอง ที่มีใบประกอบวิชาชีพฯ ที่ยังใช้ประโยชน์ได้โดยไม่ถูกพักใช้หรือเพิกถอนหรือยังไม่หมดอายุ และปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพตามวุฒิการศึกษา และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติจังหวัดนครศรีธรรมราช

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยปรับแนวคิดมาตรฐานการดูแลและผลลัพธ์ของระบบจัดการรายกรณีของ Case Management Society of America (CMSA) (Case Management Society of America ,2010, อ้างถึงในศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, 2563) ร่วมกับแนวคิดจากทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP Model) เป็นทฤษฎีที่มีความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และพฤติกรรมการปฏิบัติ (Practice) (Roger, 1978 อ้างถึงใน นวพร นาคะนิช, 2563, หน้า 15) มากำหนดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาสร้างความรู้ให้กับพยาบาล นำไปสู่การปฏิบัติและเกิดทักษะที่ดีในการประเมินผู้ป่วย sepsis ตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วย ดังภาพที่ 1

### ตัวแปรต้น

โปรแกรมการให้ความรู้การใช้แนวปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ SOS score ประกอบด้วย

- ความรู้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
- การฝึกทักษะการใช้และการประเมิน SOS score

### ตัวแปรตาม

- ความรู้ในการใช้แนวปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ SOS score
- ทักษะการใช้แนวปฏิบัติด้วย SOS Score

**ภาพที่ 1** แสดงกรอบแนวคิดทฤษฎี สู่กรอบแนวคิดการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะการใช้แนวปฏิบัติด้วย SOS Score

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ การวิจัยแบบกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มแบบวัดก่อนและหลังซ้ำ (quasi-experimental one group pre post-test repeated measure design) ประกอบไปด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตาม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่าง (sample size) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ทั้งหมดจำนวน 20 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพทุกคน 2) อ่าน เขียน และสื่อสารเข้าใจได้ด้วยภาษาไทย และ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กำหนดเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพ 2) สื่อสาร และไม่เข้าใจภาษาไทย 3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

### เครื่องมือวิจัย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้แนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดมาตรฐานการดูแลและผลลัพธ์ของระบบจัดการรายกรณีของ Case Management Society of

America (CMSA) ร่วมกับแนวคิดจากทฤษฎี KAP model มากำหนดแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โปรแกรมประกอบด้วย 1) การให้ความรู้การใช้แนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS score 2) ทักษะการใช้และการประเมิน SOS Score โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 วัน รวม 14 ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษาสูงสุด หน่วยงานที่ปฏิบัติ(ปัจจุบัน) หน่วยงานที่เคยปฏิบัติ รายได้ต่อเดือน(เงินเดือนและรายได้จากแหล่งอื่น) ประสบการณ์ทำงาน (ปี) การอบรมเฉพาะทาง

2.2 แบบสอบถามความรู้ตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื้อ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ข้อคือ ถูกต้องและไม่ถูกต้อง โดยคำตอบที่ถูกต้องได้รับคะแนนเป็น 1 และข้อไม่ถูกต้องได้รับคะแนนเป็น 0 คะแนนรวม 15 คะแนน โดยคะแนนที่แสดงถึงระดับความรู้ที่เพียงพออย่างน้อยร้อยละ 80

2.3 แบบประเมินทักษะใช้แนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS score เป็นแบบประเมินทักษะโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ใช้เพื่อประเมินทักษะการใช้แนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score โดยแบบประเมินทั้งหมดมี 11 ข้อ เป็นแบบ check list ประกอบด้วย ปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้องและไม่ปฏิบัติ โดยถ้าปฏิบัติถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้อง

และไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 11 คะแนน การประเมินทักษะการใช้แนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วย โดยใช้ SOS score ต้องได้ 100% ถือว่ามีประสิทธิภาพ ในการใช้แนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS score

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าความตรง (Validity) ของโปรแกรม การให้ความรู้และทักษะการใช้แนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด แบบสอบถามความรู้และแบบประเมินทักษะการใช้แนวปฏิบัติโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ทั่วไป หัวหน้าพยาบาล และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการทำวิจัย ได้ค่าความตรงของโปรแกรมการ ให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด CVI=0.74 และนำ ข้อเสนอแนะมาปรับปรุงโปรแกรมความตรงแบบสอบถาม ความรู้การใช้แนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด ค่าความตรง CVI=0.70 แบบประเมินทักษะการใช้แนวปฏิบัติโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดได้ค่า ความตรง CVI=0.8

2. การหาความเที่ยง (reliability) โดยไป ทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่าง จำนวน 20 คน แบบสอบถามความรู้ตามแนว ปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติด เชื่อในกระแสเลือด การทดสอบ KR-20 ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.81 และ แบบประเมินทักษะการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด คำนวณโดยใช้ Interrater reliability ได้ค่าความตรง เท่ากับ 1

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสาร รับรองเลขที่ NSTPH 083/2566 วันที่รับรอง 31 ตุลาคม

2566 ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำบันทึกข้อความถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติในการขออนุญาตทำวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรเมื่อผู้อำนวยการ อนุมัติได้ดำเนินการตามโครงการโดยแนะนำตัวและชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับและผล กระทบที่อาจเกิดขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิเข้าร่วมโดย ความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถ ถอนตัวออกจากงาน วิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็น ความลับ และมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ ลงนามใน เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

กระบวนการรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะ การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการดำเนินกิจกรรมของ โปรแกรม ดำเนินกิจกรรมแบบ face-to-face แบบกลุ่ม โดยทำกิจกรรม 2 วัน รวม 14 ชั่วโมง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการ เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการ พิจารณาจากคณะกรรมการ และผ่านการพิจารณา จริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย เริ่มดำเนินการทำใบบันทึกข้อความ เพื่อขออนุญาตทำ กิจกรรม เก็บข้อมูล และหลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยจะ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยเข้าชี้แจงพบกลุ่ม ตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายขั้นตอน เมื่อกลุ่มตัวอย่าง เข้าใจ เริ่มดำเนินการทดลองตามโปรแกรม ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมและผู้ช่วย วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความ สามารถมีหน้าที่ช่วยเก็บข้อมูลก่อน หลังการทดลอง ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยผ่านการฝึกและทำความเข้าใจในการ เก็บข้อมูลจากผู้วิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการเก็บข้อมูล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการดำเนินการให้โปรแกรม ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

แบบสอบถามความรู้ตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วย โดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด และแบบประเมินทักษะการใช้แนวปฏิบัติโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดโดยผู้วิจัยเก็บจากการสังเกตจากสถานการณ์จริง

2.2 กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วย โดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด จำนวน 2 วัน 14 ชั่วโมงดังนี้

วันที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด ประกอบด้วยการให้ความรู้โดยผ่านสื่อการสอน power point

วันที่ 2 กิจกรรมฝึกทักษะ โดยใช้แบบสถานการณ์จำลอง ในการฝึกทักษะการใช้แนวปฏิบัติ SOS Score ประกอบไปด้วยการสังเกตจากการใช้สถานการณ์จำลองผ่านคลิปวิดีโอ

### 3. ระยะการเก็บข้อมูล

3.1 หลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะตามแนวปฏิบัติโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด วันที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินโดยแบบสอบถามความรู้ตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด

3.2 การประเมินทักษะการใช้แนวปฏิบัติ SOS Score ผู้วิจัยใช้การสังเกตการณ์จากสถานการณ์จริง โดยกลุ่มตัวอย่าง 1 คน ทำการสังเกต 3 ครั้ง และนำผลการสังเกต ครั้งที่ 3 มาวิเคราะห์ข้อมูล

### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (F) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. เปรียบเทียบการแจกแจงลำดับที่ของความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะตามแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด

วันที่ 3 และ วันที่ 14 ใช้ Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test

3. เปรียบเทียบการแจกแจงลำดับที่ของทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะตามแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด วันที่ 3 และวันที่ 14 ใช้ Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test

4. เปรียบเทียบการแจกแจงลำดับที่ของความรู้ลักษณะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะตามแนวปฏิบัติในการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด แบบภาพรวม ใช้ Friedman test

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (n=18) คิดเป็นร้อยละ 90 ซึ่งอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 41.15 ปี (S.D.=10.35) ประสบการณ์การทำงานส่วนใหญ่เฉลี่ย 18.45 (S.D.=10.82) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (n=12) คิดเป็นร้อยละ 60 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (n=19) คิดเป็นร้อยละ 95 ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี (n=19) คิดเป็นร้อยละ 95 หน่วยงานที่ปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (n=6) ร้อยละ 30 รองลงมาเป็นผู้ป่วยใน (n= 5) คิดเป็นร้อยละ 25 หน่วยงานที่เคยปฏิบัติมาก่อนส่วนใหญ่คืองานผู้ป่วยใน (n=10) ร้อยละ 50 รายได้ต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท (n=16) คิดเป็นร้อยละ 80

2. ความรู้ตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด (n=20) การแจกแจงลำดับที่ความรู้ภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วย โดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดวันที่ 3 และ วันที่ 14 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การทดสอบของ Friedman ภาพรวมของความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ก่อนและหลัง วันที่ 3 วันที่ 14 (n=20)

Time	กลุ่มทดลอง (n = 20)			
	Mean Rank	X <sup>2</sup>	df	p
Before	1.15	1.23	2	000**
Day 3	2.10	2.03		
Day 14	2.75	2.75		

\*\*p < .01

เนื่องจากมีความแตกต่างของภาพรวมความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ก่อนและหลัง วันที่ 3 ดังนั้นทดสอบ Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test เพื่อหาคู่ที่มีความแตกต่างดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การทดสอบ Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test ความรู้ก่อนและหลังวันที่ 3 วันที่ 14 (n=20)

Time	กลุ่มทดลอง (n = 20)		Z	p
	Mean Rank	Sum of Ranks		
Before* Day 3	8.25	115.50	-1.589	.001**
Before*Day 14	10.92	207.50	-1.923	.000**
Day3* Day14	9.07	127.00	-1.553	.002**

\*\*p < .01

3. ทักษะการใช้แนวปฏิบัติ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (n=20) การแจกแจงลำดับทักษะภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ก่อนและหลัง ได้รับ

โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะตามแนวปฏิบัติ การประเมินผู้ป่วย โดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดวันที่ 3 และ วันที่ 14 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การทดสอบของ Friedman ภาพรวมของทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ก่อนและหลัง วันที่ 3 วันที่ 14 (n=20)

Time	กลุ่มทดลอง (n = 20)			
	Mean Rank	X <sup>2</sup>	df	p
Before	1.23	1.15	2	.000**
Day 3	2.03	2.10		
Day 14	2.75	2.75		

\*\*p < .01

เนื่องจากมีความแตกต่างของภาพรวมทักษะก่อนและหลัง วันที่ 3 ดังนั้นทดสอบ Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test เพื่อหาคู่ที่มีความแตกต่างดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การทดสอบ Wilcoxon Matched-pair Signed rank Test ทักษะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ก่อนและหลัง วันที่ 3 วันที่ 14 (n=20)

Time	กลุ่มทดลอง (n = 20)		Z	p
	Mean Rank	Sum of Ranks		
Before* Day 3	8.00	120	-1.754	.000**
Before*Day 14	10.00	190.00	-1.940	.000**
Day3*Day14	6.00	66	-1.604	.001**

\*\*p < .01

### การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การแจกแจงลำดับที่ความรู้และทักษะภาพรวมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ก่อนและวัดหลัง ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะตามแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือดวันที่ 3

และวันที่ 14 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) ดังแสดงในตารางที่ 1 ถึง 4 สามารถอธิบายได้ดังนี้ เนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยบูรณาการแนวคิดจากทฤษฎีเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรม (KAP Model) ซึ่งได้แนวคิดมาจากบุคคลมีความรู้ (Knowledge) ซึ่งเป็นขั้นแรกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำ ซึ่งอาจจะโดยการนึกได้ มองเห็น ได้ยิน หรือ ได้ฟังในเรื่องที่เป็นความจริง ถูกต้อง จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความมั่นใจ เข้าใจ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมความรู้ผ่านสื่อ



power point (ppt.) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ผ่านผู้วิจัยที่บรรยาย พร้อมภาพใน ppt. ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจดจำได้ง่าย ไม่ซับซ้อน นอกจากนี้โปรแกรมความรู้เป็นสิ่งพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่เคยได้เรียนรู้ นำมาสอนซ้ำ ยิ่งส่งผลให้เข้าไปสู่ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอดที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น (เกษม วัฒนชัย, 2544) จากข้อมูลส่วนบุคคลจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งมีความรู้ดังกล่าวขั้นต้นหลังได้โปรแกรม ยิ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจ มากขึ้น

สำหรับทักษะการใช้แนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผลการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการใช้แนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หลังได้รับการฝึกทักษะในครั้งที่ 1 ( $X^2 = 2.10$ ) และครั้งที่ 2 ( $X^2 = 2.75$ ) ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยนำแนวทางการประเมิน SOS Score ที่ได้มาตรฐานของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย (2558) มาใช้การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งแนวทางการประเมิน SOS Score ดังกล่าว ประยุกต์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้คุณภาพและมาตรฐาน นอกจากนี้มีการออกแบบเพื่อส่งเสริมทักษะของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะจากเหตุการณ์จำลอง ผ่านวิดีโอ ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถฝึกจากการใช้แนวทางการประเมินจริง ลองทำจริง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการประเมินเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำฝน พรหมสูตร และวินัสรินทร์ ประสมศรี (2566) ศึกษาผลของการใช้ SOS Score ต่อทักษะการใช้ SOS Score พบว่าทักษะการใช้ SOS Score ของพยาบาลวิชาชีพเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่าง

ก่อนและหลังการใช้ SOS Score พบว่า หลังการใช้ SOS Score พยาบาลวิชาชีพ มีทักษะการใช้ SOS Score เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 และสอดคล้องทฤษฎี KAP model สรุปได้ว่าเมื่อบุคคลได้รับสารที่ส่งเสริมการเรียนรู้ จะทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะไปมีผลก่อให้เกิดการกระทำ ซึ่งมีลักษณะสัมพันธ์กัน ในท้ายที่สุดนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหาสาเหตุในส่วนของทักษะที่ยังค่อนข้างต่ำจากการปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติ เพื่อนำผลมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขพัฒนาให้การดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพตามมาตรฐานเดียวกัน
2. การให้ความรู้แก่บุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการประเมินสภาพโดยใช้ SOS Score ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เกิดผลลัพธ์ที่ดี ควรมีการวิจัยและพัฒนาการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆที่ต้องใช้ทักษะเช่นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงธิดารัตน์ ไสยแก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราชที่อนุญาตให้ศึกษาวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่านและขอขอบพระคุณทีมสหวิชาชีพรวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่านที่สนับสนุนด้วยดี และทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ

### เอกสารอ้างอิง

- กนก พิพัฒน์เวช.(2551).ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มี sepsis ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารวิมลโรค โรคทรวงอกและบำบัดวิกฤต, 29(2),135-144.
- กระทรวงสาธารณสุข.(2563).อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง.สืบค้นจาก <http://health.kpi.moph.go.th>.
- เกษม วัฒนชัย. (2544). นโยบายการพัฒนาคุณภาพการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ, Thailand Education. 7(5), 39-40.

- นวลพร นาคะนิช.(2563). ความรู้ ทักษะคนดี และพฤติกรรม การบริโภคเนื้อจากพืชของประชากรในเขตกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ).กรุงเทพมหานคร.มหาวิทยาลัยมหิดล.สืบค้นจาก<https://archive.cm.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/3652/1/TP%20MS.020%202563.pdf>
- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์, ชีรพร สตรีอังกร และอรุณี ไพศาลพาณิชย์กุล.(2561).บทบาทหน้าที่ของพยาบาล วิชาชีพตามการปฏิบัติงาน. ใน อัมราภัสร์ อรรถชัยวัจ ชีรพร สตรีอังกร
- นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และอรุณีไพศาลพาณิชย์กุล (บรรณาธิการ).บทบาทหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ,(81-82).ปฐมธานี: บริษัทสำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- น้ำฝน พรหมสูตร และวินัสรินทร์ ประสมศรี.(2566). ผลของการใช้แบบประเมิน SOS score ต่อทักษะการประเมินของพยาบาลวิชาชีพและ ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด, วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 6(2), 40-49
- ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์.(2563). Case Manager Concept.ค้นเมื่อ ธันวาคม 24 ,2566 จาก <https://doh.hpc.go.th/bse/topic Display.php?id=488>
- สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.(2558). การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ.ค้นเมื่อกันยายน 30, 2566 จาก <https://pubhtml5.com/homepage/ftaw> สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข.(2561). ทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ2561.ค้นเมื่อ กันยายน 30, 2566 จาก <http://data.ptho.moph.go.th/inspec/2561/inspec1/doc22de>
- Castellanos-Ortega et al. (2010). Impact of the Survival sepsis campaign protocols on hospital length of stay and mortality in septic shock patients: Result of a three-year follow-up quasi-experimental study. Retrieved September 30 ,2023 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20154597/>
- Dellinger, R. P., Levy, M. M., Rhodes, A., Annane, D., Gerlach, H., Opal, S. M., Moreno, R. (2013).Surviving Sepsis Campaign international guidelines for management of severe sepsis and septic shock 2012. Intensive Care Med,41(2),165-228.<http://doi:10.1097/CCM.0b013e31827e83af>.
- Glickman, S. W., Cairns, C. B., Otero, R. M., Woods, C. W., Tsalik, E. L., Langley, R. J.(2010). Disease progression in hemodynamically stable patients presenting to the emergency department with sepsis. Acad Emerg Med,17(4), 383-90.
- Health Quality.(2022). Emergency department sepsis guideline 2022. ค้นเมื่อ ธันวาคม 24,2566 จาก <http://healthqualitybc.ca/improve-care/sepsis/emergency-department-sepsis-guidelines/>
- Makic, M. B. F. & Bridges, E.(2018). Managing Sepsis and Septic Shock: Current Guidelines andDefinitions. AJN,118(2), 34-39.

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 4 โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Factors Related to Quality of life among the homebound and bedridden elderly in  
Community Health Center 4, Huasai Hospital, Nakhon Si Thammarat Province)

กัลยกร คุ่มสุข

Kanyakorn Kumsuk

ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 4 โรงพยาบาลหัวไทร  
Community Health Center 4, Huasai Hospital

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 4 โรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 70 คน ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ Pearson's Correlation Coefficient

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.00 เมื่อแยกรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีที่สุดใน (Mean=2.86, S.D.=0.71) รองลงมา คือ ด้านจิตใจ (Mean=2.66, S.D.=0.72) และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Mean=2.52, S.D.=0.65) ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านสถานภาพ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ,  $r_{xy} = .240$ ) สำหรับปัจจัยเอื้อด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ,  $r_{xy} = .248$ ,  $r_{xy} = .247$ ,  $r_{xy} = .273$  ตามลำดับ) และปัจจัยเอื้อด้านการมีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ,  $r_{xy} = -.283$ ) และมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ,  $r_{xy} = -.376$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ,  $r_{xy} = .572$ ,  $r_{xy} = .448$ ,  $r_{xy} = .370$  ตามลำดับ)

จากผลการวิจัย สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแล และสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, ติดบ้าน, ติดเตียง

### Abstract

The cross-sectional survey research aimed to study the quality of life and factors related to the quality of life of homebound and bedridden elderly. The purposive sampling selected 70 homebound and bedridden elderly in Community Health Center 4, Hua Sai Hospital. Nakhon Si Thammarat Province. The instrument's reliability was tested with homebound and bedridden elderly people like the sample group by yielding Cronbach's alpha coefficient equal to 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Correlation Coefficient.

The findings revealed that the overall quality of life of homebound and bedridden elderly is moderate for 70.00 %. When considered by aspects shown that the homebound and bedridden elderly had the best quality of life in the environmental aspect (Mean=2.86, S.D.=0.71), followed by the mental element (Mean=2.66, S.D.=0.72) and the social relationship aspect (Mean=2.52, S.D.=0.65), respectively. As for factors related to the quality of life of the homebound and bedridden elderly, it was found that personal characteristics in terms of status have a low statistically significant relationship with the quality of life regarding social relationships ( $p<.05$ ,  $r_{xy}=.240$ ). The contributing factor of family income is a relationship with the quality of life regarding physical and social relations. Environmental had a low positively statistically significant ( $p<.05$ ,  $r_{xy}=.248$ ,  $r_{xy}=.247$ ,  $r_{xy}=.273$ , respectively). The facilitating factor of having a caregiver has a low negative relationship with the quality of life is statistically significant ( $p<.05$ ,  $r_{xy}=-.283$ ) and has a moderate negative relationship with the environment aspect with statistically significant ( $p<.01$ ,  $r_{xy}=-.376$ ). In addition, the physical element has a moderate positive relationship with psychological quality of life, social relations, and environment statistically significant ( $p<.01$ ,  $r_{xy}=.572$ ,  $r_{xy}=.448$ ,  $r_{xy}=.370$ , respectively)

The results of this study can be used the data to develop care models and create innovations in caring for older adults homebound and bedridden in the area so that older people can have a better quality of life.

**Keywords :** Quality of life, Elderly, Homebound and bedridden

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) มากกว่า 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก 8,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีจำนวนสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) โดยเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (สกุณา บุญรากร, 2552) จากการสำรวจสภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 95 เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2552) ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยจะพบมากยิ่งขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (จิรพันธ์ ปริมาตย์ และคณะ, 2562) ในปี 2565 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุอยู่ในภาวะติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 242,663 คน เป็นกลุ่มติดบ้าน จำนวน 198,338 คน และติดเตียง จำนวน 44,325 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) โดยผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จำแนกได้จาก

การประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คะแนน 0 - 11 คะแนน โดยมีคะแนน 0 - 4 คะแนน เป็นกลุ่มติดเตียง และ 5 - 11 คะแนน เป็นกลุ่มติดบ้าน ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในตัวผู้สูงอายุ ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ประเสริฐ สาวีรัมย์, 2565) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้นิยามคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม (The WHOQOL group อ้างถึงใน นัสสมล บุตรวิเศษ และ อูปรินฐา อินทรสาด, 2564) ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงถูกใช้เป็นการประเมินผลของการดำเนินงานของการดูแลสุขภาพพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หากผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะเป็นผู้สูงอายุ ที่สามารถดำรงชีวิตอย่างผาสุก และมีความสุขในบั้นปลายชีวิต (เบญจวรรณ ช่วยเต็ม และคณะ, 2566)

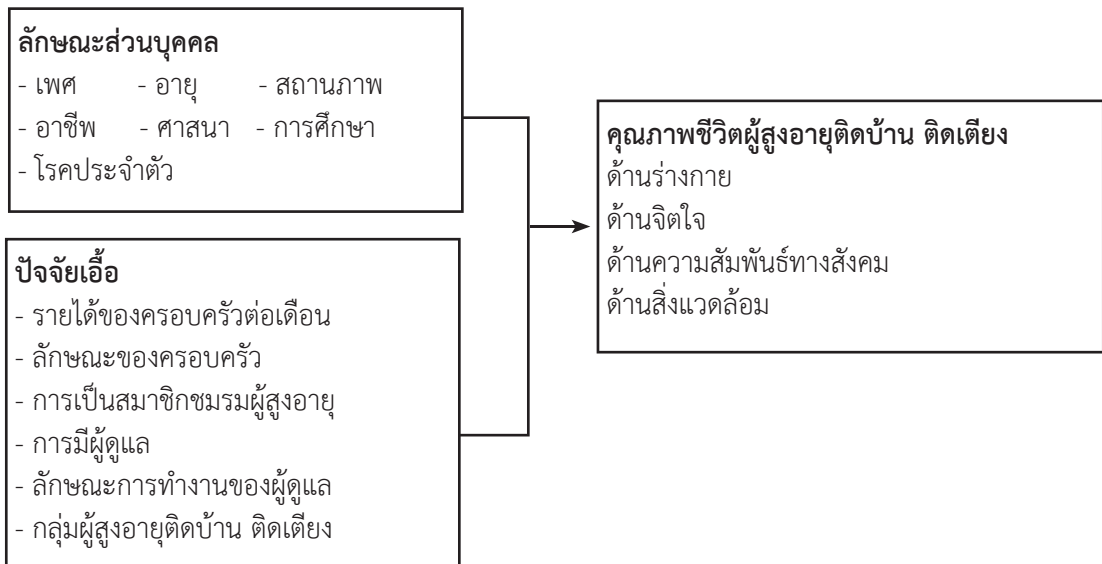
ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 4 โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,659 คน ข้อมูลจากการดำเนินโครงการจัดบริการระยะ ยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและ บุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2566 ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 4 โรงพยาบาลหัวไทร มีผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 70 คน เป็นกลุ่มติดบ้าน 52 คน ติดเตียง จำนวน 18 คน มีปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว ร่างกาย การกิน การขับถ่าย ความจำ และพบว่าผู้สูงอายุ บางคนอยู่ตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการทำวิจัยด้านคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุจำนวนมาก แต่ในพื้นที่อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังไม่พบการศึกษาดังกล่าว โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ผู้วิจัยในฐานะเป็น care manager ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จึงสนใจศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็น ข้อมูลพื้นฐาน ในการวางแผนให้การช่วยเหลือ และสร้าง นวัตกรรม สำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เพื่อให้มี คุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 4 โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 4 โรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO] 1998 อ้างถึงใน พัชราภรณ์ พัฒนา, 2561) บูรณาการร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม นำมาสู่การวางกรอบแนวคิด ประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ศาสนา การศึกษา โรคประจำตัว และปัจจัยเอื้อประกอบไปด้วย รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน ลักษณะของครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การมีผู้ดูแล ลักษณะการทำงานของผู้ดูแล กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง นำไปสู่คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในพื้นที่ของตำบลหน้าสวน และตำบลหัวไทร ซึ่งเป็นเขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 4 โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 70 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง อายุ 60 ปี ขึ้นไป เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดทั้งหมด จำนวน 70 คน ซึ่งเกณฑ์การคัดเลือกคือ Barthel ADL index 0 – 11 คะแนน อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 4 โรงพยาบาลหัวไทร ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เข้าใจภาษาไทย ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่เข้าใจภาษาไทย สื่อสารภาษาไทยไม่ได้ มีภาวะโรคแทรกซ้อนรุนแรง ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ศาสนา การศึกษา โรคประจำตัว ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ลักษณะของครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การมีผู้ดูแล ลักษณะการทำงานของผู้ดูแล และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง รวมจำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI จำนวน 26 ข้อ (เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย อ้างถึงใน พัชราภรณ์ พัฒนะ, 2561) ซึ่งมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ (1) ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน (2) ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง (3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่อง

ความสัมพันธ์ และ (4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

แบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 มีข้อความที่มีความหมายเชิงบวกจำนวน 23 ข้อ และข้อความที่มีความหมายเชิงลบจำนวน 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด โดยแปลผลคุณภาพชีวิตดังนี้ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 26 -60 คะแนน คุณภาพชีวิตปานกลาง 61 – 95 คะแนน และคุณภาพชีวิตที่ดี 96 – 130 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรง (Validity) แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยเอื้อ ให้กับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์เชี่ยวชาญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการทำวิจัย ได้ค่าความตรง CVI=0.80 และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล/ปัจจัยเอื้อ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตจากผู้สูงอายุ ที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's alpha) ได้เท่ากับ 0.80 และ 0.90 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการวิจัย โดยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 นาที

3. นำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม

4. นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบไปวิเคราะห์

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสหนังสือรับรอง NSTPH 086/2566 (ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2566) ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการหรือการรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาในระหว่างดำเนินการได้ตลอดเวลา และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล

### การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS แบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic)
2. การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง โดยใช้ Pearson's Correlation Coefficient

### ผลการวิจัย

#### 1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในเขตพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 4 โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 70 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 74.30 (n = 52) โดยมีอายุเฉลี่ย 82 ปี (S.D.=8.148 ปี) เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปี ขึ้นไป) ร้อยละ 67.10 (n = 47)

โดยมีสถานภาพ หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 54.30 (n = 38) ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ทุกคนไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 100.00 (n = 70) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 74.30 (n = 52) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 71.40 (n = 50) ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 84.30 (n = 59) มีโรคประจำตัว โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 35.71 (n = 25) ส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 60.00 (n = 42) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 10,001 บาท คิดเป็นร้อยละ 87.10 (n = 61) มีลักษณะของครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 72.90 (n = 51) ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล คือ บุตร คิดเป็นร้อยละ 55.70 (n = 39) โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่มีงานทำ คิดเป็นร้อยละ 62.90 (n = 44) ซึ่งทำงานนอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 54.55 (n = 24) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง กลุ่มที่ 1 (มีปัญหาเคลื่อนไหวได้บ้างมีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน) ร้อยละ 61.40 (n = 43)

#### 2. คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง พบว่าส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.00 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 28.60 และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 1.40 สามารถพิจารณารายมิติตามปัจจัยในการวัดคุณภาพชีวิต ดังนี้ (แสดงตารางที่ 1)

1) ด้านร่างกาย (M=2.36, S.D.=0.62) ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิต ด้านร่างกายในระดับไม่ดี ร้อยละ 52.90 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 47.10

2) ด้านจิตใจ (M=2.66, S.D.=0.72) ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.40 รองลงมา คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 37.10 และระดับดี ร้อยละ 1.40

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (M=2.52, S.D.=0.65) ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมในระดับไม่ดี ร้อยละ 52.90 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 44.30 และระดับดี ร้อยละ 2.90

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (M=2.86, S.D.=0.71)  
ผลการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.70 รองลงมา คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 17.10 และระดับดี ร้อยละ 7.10

**ตารางที่ 1** แสดงระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง (n=70)

	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี		mean	S.D.
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
คุณภาพชีวิตโดยรวม	20	28.60	49	70.00	1	1.40	2.62	0.54
ด้านร่างกาย	37	52.90	33	47.10	-	-	2.36	0.62
ด้านจิตใจ	26	37.10	43	61.40	1	1.40	2.66	0.72
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	37	52.90	31	44.30	2	2.90	2.52	0.65
ด้านสิ่งแวดล้อม	12	17.10	53	75.70	5	7.10	2.86	0.71

### 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง

1) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย แต่พบปัจจัยเอื้อด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ,  $r_{xy} = .248$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ,  $r_{xy} = .572$ ,  $r_{xy} = .448$  และ  $r_{xy} = .370$  ตามลำดับ)

2) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ แต่ปัจจัยเอื้อด้านการมีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ,  $r_{xy} = -.283$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ,  $r_{xy} = .572$ ,  $r_{xy} = .625$ ,  $r_{xy} = .637$  ตามลำดับ)

3) คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านสถานภาพ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทาง

สังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ,  $r_{xy} = .240$ ) และปัจจัยเอื้อด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ,  $r_{xy} = .247$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ,  $r_{xy} = .448$ ,  $r_{xy} = .625$ ,  $r_{xy} = .421$  ตามลำดับ)

4) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม แต่ปัจจัยเอื้อด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ,  $r_{xy} = .273$ ) และปัจจัยเอื้อด้านการมีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางเชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ,  $r_{xy} = -.376$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ,  $r_{xy} = .370$ ,  $r_{xy} = .637$ ,  $r_{xy} = .421$  ตามลำดับ (แสดงตารางที่ 2)



**ตารางที่ 2** แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง โดยใช้ Pearson product-moment correlation coefficient (n=70)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต			
	ด้านร่างกาย	ด้านจิตใจ	ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	ด้านสิ่งแวดล้อม
<b>คุณลักษณะส่วนบุคคล</b>				
- เพศ	.136	.099	.153	-.030
- อายุ	-.022	.124	-.089	.118
- สถานภาพ	-.054	.183	.240*	.052
- ศาสนา	.048	.145	.101	.059
- การศึกษา	-.066	-.030	.196	-.014
- โรคประจำตัว	.052	.039	-.012	-.042
<b>ปัจจัยอื่น</b>				
- รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	.248*	.150	.247*	.273*
- ลักษณะของครอบครัว	.125	.016	-.043	-.005
- การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	-.101	.057	-.112	-.110
- การมีผู้ดูแล	.010	-.283*	-.078	-.376**
- ลักษณะการทำงานของผู้ดูแล	.115	.011	-.082	.157
- กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง	-.093	-.158	-.052	.112
<b>คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง</b>				
- ด้านร่างกาย	1	.572**	.448**	.370**
- ด้านจิตใจ		1	.625**	.637**
- ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม			1	.421**
- ด้านสิ่งแวดล้อม				1

\* p<.05, \*\* p< .01

## อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในเขตพื้นที่ของ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 4 โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายผล ในประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 70.00 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 28.60 และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 1.40 ( $M=2.62$ ,  $S.D.=0.54$ ) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเบญจวรรณ ช่วยเต็ม และคณะ (2566) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=2.05$ ,  $S.D.=0.31$ ) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประเสริฐ สารีรัมย์ (2565) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.40 รองลงมาคือ มีคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 37.00 และมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ร้อยละ 6.60 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 ( $S.D.=0.392$ ) และสอดคล้องกับการวิจัยของ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ และนุรมา สมการณ (2565) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.21 และยังคงสอดคล้องกับผลการวิจัยของ กัญเกียรติ ก้อนแก้ว และคณะ (2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=90.95$ ,  $S.D.=13.084$ ) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนิสา วิลาศรี และคณะ (2563) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 67.00 รองลงมาคือ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 18.00 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 15.00 และเมื่อพิจารณาตามมิติตามปัจจัยในการวัดคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีที่สุดในค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.86 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.52 และมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำที่สุดในค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 อธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีคะแนนประเมินกิจวัตรประจำวัน 0 - 11 คะแนน นั่นคือมีสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง

มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย การขับถ่าย ความจำ หรือช่วยเหลือตนเอง ทั้งในการรับประทานอาหาร และสามารถช่วยเหลือตัวเอง ซึ่งพบว่าสามารถช่วยเหลือตนเองได้เพียงบางกิจกรรมนั้น ต้องอาศัยการช่วยเหลือพึ่งพาผู้อื่น เช่น ช่วยอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย การเคลื่อนย้าย เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องได้รับการดูแล และช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จึงจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านสถานภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ปัจจัยเอื้อด้านรายได้ของครอบครัว ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเอื้อด้านการมีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ ยังพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.01$ ,  $r_{xy}=.572$ ,  $r_{xy}=.448$  และ  $r_{xy}=.370$  ตามลำดับ) จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ในเขตพื้นที่ของ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ 4 โรงพยาบาลหัวไทร มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,001 บาท ร้อยละ 87.10 เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม และรับจ้าง มีรายได้น้อย ทำให้ภาพรวมคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และจากผลการวิจัย พบว่า รายได้ของครอบครัวต่อเดือน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต เป็นตัวบ่งบอกถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีโอกาสแสวงหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต การมีรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจดีทำให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้อย่างเพียงพอ มีศักยภาพสามารถปรับที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับตนเองได้ เมื่อครอบครัวมีรายได้เพียงพอ ทำให้มีศักยภาพเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น มีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ และรายได้ยังทำให้ผู้สูงอายุติดบ้าน

ติดเตียง มีโอกาสเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ รายได้จึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ผู้ที่มีรายได้สูงเมื่อเกิดความเจ็บป่วย มีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งที่เป็นประโยชน์ ต่อการดูแลตนเอง ระหว่างการเจ็บป่วย การเข้ารับตรวจบริการทางสุขภาพ แสวงหาสิ่งที่ช่วยดูแลสุขภาพ มาดูแลตนเองให้ได้ โดยไม่ต้องกังวลกับสถานะทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีความสัมพันธ์กับการมีผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และสิ่งแวดล้อม อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีผู้ดูแล คอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลเรื่องอาหาร การกินยา พาไปพบแพทย์ เมื่อมีคนดูแลอยู่ใกล้ๆ ทำให้รู้สึกไม่เหงา ไม่โดดเดี่ยว ลดภาวะเสี่ยงการเกิดซึมเศร้า และรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง ยังเป็นที่รักของลูกหลาน ทำให้เมื่อไม่มีเรื่องให้ต้องกังวล ก็จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และการมีผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น เช่น การพลัดตกหกล้ม ผู้ดูแลมีการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ได้แก่ ห้องน้ำ มีราวจับ มียางกันลื่น พื้นไม่เปียกชื้น เตียงนอนมีความสูงที่เหมาะสม ลูกจากที่นอนได้สะดวก ในบ้านมีแสงสว่างเพียงพอ สะอาดเรียบร้อย น่าอยู่ ปลอดภัย สามารถใช้ชีวิตในบ้านได้อย่างสะดวก ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

## เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท ออมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์จำกัด (มหาชน).
- กัญเกียรติ ก้อนแก้ว, ภาณุมาศ ทองเหลียม และศิริยากร ททรัพย์ประเสริฐ. (2562). ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 28(3), 394-401.
- จิรนนท์ ปริมาตย์, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, ศุภชัย ศิริกุลตั้ง และกรวรรณ ยอดไม้. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 28(4), 661.
- นัสมล บุตรวิเศษ และอุปรีษฐา อิศราต. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรญาณอุบล. 2(1), 1-10.
- เบญจวรรณ ช่วยเต็ม, สุนธธา คงศีล, สุขุม เจียมตน, สัมฤทธิ์ ศรีอำรงสวัสดิ์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2566). การรับบริการดูแลระยะยาวและการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 32 (2), 296-297.

## ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกกลุ่ม และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อนำผลวิจัยมาใช้ในการวางแผนและพัฒนาดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมทุกกลุ่ม และควรนำเสนอผลจากการวิจัยต่อหน่วยอื่นๆ ในพื้นที่อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช เช่น นำเสนอผลการวิจัยต่อคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุระดับอำเภอ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ ติดบ้าน ติดเตียง ในพื้นที่อำเภอหัวไทรต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลหัวไทรที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบความถูกต้อง และผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงที่สละเวลาในการให้สัมภาษณ์ข้อมูล ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

- ประเสริฐ สาวีรัมย์. (2565). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 16 (1), 95.
- พัชรารัตน์ พัฒนะ. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4. กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี กรมอนามัย.
- สกุณา บุญนรากร. (2552). การส่งเสริมสุขภาพ แบบองค์รวมทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: เทมการพิมพ์. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2552). คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนิสา วิลาศรี, ขวัญใจ อำนางสัตว์ชื้อ, พัชราพร เกิดมงคล และเพลินพิศ บุญยมาลิก. (2563). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบบริการระยะยาวกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 30 (2), 166 - 172
- อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, นูรมา สมการณ. (2565). การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 5 (1), 151.

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุวิสุทธิธรรม ตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง

Factors Related to the Quality of Life of the Elderly at the Buddhist Elderly School in  
Khlung Pang Subdistrict, Ratsada District, Trang Province.

ทวี จบสองชั้น

Tawe Jopsongcha

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัษฎา

Ratsada District Public Health Office

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุวิสุทธิธรรม ตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุวิสุทธิธรรมตำบลคลองปาง จำนวน 80 คน ด้วยเครื่องมือในการศึกษา คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านสุขภาพ แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Chi-square Test, Fisher's exact test สำหรับตัวแปรกลุ่มและสถิติ Pearson's Correlation Coefficient สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง

ผลการศึกษาพบว่า ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุวิสุทธิธรรมตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรังอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=70.01$ ,  $SD=10.44$ ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ( $r=.543$ ,  $p<.001$ ) ปัจจัยด้านสุขภาพในมิติทางกาย ( $r=.610$ ,  $p<.001$ ) มิติทางสังคม ( $r=.584$ ,  $p<.001$ ) และมิติทางปัญญา ( $r=.473$ ,  $p<.001$ ) ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากชุมชนและใช้การสื่อสารทางเทคโนโลยี เช่น ไลน์ อินเทอร์เน็ต, Facebook และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง โดยมุ่งให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพกาย ให้ได้รับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมออันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โรงเรียนผู้สูงอายุวิสุทธิธรรม

### Abstract:

This research aimed to investigate factors related to the quality of life of the elderly at the Buddhist Elderly School in Khlung Pang Subdistrict, Ratsada District, Trang Province. The sample comprised 80 elderly members of the Buddhist Elderly School, Khlung Pang Subdistrict Dhamma Way. The study employed a questionnaire covering personal characteristics, economic, environmental, social, and health factors. Additionally, a World Health Organization questionnaire assessed the quality of life of the elderly. Data analysis involved percentage values, mean, standard deviation, the Chi-square test, Fisher's exact test for group variables, and Pearson's correlation coefficient for continuous variables.

The study revealed that the overall quality of life of the elderly at the Buddhist Way of the Elderly School, Khlung Pang Subdistrict, Ratsada District, Trang Province, is at a moderate level ( $M = 70.01$ ,  $SD = 10.44$ ). Social factors, specifically access to information ( $r = 0.543$ ,  $p < 0.001$ ), and health

factors in physical ( $r = 0.610$ ,  $p < 0.001$ ), social ( $r = 0.584$ ,  $p < 0.001$ ), and intellectual dimensions ( $r = 0.473$ ,  $p < 0.001$ ), were significantly related to the quality of life of the elderly. Therefore, it is recommended that the elderly be encouraged to receive health information from the community through technological communication platforms such as Line, the Internet, and Facebook. Moreover, fostering awareness of one's health status is crucial. These initiatives aim to empower the elderly to manage their physical health through regular check-ups, ultimately contributing to an improved quality of life and long-term self-reliance.

**Keywords :** Quality of life, Elderly, Buddhist school for the elderly.

## บทนำ

สถานการณ์ของประชากรสูงอายุทั่วโลก มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี (วาสนา สิทธิกัน, สายหยุด มูลเพชร และสามารถ ใจเตี้ย, 2560) ในประเทศไทยพบว่า มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สังคมไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 นอกจากนี้ยังพบว่าปี 2566 เป็นต้นไป จะมีคนไทยอายุถึง 60 ปี เพิ่มปีละประมาณ 1 ล้านคน และในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งมีสัดส่วนร้อยละ 28 ของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่งผลให้ประเทศไทยต้องเตรียมรับสถานการณ์ทางการ เศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลง ของผู้สูงอายุไทย (มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ ไทย, 2559) ขณะเดียวกันภาวะพึ่งพิงของประชากรวัย แรงงานในการดูแลเด็กและผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุ มีความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิต ที่เหมาะสมกับช่วงวัยและสุขภาพมากขึ้น ทั้งด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วย อาชีพและรายได้ ซึ่งเป็นเหตุผลที่ผู้สูงอายุ มีความต้องการความจำเป็นในการรับสวัสดิการสังคม จากรัฐและจากภาคส่วนอื่นๆ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงอยู่อย่างสมศักดิ์ศรี

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็น กระบวนการซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุ กระบวนการ สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องโดยอยู่ในรูปแบบของ การเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ภูมิคุ้มกันตนเองลดลงความเจ็บป่วย เกิดเพิ่มมากขึ้น (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี, 2559) การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุย่อมมีปัจจัยที่ส่งผลต่อ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ

สุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุจะแสดงออก ได้แก่ ปัจจัยนำซึ่งเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวมาก่อน เช่น เพศ สถานภาพสมรส ความรู้ ความเชื่อ ทักษะคิดเป็นต้น (ยุภา โทผา, สุวิมล แสนเวียงจันทร์ และทัศนีย์ พุกกาชีวะ, 2560) ปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยที่สร้างความมั่นใจ มั่นคงต่อ การดำรงชีวิตหรือพฤติกรรมที่แสดงออก การเสริมแรงที่ ได้จะได้อาจมาจากเพื่อน ครอบครัว ผู้ดูแลเป็นต้น และปัจจัย เอื้อเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม สังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผล ต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทั้งภายในร่างกายและ ภายนอกทำให้ร่างกายเกิดการเสื่อม(Rondon, & Ramirez, 2018) รูปร่างลักษณะเปลี่ยนไป มีการ เปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ หน้าที่การทำงานเปลี่ยนแปลง เนื่องจากความทนต่อการทำงานลดลง ทำให้รายได้และ ความภูมิใจในตนเองลดลง การสูญเสียคนรัก ขาดผู้ดูแล ขาดเพื่อน ถูกลบทบพาในหน้าที่การงานและขาดการทำ กิจกรรมในสังคม (พิมพ์สุทธิ บัวแก้วและรติพร ถึงฝั่ง, 2559) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุลดลง (จิรัชยา เคล้าดี, สุภชัยนาคสุวรรณและ จักรวาล สุขไมตรี, 2560; พัทธราภรณ์ พัฒนะ, 2560) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ สภาพความเป็นอยู่ของ บุคคลที่มีพื้นฐานการใช้ชีวิตที่แตกต่างกันมีความพึงพอใจ ต่อการใช้ชีวิต (จิรัชยา เคล้าดีและคณะ, 2560) อีกทั้ง ผู้สูงอายุยังต้องรับรู้สถานการณ์ในด้านต่างๆ ของชีวิต ทั้งการรับรู้ส่วนบุคคล การรับรู้ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (พัทธราภรณ์ พัฒนะ, 2560) ซึ่งเป็นปัจจัยหลัก ที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถตอบสนองความต้องการของ ตนเองและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีความเพียงพอ

ของรายได้ มีความพึงพอใจต่อชีวิตคู่ การประกันสุขภาพ และการดำรงชีวิตที่ไม่มีภาวะกดดัน ด้านจิตใจ และการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน (แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรุา ประเสริฐศรี, 2559; โกศล สอดส่อง, 2561) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงควรดำเนินการควบคู่กับมาตรการอื่นๆ ของรัฐเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ซึ่งผู้มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีการกิจโดยตรงในการดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนและแสวงหาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีพื้นที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถ่ายทอดภูมิปัญญา หรือการพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นการยกระดับการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าและความสำคัญของตนเองชุมชนประจักษ์ในศักยภาพและพลังของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีความสุข โดยโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นรูปแบบหนึ่งในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษา การพัฒนาทักษะเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจ มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็นโดยวิทยาการจิตอาสาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพ โดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ประสบการณ์ที่สั่งสมแก่บุคคลอื่นเพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชน

ข้อมูลผู้สูงอายุ ของจังหวัดตรัง ในปี 2566 พบว่ามีผู้สูงอายุ จำนวน 94,229 คน คิดเป็นร้อยละ 19.51 ซึ่งถือได้ว่าจังหวัดตรัง กำลังจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ สำหรับอำเภอรัษฎา มีประชากรทั้งหมด จำนวน 22,115 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 3,985 คน คิดเป็นร้อยละ 18.02 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับจังหวัดตรัง สถานะทางสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีสาเหตุการป่วย การตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นสัดส่วนสูงสุดและมีความเสี่ยงที่จะส่งผลให้ประชากรจะเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่เพิ่มขึ้น เช่น การป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต

สูง อ้วน เข้าเสื่อม หกล้ม สุขภาพช่องปาก สมองเสื่อม ซึมเศร้า โดยพบผู้ติดบ้านติดเตียงแล้ว ร้อยละ 3.06 ปัญหา ด้านสังคม ครूरเรือ่นของผู้สูงอายุมีรายได้ตกเกณฑ์ จปฐ. จำนวน 247 ครूरเรือ่น 695 คน มีครूरเรือ่นที่มีสภาพบ้านที่ไม่พร้อม (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่งคั่งของมนุษย์จังหวัดตรัง, 2566)

ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญกับผู้สูงอายุซึ่งสามารถทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างผาสุก และมีสุขภาวะในบั้นปลายของชีวิต โรงเรียนผู้สูงอายุวิถีพุทธวิถีธรรมตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุที่ดำเนินกิจกรรมเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีการร่วมมือกันของภาคีในการขับเคลื่อนโรงเรียนโดยใช้หลัก 5 ภาคี 4 ที่เลี้ยงประกอบด้วย ภาคี 1) ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลคลองปางภาคี 2) เทศบาลตำบลคลองปางภาคี 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปางภาคี 4) ท้องที่ภาคี 5) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พี่เลี้ยง 1) สาธารณสุขอำเภอรัษฎา 2) โรงพยาบาลรัษฎา 3) ที่ทำการอำเภอรัษฎา 4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 12 สงขลา ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคลองปางจากการเก็บข้อมูลเบื้องต้น พบว่า มีผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้น ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของโรงเรียนผู้สูงอายุวิถีพุทธวิถีธรรมตำบลคลองปาง มีปัญหาด้านสุขภาพ โดยผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 35.2 ของสมาชิกผู้สูงอายุทั้งหมด แยกเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 26.6, 8.6, และ 1.0 ตามลำดับ ทั้งนี้ยังไม่นับรวมถึงโรคปวดข้อ นอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า และอื่นๆ ปัญหาเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ และอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงและภาระโรค (Disease burden) เพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความสมบูรณ์ในการดำรงชีวิต ในบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมในสังคมที่อาศัยอยู่และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพกาย (Physical domain) 2) ด้านสุขภาพจิต (Psychological domain) 3) ด้านความสัมพันธ์

ทางสังคม (Social relationship) และ 4) ด้านสภาพแวดล้อม (Environment) (World Health Organization, 1995) สภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรม การศึกษา การดูแลสุขภาพอนามัย และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การศึกษาในครั้งนี้หากทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุวิถิพุทธวิถิธรรม ตำบลคลองปาง อำเภอรัญญา จังหวัดตรัง ข้อมูลจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดบริการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้กับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้อย่างเหมาะสมและสามารถแก้ไขปัญหา นำไปขยายผลการศึกษาให้กับชุมชน ท้องถิ่น และโรงเรียนผู้สูงอายุอื่น ทั้งนี้ยังสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดทำนโยบายและแผนพัฒนางานด้านคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไปในอนาคตอีกด้วย

### วัตถุประสงค์

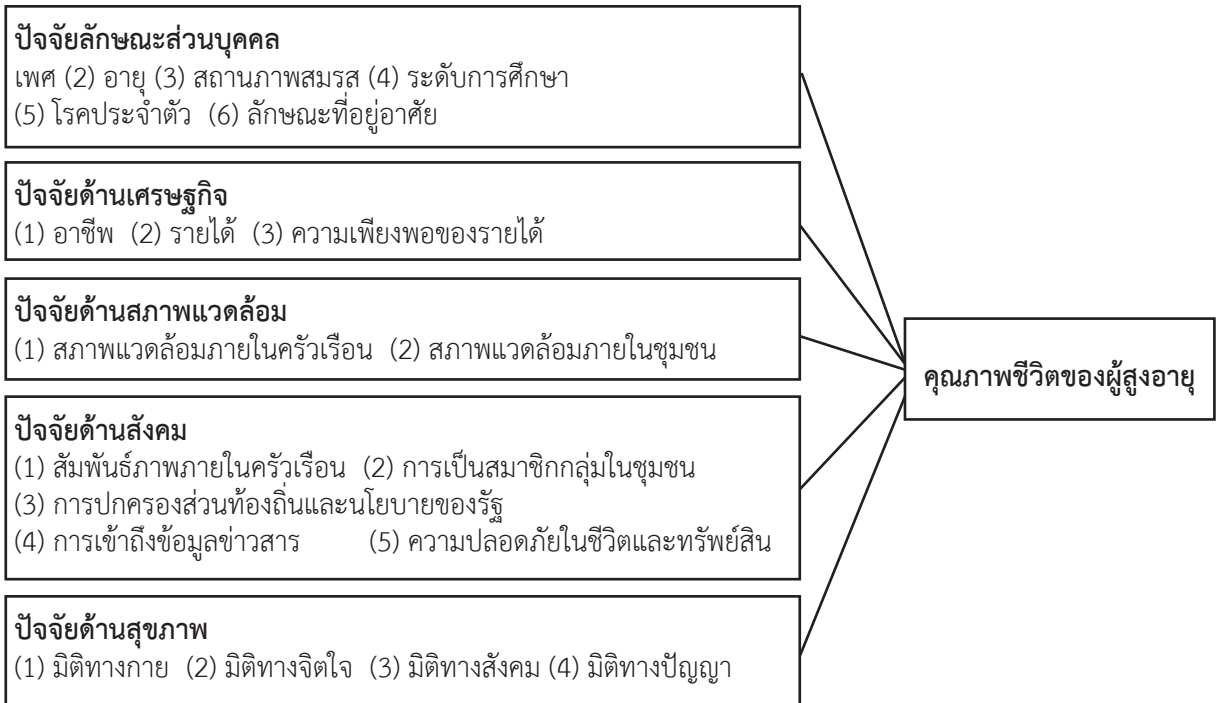
1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยสภาพแวดล้อม ด้านสังคม และด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุวิถิพุทธวิถิธรรม ตำบลคลองปาง อำเภอรัญญา จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุวิถิพุทธวิถิธรรม ตำบลคลองปาง อำเภอรัญญา จังหวัดตรัง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุวิถิพุทธวิถิธรรม ตำบลคลองปาง อำเภอรัญญา จังหวัดตรัง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยได้จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีรวมทั้งวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องคุณภาพชีวิตโดยใช้แนวความคิดของ World Health Organization: Quality of Life (1998) คือ ความรู้สึกพอใจของผู้สูงอายุต่อองค์ประกอบต่างๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดของบุคคล ซึ่งได้จากการดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีมีความสุขมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้อย่างดี ขณะเดียวกันก็สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการใช้ศักยภาพส่วนบุคคล สร้างสรรค์พัฒนาตนเองและสังคม ให้อยู่ร่วม

กันได้อย่างสันติสุข โดยมาจำแนกกลุ่มตัวแปรเพื่อความสะดวกในการศึกษากำหนดเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งหมายถึง สภาพความเป็นอยู่ที่ดีที่ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจเป็นความพอใจในการดำรงชีวิตและมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย อย่างไรก็ตาม การที่จะก่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจนั้นเนื่องมาจากการมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตใจที่ดี ตลอดจนมีวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ทั้งในทางด้านเศรษฐกิจและสังคมนั้น ก็ต่อเมื่อบุคคลได้รับการสนองตอบต่อสิ่งที่ร่างกายและจิตใจต้องการอย่างเพียงพอ และการสนองตอบความต้องการของแต่ละบุคคล ส่วนตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกดังกรอบภาพที่ 1





ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ระเบียบวิธีการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย (Research design)

การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Study) โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive Research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire)

**ประชากร** คือ สมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุวิถีพุทธวิถีสรรต ตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง จำนวน 110 คน (ข้อมูล เดือนมีนาคม 2566)

**กลุ่มตัวอย่างได้แก่** สมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุวิถีพุทธวิถีสรรต ตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง จำนวน 84 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G\* Power ใช้ Test family เลือก Exact, Statistical test เลือก Correlation: Bivariate Normal Model กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.3 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 05 และค่า Power = .80 แต่เนื่องจากระยะเวลาที่กำหนดสามารถเก็บข้อมูลได้ 80 คน

#### การสุ่มตัวอย่าง (Random sampling)

การได้มาของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบฉลากแบบไม่คืนที่จากรายชื่อสมาชิกผู้สูงอายุโรงเรียน

ผู้สูงอายุวิถีพุทธวิถีสรรต ตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรังโดยมีเกณฑ์กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า 1) เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุวิถีพุทธวิถีสรรต ตำบลคลองปาง 2) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย (โดยมีการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน)

เกณฑ์การคัดตัวออก 1) ผู้ที่ลาออกจากการเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุวิถีพุทธวิถีสรรต ตำบลคลองปาง 2) สมาชิกที่ไม่อยู่ในพื้นที่ช่วงการเก็บข้อมูล 3) สมาชิกที่ไม่สมัครใจในการให้เก็บข้อมูล

เกณฑ์การถอนอาสาสมัครจากการวิจัย 1) กลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัยได้หากมีความรู้สึกกังวลในการตอบแบบสอบถามการวิจัย 2) กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธเข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการ (ถอนความยินยอม) ได้ทุกเมื่อโดยไม่มีโทษหรือสูญเสียประโยชน์อันควรได้ตามสิทธิ 3) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวก่อนโครงการเสร็จสิ้นโดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 6 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1-2** เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลจำนวน 6 ข้อและแบบสอบถามปัจจัยด้านเศรษฐกิจจำนวน 3 ข้อ โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้ผู้ตอบแบบสอบถามเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ( )

**ส่วนที่ 3-5** แบบสอบถามปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม จำนวน 7 ข้อปัจจัยด้านสังคม จำนวน 19 ข้อและปัจจัยด้านสุขภาพ จำนวน 18 ข้อซึ่งแบบสอบถามเป็นการวัดระดับ ความคิดเห็นของตนเอง 3 ระดับ จำนวน 44 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 40 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 16, 39, 43, 44

เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยค่าคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของเบสท์ (1977) ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึงระดับ มาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึงระดับ ปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึงระดับ น้อย

**ส่วนที่ 6** แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก โดยลักษณะ เกณฑ์การให้คะแนนแบบคุณภาพชีวิต WHOQOL – OLD จำนวน 24 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 17 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ 1,2,6,7,8,9 และ 10 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ การให้คะแนนในข้อความทั้งทางบวกและทางลบ มีดังต่อไปนี้ กลุ่มที่ 1 ข้อความทางบวก 17 ข้อ ให้คะแนนดังต่อไปนี้ ไม่เลย ให้คะแนนเท่ากับ 1 เล็กน้อย ให้คะแนนเท่ากับ 2 ปานกลาง ให้คะแนนเท่ากับ 3 มาก ให้คะแนนเท่ากับ 4 มากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 5 กลุ่มที่ 2 ข้อความทางลบ 7 ข้อ ให้คะแนนดังต่อไปนี้ ไม่เลย ให้คะแนนเท่ากับ 5 เล็กน้อย ให้คะแนนเท่ากับ 4 ปานกลาง ให้คะแนนเท่ากับ 3 มาก ให้คะแนนเท่ากับ 2 มากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 1 การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 24 – 120 คะแนน โดยนำคะแนนรวมทุกข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามได้ นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ คะแนน 24 – 56 คะแนน แสดง

ถึงการมีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี คะแนน 57 – 89 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตในระดับกลาง คะแนน 90 – 120 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตในระดับดี

### วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ จังหวัดยะลาหลังจากนั้น ทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุวิถีพุทธวิถีธรรม ตำบลคลองปางเพื่อขอเก็บข้อมูลวิจัย นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ส่งแบบสอบถามตอบกลับ และกลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้ หรือสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้ การไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อ การรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยจะมีการระบุข้อมูลโดยใช้รหัสตัวเลข ไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับจะเก็บไว้ในตู้ล็อกผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ข้อมูลที่ได้จะใช้ในการศึกษาเท่านั้น การนำข้อมูลไปอภิปรายและเผยแพร่จะกระทำในภาพรวม

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) ได้ค่า 0.67 ขึ้นไป และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกันกับกลุ่มเป้าหมาย คือ สมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลอินอำเภอรัญญา จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน

2. การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ใช้อธิบายปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวม

2. สถิติเชิงอ้างอิง ใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุวิถีพุทธวิถีธรรม ตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง โดยใช้สถิติ Chi-square Test, Fisher's exact test สำหรับตัวแปรกลุ่ม และสถิติ Pearson's Correlation Coefficient สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง เมื่อมีการทดสอบข้อมูลพบว่า ข้อมูลแจกแจงปกติโดยเกณฑ์การแปลความหมาย (แสงเดือน วนิชดำรงศักดิ์, 2555) มีดังนี้ ค่าระดับ

ความสัมพันธ์ 0.81 – 1.00 สูงมาก 0.61 – 0.80 ค่อนข้างสูง 0.41 – 0.60 ปานกลาง 0.21 – 0.40 ค่อนข้างต่ำ 0.01 – 0.20 ต่ำมาก

### จริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขยะลา หมายเลขรับรองเลขที่ SCPHYLIRB-2566/244

### ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุวิถีพุทธ วิถีธรรมตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุวิถีพุทธ วิถีธรรมตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=80)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			<b>อาชีพ</b>		
ชาย	11	13.8	ไม่ได้ทำงาน/เกษียณ	34	42.50
หญิง	69	86.3	เกษตรกรกรรม	23	28.75
<b>อายุ mean ± SD (69.39 ± 7.04)</b>			ค้าขาย	13	16.25
ผู้สูงอายุตอนต้น	45	56.25	รับจ้าง	4	5.00
ผู้สูงอายุตอนกลาง	30	37.50	ข้าราชการบำนาญ	2	2.50
ผู้สูงอายุตอนปลาย	5	6.25	อื่น ๆ	4	5.00
<b>สถานภาพสมรส</b>			<b>ความเพียงพอของรายได้</b>		
สมรส (อยู่ด้วยกัน)	30	37.50	พอใช้มีเหลือเก็บ	18	22.50
สมรส (แยกกันอยู่)	12	15.00	พอใช้ไม่มีเหลือเก็บ	52	65.00
หย่าร้าง	7	8.75	ไม่พอใช้มีหนี้สิน	10	12.50
หม้าย	31	38.75	<b>คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ</b>		
<b>ระดับการศึกษา</b>			ระดับไม่ดี	7	8.75
ไม่ได้เรียน	3	3.75	ระดับปานกลาง	69	86.25

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	67	83.75	ระดับดี	4	5.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	2.50	ที่อยู่อาศัย		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	7.50	บ้านตนเอง	66	82.50
ปริญญาตรี	2	2.50	บ้านของคู่ครอง	2	2.50
			บ้านของบุตร	10	12.50
			บ้านเช่า	2	2.50

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุวิถีพุทธวิถีธรรมตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.30 เป็นผู้สูงอายุตอนต้นร้อยละ 56.26 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ หม้าย ร้อยละ 38.75 รองลงมาคือสมรส (อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 37.50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 83.75 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 42.50 ส่วนใหญ่มีเงินพอใช้ไม่มีเหลือเก็บร้อยละ 65.00 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 86.25 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านตนเองร้อยละ 82.50

## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นของปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (n = 80)

ปัจจัย	M	SD	ระดับ
ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมโดยรวม	2.38	0.44	มาก
สภาพแวดล้อมภายในครัวเรือน	2.52	0.45	มาก
สภาพแวดล้อมภายในชุมชน	2.25	0.53	ปานกลาง
ปัจจัยด้านสังคมโดยรวม	2.15	0.24	ปานกลาง
สัมพันธภาพภายในครัวเรือน	2.19	0.38	ปานกลาง
การเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน	2.42	0.41	มาก
การปกครองส่วนท้องถิ่นและนโยบายของรัฐ	2.18	0.37	ปานกลาง
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	1.84	0.47	ปานกลาง
ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	2.14	0.35	ปานกลาง
ปัจจัยด้านสุขภาพโดยรวม	2.06	0.23	ปานกลาง
มิติทางกาย	2.09	0.26	ปานกลาง

ปัจจัย	M	SD	ระดับ
มิติทางจิตใจ	1.75	0.21	ปานกลาง
มิติทางสังคม	2.21	0.37	ปานกลาง
มิติทางปัญญา	2.16	0.41	ปานกลาง
ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	70.01	10.44	คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุวิถีพุทธวิถีธรรม ตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.34$ ) ปัจจัยด้านสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.15$ ) ปัจจัยด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.06$ ) และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.01

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุวิถีพุทธวิถีธรรม ตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 80)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		
	$r_s$	p-value	ระดับความสัมพันธ์
<b>ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล</b>			
เพศ	.042	.708	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	-.291	.009	ค่อนข้างต่ำ
สถานภาพสมรส	.047	.676	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	.364	.001	ค่อนข้างต่ำ
โรคประจำตัว	.223	.047	ค่อนข้างต่ำ
ลักษณะที่อยู่อาศัย	.075	.506	ไม่มีความสัมพันธ์
<b>ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ</b>			
อาชีพ	.180	.109	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	.238	.034	ค่อนข้างต่ำ
ความเพียงพอของรายได้	.327	.003	ค่อนข้างต่ำ

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ		
	$r_s$	p-value	ระดับความสัมพันธ์
<b>ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม</b>			
สภาพแวดล้อมภายในครัวเรือน	.355	.001	ค่อนข้างต่ำ
สภาพแวดล้อมภายในชุมชน	.326	.003	ค่อนข้างต่ำ
<b>ปัจจัยด้านสังคม</b>			
สัมพันธภาพภายในครัวเรือน	.358	.001	ค่อนข้างต่ำ
การเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน	.243	.030	ค่อนข้างต่ำ
การปกครองส่วนท้องถิ่นและนโยบายของรัฐ	.278	.012	ค่อนข้างต่ำ
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	.543	<.001	ปานกลาง
ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	.247	.027	ค่อนข้างต่ำ
<b>ปัจจัยด้านสุขภาพ</b>			
มิติทางกาย	.610	<.001	ค่อนข้างสูง
มิติทางจิตใจ	.345	.002	ค่อนข้างต่ำ
มิติทางสังคม	.584	<.001	ปานกลาง
มิติทางปัญญา	.473	<.001	ปานกลาง

ตารางที่ 3 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับค่อนข้างต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.291, p = .009$ ) ส่วนการศึกษาและโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .364, p = .001, r = .223, p = .047$ ) ตามลำดับส่วนรายได้และความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .238, p = .034, r = .327, p = .004$ ) ตามลำดับ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายในครัวเรือนและภายในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.355, p = .001, r = -.326, p = .003$ ) ตามลำดับ ปัจจัยด้านสังคมเรื่องการเข้าถึงข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .543, p < .001$ ) ปัจจัยด้านสุขภาพในมิติทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างสูงกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .610, p < .001$ ) ปัจจัยด้านสุขภาพในมิติทางสังคมและทางปัญญามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .584, p < .001, r = .473, p < .001$ )

### อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุวิถีพุทธวิถีธรรม ตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M = 2.38, SD = 0.44$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุมีการรับรู้ ความเข้าใจในด้านสภาพแวดล้อมที่ดีสามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวันและ

ปรับเปลี่ยนมาใช้ในการดำเนินชีวิตได้ดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัชยา เคล้าดี สุขชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี (2560) เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์ (2560) ที่พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยด้านสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=2.15$ ,  $SD=0.24$ ) ทั้งนี้ด้านการเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชนอยู่ในระดับมาก ( $M=2.42$ ,  $SD=0.41$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุวิถิพุทธวิถีธรรม ตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรังมีการดำเนินกิจกรรมด้านสังคมอย่างต่อเนื่องที่ให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิพงษ์ บัวสาย (2566) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลหนองขี้เงิน อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม พบว่า ปัจจัยด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุวิถิพุทธวิถีธรรม ตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.50 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัชยา เคล้าดี สุขชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี (2560) พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่มีค่าดัชนีคุณภาพชีวิตได้เท่ากับ 69.83 ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ( $p<.01$ ) คือ ปัจจัยด้านสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายมิติ พบว่า เป็นมิติทางกายมีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุวิถิพุทธวิถีธรรม ตำบลคลองปาง อำเภอรัษฎา จังหวัดตรัง ได้รับการตรวจสุขภาพประจำทุกเดือนจากโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่เป็นอสม.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันตแพทย์ หมุนเวียนกันมาให้บริการ รวมทั้งให้ความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ ประสบการณ์จากการเรียน

ในโรงเรียนผู้สูงอายุมาใช้ในชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนหลายรายที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคซึมเศร้า ซึ่งเมื่อเข้าสู่โรงเรียนผู้สูงอายุแล้วสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดความรุนแรงของโรคได้ เช่น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และมีความสุข สามารถหยุดยาโรคซึมเศร้าได้ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ วงจันทร์และคณะ(2565) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุปัจจัยด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ปัจจัยด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นเทศบาลตำบลคลองปาง ควรร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปาง จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้มีทักษะในการดูแลตนเองสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ
2. ควรศึกษาเพื่อพัฒนาเครือข่ายภาคีผู้สูงอายุในพื้นที่ให้มีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
3. ควรมีการถ่ายทอดการบริหารจัดการกิจกรรม การดำเนินงาน ของโรงเรียนผู้สูงอายุในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกๆ เดือนเพื่อสร้างความยั่งยืนแก่โรงเรียนผู้สูงอายุตลอดไป

## เอกสารอ้างอิง

- กัญญาณัฐ ไร่คำ. (2561). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี 7(2). กรกฎาคม-ธันวาคม.
- จิรัชยา เคล้าดีและคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัด นครศรีธรรมราช. วารสารราชพฤกษ์;15(1): 27-32.
- จักรแก้ว นามเมือง และคณะ. (2560). การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Customer Satisfaction) ในมิติด้านคุณภาพการให้บริการงานบริการเบี่ยงชีฟ ผู้สูงอายุ และคนพิการ เทศบาลตำบลแม่ปืม อำเภอเมืองจังหวัดพะเยา. พะเยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตพะเยา.
- จันทนา สารแสง. (2561). คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบล หุ้งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ สม. (สาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- จุฑารัตน์ แสงทอง. (2560). สังคมผู้สูงอายุ(อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ. วารสารกึ่งวิชาการ. 38 (1). มกราคม-เมษายน
- นัสมล บุตรีวิเศษและอุปรีภุชญา อินทรสาด. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ ศูนย์พระนครศรีอยุธยา
- บรรจง ลาวะลี, พระศรีวินยาภรณ์ (สายรุ้ง อินทาทูโอ), สุเทพ เมยโธสง, อติศักดิ์ ทุมอนันต์, ฉัตรชัย ชมขารี. (2564). การศึกษาสมรรถนะทางกายผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิชาการ มจรบุรีรัมย์;6(1):172-183.
- พัชรภรณ์ พัฒนะ. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัด สระบุรี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิมพ์อพิชา อินทร์โสภา. (2562). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยเขตจังหวัดสมุทรปราการ [การศึกษาอิสระ]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- ฤทธิชัย ชาแสน. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอพรหมานิคม จังหวัดสกลนคร. หลักสูตรปริญญาตรีวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
- วุฒิพงษ์ บัวสาย. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลหนองย่างชิ้น อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม.วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 4 (1):18-28.
- สุขประเสริฐ ทับสี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.3(1). มกราคม – เมษายน
- สุภาภรณ์ ทันธธัตต์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบ อาชีพทำสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 28 (1). กรกฎาคม - สิงหาคม
- สิริพร คีนมาเมือง. (2561). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อาศัยในบ้านพักคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ ด้วยกิจกรรมศิลปะบำบัด. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย ราชภัฏเชียงใหม่.
- ศรันยา สติธย์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลเกาะขุนอำเภอพมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา.วารสารราชนครินทร์ :2 (2)133-141.
- The WHOQOL GROUP. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. SocialSciences Medicine, 41(10), 1403 - 1409.



ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและการส่งต่อโรคหลอดเลือดสมอง  
ต่อความรู้ทักษะการประเมินและการส่งต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Effectiveness of the program on knowledge enhancement and the ability to assess  
and refer stroke patients on knowledge, Skill, and Referral Stroke Fast Track service  
among Village Health Volunteer, Chaloe Phra Kiat Hospital)

สายสุดา สุรรักษา, ศรีพร รอดแก้ว  
Saisuda Sookraksa, Sriporn Rodkaew  
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
Chaloe Phrakiat Hospital Nakhon Si Thammarat Province

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*power version 3.1 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้จำนวน 44 คน โปรแกรมประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาการของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง บทบาทของ อสม. ในการประเมินและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และทักษะการใช้การประเมินอาการของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้เวลา 1 วัน รวม 8 ชั่วโมง เครื่องมือและโปรแกรมผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้ ใช้การทดสอบ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 2) แบบสังเกตประเมินอาการและส่งต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนโดยใช้ Interrater reliability ได้ค่าความตรง เท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ paired t-test ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้โรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และทักษะการประเมินอาการและการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นการเพิ่มความรู้โรคหลอดเลือดสมองและทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น ก่อนนำส่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากชุมชนสู่โรงพยาบาล

**คำสำคัญ :** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง, โรคหลอดเลือดสมอง

### Abstract

A quasi-experimental one-group pre-post-test design was used to test the effectiveness of the program on knowledge enhancement and the ability to assess and refer stroke patients on knowledge, Skill, and referral stroke fast track service among village health volunteer, Chaloe Phra Kiat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. Purposive sampling was used to select 44 Village Health Volunteers using G\*power version 3.2 based on inclusion criteria. The program consisted of knowledge

enhancement and the ability to assess and refer stroke patients. The total activities were used for one day, about eight hours. Instruments and programs were validated by three experts. The reliability of the instruments was examined with twenty village health volunteers as the same sample size consisted of 1) the knowledge questionnaire was examined with Kuder-Richardson (KR-20) equal to 0.81 and 2) the skill to assess and refer stroke patients' evaluation scale examined with interrater reliability equal to 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test.

The findings revealed that the samples had mean scores of the knowledge enhancement of stroke significantly higher than before intervention at a level of .05. Moreover, they had mean scores of skills to assess and refer stroke patients substantially higher than before intervention at a level of .01.

The results of this study increase the knowledge of stroke and the skills of village health volunteers in the initial screening and triage of stroke patients before transporting stroke patients from the community to the hospital.

**Keywords :** Village health volunteers, The program on knowledge enhancement and the ability to assess and refer stroke patients, Stroke

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพในทั่วโลกและในประเทศไทย โดยมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี (รัฐจนาธนาวิวัฒน์ศักดิ์และคณะ, 2562) โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง เป็นภาวะที่เนื้อสมองถูกทำลายเฉียบพลันเนื่องจากการตีบตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้มีความผิดปกติของระบบประสาทแบบทันทีทันใด (กัลยา ปวงจันทร์ และศิริกาญจน์ จินาวิน, 2563) ส่งผลให้สมองเกิดการขาดออกซิเจน (Hypoxia) ไม่สามารถที่จะเปลี่ยนไปใช้เมตาบอลิซึมแบบไม่ใช้ออกซิเจนได้ ปริมาณเลือดจะถูกดึงจากอวัยวะอื่นที่มีความสำคัญน้อยกว่าสมองเพื่อให้เลือดมาเลี้ยงสมอง แต่หากไม่สามารถทำได้ เปลี่ยนกระบวนการเมตาบอลิซึมเป็นแบบไม่ใช้ออกซิเจน เกิดกรดแลคติกทำให้ผู้ป่วยเกิดเสียสมดุลกรดต่าง เซลล์ไม่สามารถผลิตพลังงานได้ การทำหน้าที่ของเซลล์เมมเบรนสูญเสีย เซลล์สมองจะบวมเกิดการตายของเซลล์ภายใน 3-10 นาที (ฐาปนีย์ ชัยกุลลาบ, 2561) อย่างไรก็ตามโรคนี้สามารถป้องกันได้ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองโรค การตรวจวินิจฉัยและการรักษาอย่าง ทันทีทันที่ภายใต้

ระบบบริการสุขภาพตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างเหมาะสม ครอบคลุม และเข้าถึงการรักษาได้เร็ว

โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีระบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนมาโรงพยาบาล เป็นการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาตรวจรักษา 2) ระยะเฉียบพลัน โดยบริหารจัดการระบบการดูแลตั้งแต่แรกรับที่ตึกอุบัติเหตุจนถึงผู้ป่วย 3) ระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ลดความพิการและภาวะแทรกซ้อน การดูแลผู้ป่วย ในระบบ Fast track เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องทันเวลา

ดวงมาลัย คำหม่อม, (2564) ได้ทำวิจัยเรื่องโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแพรว พบว่าโปรแกรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มสูงขึ้น ส่วนอังคาร ปลัดบาง และ สุวรรณ ชุติวัตรพงศธร, (2561) ได้ทำวิจัยเรื่องการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ

Stroke fast track พบว่า การสอนโดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะการประเมินอาการ และการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track การเขียนใบนำส่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และจากการทบทวนระบบการทำงานพบว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาล่าช้ากว่าเวลาที่ควรจะเป็น โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในปี 2565 จำนวน 44 ราย พบว่าเข้าถึงบริการทันในเวลา 180 นาทีเพียง 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.91 (เวชสถิติโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ, 2565) จากการวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนมาโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบว่าการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง รอให้อาการดีขึ้นจึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ไม่รู้ช่องทางด่วนในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) ขาดการประชาสัมพันธ์และการให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

พยาบาลห้องฉุกเฉินนอกจากมีบทบาทในการช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่แล้วนั้น ยังมีบทบาทในส่งเสริมการดูแลตนเองและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโดยอาศัยภาคีเครือข่ายร่วมด้วย นอกจากนี้ประชาชนที่ต้องมีความรู้ บุคคลที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึงและใกล้ชิดกับชุมชนอีกกลุ่มคือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ต้องมีความรู้เบื้องต้นการประเมินโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) จากทฤษฎีของ Bloom ความรู้ที่เกิดจากความจำ (knowledge) ความเข้าใจ (Comprehend) การวิเคราะห์ (Analysis) การประยุกต์ (Application) จะนำไปสู่การเพิ่มความรู้และทักษะของบุคคลได้ ผู้วิจัย จึงมีแนวคิด ในการส่งเสริมให้ อสม. ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนเบื้องต้น นอกจากนี้เป็นกระบอกเสียงสำคัญในการแนะนำเผยแพร่ความรู้ แก่ประชาชนที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงสามารถประเมินอาการและความเสี่ยงของตนเองได้ และสามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว เพื่อลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ลดความพิการ และลดการเสียชีวิตที่ตามมา

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่หลักในการกำหนดทิศทางเป้าหมายนโยบายด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค วางแผน พัฒนาระบบงาน กำกับดูแล กระตุ้น ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน วางแผนระบบป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก เห็นว่าการให้ความรู้ การประเมินอาการทางโรคนำไปใช้และปฏิบัติในการดูแลคนในครอบครัวและชุมชนหรือหากพบผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้การช่วยเหลืออย่างถูกวิธีก่อนส่งต่อให้บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งจะสามารถช่วยลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง ซึ่งจะเป็นการพัฒนาให้อสม. สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะฉุกเฉินในชุมชนก่อนนำส่งสถานพยาบาล เป็นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในพื้นที่ให้สามารถช่วยเหลือผู้ที่เกิดภาวะฉุกเฉินขั้นต้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมองของอสม. ที่ปฏิบัติงานเขตโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการประเมินอาการและส่งต่อโรคหลอดเลือดสมองของอสม. ที่ปฏิบัติงานเขตโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมองของอสม. ที่ปฏิบัติงานเขตโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ หลังได้รับโปรแกรมความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของอสม. ที่ปฏิบัติงาน เขตโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติหลังได้รับโปรแกรม ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการ ประเมินอาการและการส่งต่อโรคหลอดเลือดสมอง

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรม การให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้ ทักษะการประเมินอาการ และส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ ทักษะการประเมินอาการ และส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาในการ ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2566 - มกราคม 2567

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมิน อาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะการประเมิน ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แก่ อสม. จากสถานการณ์จำลอง โดยประกอบด้วย การ ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและการปฏิบัติ ได้แก่ การประเมินอาการหลัก FAST และการเขียนแบบส่งต่อ ผู้ป่วย
2. อาสาสมัครสาธารณสุข หมายถึง อาสา สมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโร งพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอลำปาง จังหวัด นครศรีธรรมราช
3. ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจ และการรับรู้ โรคหลอดเลือดสมองได้แก่ สาเหตุการเกิดโรค อาการ อาการเตือน (FAST)
4. ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ความสามารถในการ ปฏิบัติ การประเมินอาการ FAST โรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการบันทึกอาการ การเรียกระบบ

การส่งผู้ป่วย EMS 1669 การเขียนใบนำส่งอาการแรก เริ่มที่มีอาการ ระยะเวลาเริ่มมีอาการ ความรู้สึกตัว และ สัญญาณชีพในการนำส่งโรงพยาบาล

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ตามทฤษฎี ของ Bloom (วรวิทย์ จันทร์สุวรรณ, 2565) ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรม อธิบายได้ว่าหากบุคคลมี ความรู้ (knowledge) ที่เกิดจากความจำ ความเข้าใจ (comprehend) การประยุกต์ (application) การ วิเคราะห์ (analysis) สามารถนำไปสู่ การสังเคราะห์ (synthesis) นำไปสู่การประเมินผล (evaluation) มา กำหนดแนวคิดในการจัดทำโปรแกรมให้ความรู้ ทักษะ การประเมินอาการและส่งต่อโรคหลอดเลือดสมองโดย การเรียนรู้ โดยการให้ความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ นำประสบการณ์มาวิเคราะห์ และ เรียนรู้จากการปฏิบัติทำให้เกิดทักษะในการดูแลช่วย เหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้าถึงระบบการรักษา เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัว สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1

### ตัวแปรอิสระ

โปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง

- 1) ความรู้
  - สาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง
  - อาการของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อ
  - ทักษะ การประเมินอาการ FAST (จำลองสถานการณ์)
  - การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การบันทึกข้อมูลการเขียนใบนำส่งและอาการ การเรียกระบบการส่งผู้ป่วย EMS 1669
  - บทบาทของ อสม. ในการประเมินและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### ตัวแปรตาม

**ผลลัพธ์**

- ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง
- ทักษะการประเมินและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**ภาพที่ 1** แสดงกรอบแนวคิดทฤษฎี สู่กรอบแนวคิดการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ การวิจัยแบบกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มแบบวัดก่อนและหลัง (quasi-experimental one group pre post-test design) ประกอบไปด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเวลาก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ที่สังกัดโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 109 คน

#### กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*power version 3.1 โดยกำหนด the power = .80, alpha = .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 44 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) อสม. รพ.เฉลิมพระเกียรติ ที่มีอายุในช่วง 20-50 ปี 2) ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยเข้าใจ 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดเวลาที่ทำการศึกษาก่อนคัดเลือก ออก ได้แก่ 1) ไม่ใช่ อสม. ในเขตโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ 2) ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยไม่เข้าใจ 3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 เครื่องมือใช้ดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และกรอบแนวคิดของ Bloom ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองประกอบไปด้วย สาเหตุและอาการของโรคหลอดเลือดสมองใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 2 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 2) ทักษะการประเมินอาการและการส่งต่อ ผู้ป่วยประกอบด้วย ทักษะการประเมินอาการFAST การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การบันทึกข้อมูลการเขียนใบนำส่งและอาการ การเรียกระบบการส่งผู้ป่วย EMS 1669 และ บทบาทของ อสม. ในการประเมินและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมสาธิตและฝึกการปฏิบัติจากเหตุการณ์สมมติ ใช้เวลา 6 ชั่วโมง

#### ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของอสม. มีจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพ ระยะเวลาการทำงานเป็นอสม. และประวัติการอบรมโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 แบบประเมินความรู้ มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ข้อ คือ ตอบถูกต้อง ได้รับคะแนนเป็น 1 และข้อไม่ถูกต้อง ได้รับคะแนนเป็น 0 หาก ค่าคะแนนรวมกันเกิน 80% สะท้อนได้ว่า อสม. มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ถือว่าผ่านเกณฑ์

2.3 แบบประเมินทักษะ ประเมินผู้ป่วยประเมินภาวะหลอดเลือดสมอง ประกอบไปด้วยการ ประเมินทักษะ 6 ด้าน คือ 1) ด้านการประเมินอาการแรกเริ่ม จำนวน 3 ข้อ 2) การประเมินสัญญาณชีพ จำนวน 4 ข้อ 3) ชักประวัติอาการนำและระยะเวลาการเกิดอาการ 2 ข้อ 4) ระดับความความรู้สึกรู้ตัว จำนวน 1 ข้อ 5) การส่งต่อและการบันทึก จำนวน 2 ข้อ โดยใช้แบบสถานการณ์จำลอง โดยผู้วิจัยออกแบบประเมินทักษะโดยการสังเกตเป็นแบบ check list ประกอบด้วย ปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้องและไม่ปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ โดยถ้าปฏิบัติถูกต้องให้ 1 คะแนน ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องและไม่ปฏิบัติให้ 0

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าความตรง (Validity) ของโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง แบบสอบถามความรู้ และแบบสังเกตการประเมินทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ชำนาญการพิเศษพยาบาลชำนาญการด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการทำวิจัย ได้ค่าความตรงของโปรแกรมความรู้ ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง CVI= 0.73 และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงโปรแกรม ความตรงแบบสอบถามความรู้การให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง CVI=.73 แบบประเมินทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความตรง CVI=.81

2. การหาความเที่ยง (reliability) โดยไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่ที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ตัวอย่าง จำนวน 20 คน แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมองใช้การทดสอบ KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ

.80 และ แบบประเมินทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ค่าความตรงโดยใช้ Interrater reliability ได้ค่าความตรง เท่ากับ 1

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสหนังสือรับรอง NSTPH 125/2566 (ลงวันที่ 31 เดือนตุลาคม 2566) ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ในการขออนุญาตทำวิจัยเป็นสายลักษณะอักษร เมื่อผู้อำนวยการอนุมัติได้ดำเนินการตามโครงการโดย แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

กระบวนการรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรม ดำเนินกิจกรรมแบบ face-to-face แบบกลุ่ม โดยทำกิจกรรม 1 วัน รวม 8 ชั่วโมง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. ระยะเตรียมการ

1.1 เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเริ่มดำเนินการทำใบบันทึกข้อความ เพื่อขออนุญาตทำกิจกรรม เก็บข้อมูล และหลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

## 2. ระยะดำเนินการ

ผู้วิจัยเข้าชี้แจงพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายขั้นตอน เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เริ่มดำเนินการทดลองตามโปรแกรม ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินโปรแกรมและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่ช่วยเก็บข้อมูลก่อนหลังการทดลอง โดยผ่านการฝึกและทำความเข้าใจในการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการเก็บข้อมูลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการดำเนินการให้โปรแกรม ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยเก็บจากการสังเกตจากสถานการณ์จำลอง

2.2 กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 วัน ดังนี้

ผู้วิจัยเข้าชี้แจงพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายขั้นตอนการทำการกิจกรรม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เริ่มดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองในแต่ละขั้นตอน ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองประกอบไปด้วย สาเหตุและอาการของโรคหลอดเลือดสมองใช้เวลาในการกิจกรรม 2 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 2) ทักษะการประเมินอาการและการส่งต่อ ประกอบไปด้วย ทักษะการประเมินอาการ FAST (จำลองสถานการณ์) การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การบันทึกข้อมูลการเขียนใบนำส่งและอาการ การเรียกระบบการส่งผู้ป่วย EMS 1669 และ บทบาทของ อสม. ในการประเมินและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมสาธิตและฝึกการปฏิบัติจากเหตุการณ์สมมติ ใช้เวลา 6 ชั่วโมง

3. ระยะการเก็บข้อมูล หลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง

3.1 อสม. ได้รับการประเมินโดยแบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง

3.2 ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้วิจัยใช้การสังเกตการณ์การปฏิบัติจากสถานการณ์จำลองที่ผู้วิจัยกำหนด ผู้วิจัยและผู้ช่วยบันทึกให้คะแนนและนำมาสรุปคะแนนและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

## วิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (F) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของอสม. ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง ใช้ สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะของโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง ใช้สถิติ Paired t-test

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเพศหญิง (n=44) ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่อยู่ในอายุช่วง 50-60 ปี(n=18) คิดเป็นร้อยละ 40.90 รองลงมา อายุ 40-49 ปี(n= 17) คิดเป็นร้อยละ 38.6 สำหรับการศึกษาลูกส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (n=13) ร้อยละ 29.5 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (n=12) ร้อยละ 27.3 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น(n=9) ร้อยละ 20.5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน (n=33) ร้อยละ 75.0 อาชีพส่วนใหญ่เกือบครึ่งมีอาชีพรับจ้างทั่วไป(n= 20) ร้อยละ 45.5 รองลงมาเกษตรกรกรรม(n=19) ร้อยละ 43.2

ประสบการณ์การเป็น อสม. ส่วนใหญ่ 6-10 ปี (n=19) ร้อยละ 43.2 รองลงมา มากกว่า10ปี (n=17) ร้อยละ 38.6 มีประสบการณ์อบรม อสม.เชี่ยวชาญ (n=28) ร้อยละ 81.8 ส่วนใหญ่อบรมเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคติดต่อ การช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐาน การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

## 2. ความรู้โรคหลอดเลือดสมองของอสม. ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=44)

คะแนนความรู้	n	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อน	44	12.86	1.59	-2.95	.05*
หลัง	44	13.79	1.59		

\* $p < .05$

## 3. ทักษะการประเมินอาการและการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอสม. ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงผลเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=44)

คะแนนทักษะ	n	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อน	44	1.32	1.20	-23.23	.001**
หลัง	44	9.50	1.77		

\*\* $p < .01$

### การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยโปรแกรมการให้ความรู้ ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1) ความรู้โรคหลอดเลือดสมองของอสม. หลังโปรแกรมการให้ความรู้ การประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สามารถ



อภิปรายได้ดังนี้ เนื่องจากการสร้างโปรแกรมความรู้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ Bloom ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีความรู้ (knowledge) ที่เกิดจากความจำ ความเข้าใจ (comprehend) จะนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติการประยุกต์ (application) การวิเคราะห์ (analysis) และนำไปสู่การประเมินผล (evaluation) โดยการจัดทำโปรแกรมให้ความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ออกแบบโดยใช้การสอนแบบ two way communication เพื่อให้เกิดความเข้าใจ นำประสบการณ์มาวิเคราะห์ และเรียนรู้จากการปฏิบัติทำให้เกิดทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้จากกิจกรรมโปรแกรมอบรม โดยในกิจกรรมเป็นการเรียนรู้แบบการซักถาม แลกเปลี่ยนประเด็นการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างการสาธิตย้อนกลับ จากสถานการณ์จำลอง โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแลกเปลี่ยนความคิด และเกิดกระบวนการเรียนรู้และเข้าใจในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถบอกปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์จริง จากญาติของตนเองที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำส่งโรงพยาบาล การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่และสื่อต่างๆ รวมทั้งประสบการณ์ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษา ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอปอทอง จังหวัดชลบุรี พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และความสามารถในการประเมินและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการประเมินและการส่งต่อสูงขึ้น (ถ้าดวงเกิดประสพสุข และคณะ, 2561) และการศึกษาของดวงมาลัย คำหม่อม (2564) พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแพร์ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้และทักษะในการดูแลเพิ่มขึ้น

2) ทักษะการประเมินอาการและการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอสม. ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินอาการและส่งต่อโรค

หลอดเลือดสมองโดยการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองของกลุ่มตัวอย่าง หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) สามารถอภิปรายได้ดังนี้ จากการให้โปรแกรมให้ความรู้โดยการใช้สอนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างการสาธิตจากสถานการณ์จำลอง กลุ่มตัวอย่างสามารถแลกเปลี่ยนความคิด และ เกิดกระบวนการเรียนรู้และเข้าใจในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมอง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองจากโปรแกรมการสอนและการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสื่อ power point การสาธิตการประเมินอาการ fast และการแสดงบทบาทสมมติตามสถานการณ์จำลอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ จากการสังเกต การซักถาม การแลกเปลี่ยนประเด็นการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และได้ฝึกปฏิบัติสาธิตย้อนกลับทำให้เข้าใจในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมองและมีทักษะประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความมั่นใจ ในการปฏิบัติการซักประวัติ ประเมินอาการเตือน FAST การเขียนใบนำส่งและการเรียกระบบแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และการสอนโดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ ทำให้มีความรู้และทักษะการประเมินอาการ และการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track การเขียนใบนำส่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (อังคาร ปลัดบาง และ สุขวรรณ ชุติวัตรพงศธร, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัชยา สุวินทรากกร สุรินทร กลัมพากรและ ทศนีย์ รวีวรกุล (2561) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ทักษะ ในการเฝ้าระวัง และทักษะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น และการศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอปอทอง จังหวัดชลบุรี พบว่าการใช้โปรแกรมการ เสริมสร้าง ความรู้และความสามารถต่อการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีความสามารถในการประเมินและการส่งต่อสูงกว่าก่อนการได้

รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และความสามารถในการประเมินและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ลำตวน เกิดประสพสุข และคณะ, 2561)

3. พัฒนาระบบบริการช่องทางด่วน Stroke Fast Track ให้ประชาชน และกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงได้ง่าย เป็นระบบ one stop service

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาติดตามการใช้โปรแกรมความรู้ทักษะการประเมินอาการและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบทุก 3, 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อให้ความรู้ความสามารถในการประเมินดูแลผู้ป่วยคงอยู่อย่างยั่งยืน
2. ควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

### เอกสารอ้างอิง

- กัลยา ปวงจันทร์และศิริกาญจน์ จินาวิน. (2563). ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลแพร์. วารสารพยาบาลโรงพยาบาลแพร์, 28(2), 1-17.
- จิรัชยา สุวินทรการ, สุรินทร์ กลัมพากร และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง. Thai Journal of Nursing, 68(1), 39-48.
- ฐาปนี ชัยกุลลาบ. (2561). การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ดวงมาลย์ คำหอม. (2564). ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลแพร์. วารสารโรงพยาบาลแพร์, 28 ;92-106.
- รัฐฉนา ชนานุวัฒน์ศักดิ์และคณะ. (2562). การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแบบปฐมภูมิ. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 18(2), 29-39.
- ลำตวน เกิดประสพสุข, อุเทน สุทิน และวนิดา ประเสริฐ. (2561). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ และความสามารถในการประเมินและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการประเมินและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองและของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอปอทอง จังหวัดชลบุรี. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 7(2), 127-136.
- วรวิทย์ จันทร์สุวรรณ. (2565). ระดับขั้นความสามารถของบลูม (Bloom's Taxonomy). เข้าถึงวันที่ 19 ตุลาคม 2566 เข้าถึงจาก [https://web.rmutp.ac.th/woravith/?page\\_id=11322](https://web.rmutp.ac.th/woravith/?page_id=11322).
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2560. คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).นนทบุรี. พิมพ์ที่: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อังคาร ปลัดบาง และสุพรรณ ชูดีวัตรพงศธร. (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงวันที่ 19 ตุลาคม 2566 เข้าถึงจาก <https://www2.nkh.go.th/nkh/journal/doc/31.pdf>.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2  
โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช  
(Factors Associated with Diabetic Nephropathy in Type 2 Diabetic Patients,  
Huasai Hospital, Huasai District, Nakhon Si Thammarat Province)

ศิริพร นวลปาน, อุไรวรรณ ทศนีย์สุวรรณ, จินดาวรรณ ชูจิตต์  
Siriporn Nuanpan, Uraiwan Thusaneesuwat, Jindawan Choojit  
โรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช  
Huasai Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 140 ราย แบบรวบรวมข้อมูลสร้างขึ้นจากผู้วิจัยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่าความตรง .87 และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่ เพศ ระดับความดันโลหิต ผู้ดูแลหลัก และระดับไขมันแอลดีแอลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำต่อภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_{xy} = 0.175, 0.171, 0.189, \text{ และ } 0.185$ , ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_{xy} = -0.215, -0.191$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า การรักษาโดยยาในกลุ่ม biguanide มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r_{xy} = -0.384$ ) และปัจจัยด้านระดับ serum creatinine มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r_{xy} = .541$ ) ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ( $p > .05$ )

**คำสำคัญ :** ภาวะแทรกซ้อนทางไต, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

### Abstract

The retrospective descriptive study aimed to study factors associated with diabetic nephropathy in type 2 diabetic patients at Huasai Hospital, Huasai district, Nakhon Si Thammarat province. The purposive sampling selected 140 patients with diabetic nephropathy in type 2 diabetic patients. The researcher created the questionnaires and validated them by three experts (CVI=.87). The questionnaire's reliability was tested with type 2 Diabetic patients like the sample group by yielding Cronbach's alpha coefficient equal to 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficient statistics.

The findings revealed that demographic and clinical factors, including gender, Blood pressure levels, principal caregivers, and LDL cholesterol levels, were a low positive associated with kidney complications in patients with type 2 diabetes and statistically significant at the .05 level ( $r_{xy} = 0.175$ ,

0.171, 0.189, and 0.185, respectively). As for health factors such as weight and body mass index, a low negative associated with kidney complications in patients with type 2 diabetes was statistically significant at the .05 level ( $r_{xy} = -0.215, -0.191$ ). In addition, it was found that treatment with the biguanide drug had a moderate negative association with kidney complications in patients with type 2 diabetes, statistically significant at the level of .01 ( $r_{xy} = -0.384$ ). The serum creatinine level factor has a moderate positive effect associated with kidney complications in patients with type 2 diabetes, statistically significant at level 01 ( $r_{xy} = .541$ ). However, in health behavior factors in terms of perception of health status and perception of complications, there was no relationship with kidney complications in patients with type 2 diabetes ( $p > .05$ ).

**Keywords :** Nephropathy complication, Type2 diabetic mellitus

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และยังเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ง่าย รวมทั้งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 422 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 1.5 ล้านคน ประชากรทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 18 ปีป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 8.5 พบผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคน (วริณฎฐิชา มุลกองศรีและเลิศชัย เจริญธัญรักษ์, 2564) สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้มีการประมาณการจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 425 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 8.8 ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20-79 ปี และจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2588 (นิชกานต์ วงษ์ประกอบ และลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2560) ในประเทศไทย โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายโดยเฉพาะไต (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในปี 2565 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ โดยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 จำนวนเพิ่มขึ้น และพบว่าผู้ป่วยระยะที่ 5 ซึ่งต้องล้างไต

มีมากถึง 62,386 ราย(ภทรพรรณ อุณาภาคและขวัญชัย รัตนมณี, 2558) อย่างไรก็ตามการศึกษาพบว่าหากผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะช่วยลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย (นิชกานต์ รัตนมณี และพรนภา ศุภระเวทย์ศิริ, 2562) เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ต้องดูแลรักษาระยะยาว ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ส่งผลให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง และเมื่อโรคดำเนินถึงระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD) ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาที่เรียกว่า การบำบัดทดแทนไต ด้วยการล้างไตผ่านช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (ภทรพรรณ อุณาภาคและขวัญชัย รัตนมณี, 2558) เป็นการรักษามีค่าใช้จ่ายสูง และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวนอกจากต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย จะต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

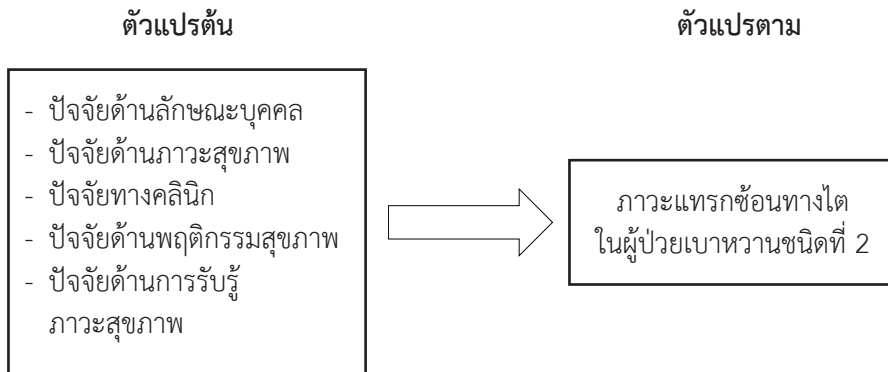
สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานจังหวัด นครศรีธรรมราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2565 พบอัตราป่วย 441.23, 482.23 และ 519.83 รายต่อแสนประชากรตามลำดับ จากการวิเคราะห์มีแนวโน้มการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นทุกปี สำหรับโรงพยาบาลหัวไทร มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษา ทั้งสิ้น 3,458 ราย โดยพบว่าภาวะแทรกซ้อนทางไตจำนวน 220 ราย

คิดเป็นร้อยละ 6.36 พบว่าภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 40 เกิดจากเบาหวาน และร้อยละ 20 เกิดจากความดันโลหิตสูง ปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมาย หรือได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (case manager) มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาพบปัญหาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากเริ่มมีภาวะแทรกซ้อน ที่สามารถป้องกันได้ มีการทำโครงการมากมายในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่ผลลัพธ์ที่ได้ไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนด จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเล็งเห็นปัญหาและความสำคัญ จึงได้จัดทำวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด pathophysiology ของการเกิดโรคเบาหวานและการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ดังรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

ขึ้นเพื่อต้องการหาต้นเหตุของปัญหาที่แท้จริง เพื่อนำข้อมูลดังกล่าว ไปวางแผนในการพัฒนาระบบและแนวทางการดูแล ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลหัวไทร เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

### คำถามการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช มีอะไรบ้าง

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) โดยการทบทวนเวชระเบียนและแบบสอบถามผู้ป่วยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตหรือ มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปี 2565-2566

## ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีค่าอัตราการกรองไตน้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิว 1.73 เมตร<sup>2</sup> หรือที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะไตเสื่อม ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 215 คน

## กลุ่มตัวอย่าง (sample size) และการสุ่ม (sampling)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณตามตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan ใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและกำหนดในประชากร เท่ากับ 0.5 ได้ 140 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่าอัตราการกรองไตน้อยกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิว 1.73 เมตร<sup>2</sup> หรือที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะไตเสื่อมปีงบประมาณ 2566 2) เวชระเบียนมีความสมบูรณ์อย่างน้อย 80% 3) กลุ่มตัวอย่าง ฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยเข้าใจ 4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมวิจัย 5) รับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลหัวไทร ตั้งแต่ปี 2565-2566 เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่เข้าใจภาษาไทย สื่อสารภาษาไทยไม่ได้ 2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 3) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 2 ชุด

**ชุดที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะบุคคล ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ประวัติโรคประจำตัวร่วมอื่นๆ วิธีการรักษาโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระดับ Serum Creatinine และอัตราการกรองของไต (eGFR) ระดับสายตา ผลการตรวจตา ผลการตรวจเท้า

**ชุดที่ 2** แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยภาวะสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ประวัติโรคร่วม การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการพบแพทย์ การจัดการความเครียดและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย ข้อความเชิงลบ จำนวน 15 ข้อ และข้อความเชิงบวก จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบตัวเลข (Numeric rating scale) 3 ระดับ เกณฑ์การประเมิน คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การกระทำที่ต่อเนื่องกันทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 4-6 วัน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง การกระทำเป็นบางครั้ง หรือกระทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-3 วัน

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยมีการกระทำเช่นนี้เลยสักครั้งเดียว

การกำหนดคะแนนรายข้อที่เป็นข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ การกำหนดคะแนนรายข้อที่เป็นข้อคำถามเชิงลบ ดังนี้ 2 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 0 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ

การแปลความหมายคะแนนแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

คะแนน 0-19 หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับต่ำ

คะแนน 20-39 หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับปานกลาง

คะแนน 40-58 หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพ จำนวน 23 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนประกอบด้วยข้อความเชิงลบ 11 ข้อ และข้อความเชิงบวก จำนวน 12 ข้อ ข้อคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่าแบบตัวเลข (Numeric rating scale) 3 ระดับ เกณฑ์การประเมิน คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบมีความเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นทั้งหมดตรงกับความคิดเห็น ความเชื่อ และความเข้าใจของผู้ตอบ

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบมีความเห็นว่า ข้อความในประโยคนั้นบางส่วน ตรงกับความคิดเห็น ความเชื่อ และความเข้าใจของผู้ตอบ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ตอบมีความเห็นว่า ข้อความในประโยคนั้นทั้งหมด ไม่ตรงกับความคิดเห็น ความเชื่อ และความเข้าใจของผู้ตอบ

กำหนดคะแนนรายข้อที่เป็นข้อคำถาม เชิงบวก ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

กำหนดคะแนนรายข้อที่เป็นข้อคำถาม เชิงลบ ดังนี้ 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 0 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลความหมายคะแนนแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ เกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารด้วยช่วงขั้นที่ต้องการ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

คะแนน 0-15 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับต่ำ

คะแนน 16-30 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับปานกลาง

คะแนน 31-46 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าความตรง (Validity) ของแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ระดับเชี่ยวชาญ พยาบาล ผู้ปฏิบัติการขั้นสูง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (ผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง) ได้ค่า CVI=.87 และนำข้อแนะนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

2. การหาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบบบันทึกข้อมูลผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญตามหลักวิจัย มีการปรับปรุงเนื้อหาของข้อคำถามจนเป็นที่ยอมรับและเห็นตรงกันว่ามีความครอบคลุมประเด็นสำคัญต่างๆ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 20 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach 's alpha) ได้เท่ากับ 0.80

### การรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยแจ้งผลให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลหัวไทรทราบ

2. ผู้วิจัยทำใบบันทึกข้อความ เพื่อขออนุญาตการทำวิจัย จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับผู้ร่วมวิจัยที่ผ่านการเรียนรู้การเก็บข้อมูลโดยชุดที่ 1 จะทำการทบทวนเวชระเบียน ชุดที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่ม

ตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้เซ็นชื่อลงในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 นาที

3. ตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ NSTPH 085/2566 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2566 ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามข้อกำหนดการวิจัยที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยได้รับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปของการสรุปผลการวิจัยในภาพรวม โดยจะไม่ปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดความเสียหายต่อร่างกายและจิตใจ จะไม่มีอันตรายใดๆ ตลอดการวิจัยนี้ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพวิเคราะห์ด้วยสถิติสถิติพรรณนา (Descriptive statistic)
2. การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้สถิติไคสแควร์ และ Pearson's Correlation Coefficient

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (n= 101, 72.1%) ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 72.27 ปี (S.D= 9.341) อายุต่ำสุด 40 ปี และอายุสูงสุด 89 ปี

ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (n= 114, 81.4%) และมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (n=100, 71.4%) การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ว่างงานหรือแม่บ้าน/พ่อบ้าน (n= 102, 72.9%) และส่วนใหญ่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลับตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (n=106, 75.7%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลัก (n=124, 88.6%)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2.1) ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า เพศ ผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ต่อภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_{xy} = .175, .189$ ) ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำต่อภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_{xy} = -.191$ ) ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานทางบวกในระดับต่ำ ส่วนระยะเวลาการเป็นโรคความดันมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r_{xy} = .239, r_{xy} = .483$ ) (ดังแสดงตามตารางที่ 1)



**ตารางที่ 1** แสดงปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยภาวะสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ Pearson product-moment correlation coefficient (n=140)

ตัวแปร		S.D.	X <sub>1</sub>	X <sub>2</sub>	X <sub>3</sub>	X <sub>4</sub>	X <sub>5</sub>	X <sub>6</sub>	X <sub>7</sub>	X <sub>8</sub>	X <sub>9</sub>	X <sub>10</sub>	Y <sub>1</sub>
X <sub>1</sub>	1.72	.450	1	.057	.048	.106	.064	.127	-.057	.042	-.581**	-.581**	.175 <sup>†</sup>
X <sub>2</sub>	71.27	9.341		1	-.073	.063	.061	.133	-.175*	.125	-.243**	-.204*	-.035
X <sub>3</sub>	3.10	.969			1	.017	.239**	.060	.038	-.006	-.103	-.020	-.191*
X <sub>4</sub>	2.53	.694				1	.483**	.122	.231**	.118	-.138	-.086	-.010
X <sub>5</sub>	2.43	.930					1	.093	.061	.117	-.127	-.061	-.059
X <sub>6</sub>	1.89	.319						1	-.037	-.197*	-.055	-.077	-.086
X <sub>7</sub>	1.54	.868							1	.121	.081	-.072	.146
X <sub>8</sub>	1.88	1.249								1	.000	-.149	.189*
X <sub>9</sub>	1.18	.469									1	.494**	-.124
X <sub>10</sub>	1.16	.437										1	-.110

\*p<.05, \*\*p<.01

**หมายเหตุ :** x1 = เพศ, x2 = อายุ, x3 = ดัชนีมวลกาย, x4 = ระยะเวลาการป่วยโรคเบาหวาน, x5 = ระยะเวลาการป่วยโรคความดันโลหิตสูง, x6 = โรคร่วม, x7 = การรักษา, x8 = ผู้ดูแลหลัก, x9=ประวัติสูบบุหรี่, x10=ประวัติการดื่มเหล้า, Y1 = ค่า eGFR

2.2) ปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันแอลดีแอล มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05 (rxy= .171, .185) นอกจากนี้พบว่า ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับระดับไขมันโคเลสเตอรอลทางบวกที่ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (rxy= .302) (ดังแสดงตามตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** แสดงปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ Pearson product-moment correlation coefficient (n=140)

ตัวแปร		S.D.	X <sub>1</sub>	X <sub>2</sub>	X <sub>3</sub>	X <sub>4</sub>	X <sub>5</sub>	X <sub>6</sub>	X <sub>7</sub>	X <sub>8</sub>	Y <sub>1</sub>
X <sub>1</sub>	1.59	.921	1	.195*	.302**	.022	.081	.172*	.015	.041	.171*
X <sub>2</sub>	1.79	.435		1	.171*	.233**	.091	.207*	.260**	.226**	.055
X <sub>3</sub>	.41	.507			1	.214	.099	.348**	.305**	.112	.064
X <sub>4</sub>	.43	.497				1	.355**	.145	.089	.028	-.083

ตัวแปร		S.D.	X <sub>1</sub>	X <sub>2</sub>	X <sub>3</sub>	X <sub>4</sub>	X <sub>5</sub>	X <sub>6</sub>	X <sub>7</sub>	X <sub>8</sub>	Y <sub>1</sub>
X <sub>5</sub>	.50	.562					1	.244**	.017	.049	.014
X <sub>6</sub>	.60	.502						1	.175*	.064	.185*
X <sub>7</sub>	1.26	1.020							1	.197*	.082
X <sub>8</sub>	.98	.145								1	.071

\*p<.05, \*\*p<.01

หมายเหตุ: x1 =ระดับความดันโลหิต, x2 =ระดับน้ำตาลสะสม, x3 =ระดับไขมันโคเลสเตอรอล, x4 =ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์, x5 = ระดับไขมันเอชดีแอล, x6 =ระดับไขมันแอลดีแอล, x7=ผลการตรวจตา, x8=ผลการตรวจเท้า, Y1 = ค่าeGFR

### 3. ปัจจัยภาพรวมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า เพศ ระดับความดันโลหิต ผู้ดูแลหลัก และระดับไขมันแอลดีแอล มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r_{xy} = .175, .171, .189, .185$  ตามลำดับ) ในขณะที่เดียวกันพบว่าปัจจัยด้านน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทางลบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.01 ( $r_{xy} = -.215$ ) และ

ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทางลบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.05 ( $r_{xy} = -.191$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าการรักษาโดยยาในกลุ่ม Biguanide มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทางลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.01 ( $r_{xy} = -.384$ ) และปัจจัยด้านระดับserum creatinine มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01( $r_{xy} = .541$ ) (ดังแสดงตามตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยภาพรวมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ Pearson product-moment correlation coefficient (n=140)

ตัวแปร	เพศ	น้ำหนัก	ดัชนีมวลกาย	ระดับความดันโลหิต	ยากลุ่ม biguanide	ผู้ดูแลหลัก	LDL	Serum Cr	
ค่า eGFR ระดับ 3	Pearson Correlation	.175*	-.215**	-.191*	.171*	-.384**	.189*	.185*	.541**

\*p<.05, \*\*p<.01

## อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า เพศ ผู้ดูแลหลัก ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.1 ซึ่งเพศหญิงมีปัญหาการสูญเสียความสมดุลของแร่ธาตุแคลเซียมและฟอสเฟต มีภาวะโลหิตจางได้มากกว่าเพศชายทำให้มีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังได้มากกว่าสอดคล้องกับการศึกษาของกมลวรรณสารและคณะ(2559) ที่ทำการศึกษานิต retrospective study ในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคไตเรื้อรังเป็น 1.37 เท่าของเพศชาย น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย ในกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ร้อยละ 47.1 ซึ่งมีผลต่อการเสื่อมของไตที่เร็วขึ้นเนื่องจากในผู้ป่วยโรคอ้วนไตจะมีอัตราการกรองของเสียสูงกว่าคนปกติ และมีไขมันในเลือดสูงในปัสสาวะในปริมาณที่มากขึ้น เมื่อไตทำงานหนักเป็นเวลานานก็จะทำให้ไตเสื่อมเร็ว นอกจากนี้ยังพบว่าการเพิ่มขึ้นของเซลล์ไขมันทั่วร่างกายจะทำให้มีการ หลั่งสารในขบวนการอักเสบต่างๆ ออกมาสู่กระแสเลือด ซึ่งสารเหล่านี้มีส่วนทำให้เซลล์ของไตทำงานผิดปกติตามมาในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของคันสนีย์ เขาวนเกตุ(2564) ที่พบว่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เพิ่มขึ้น โดยน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นรวมทั้งการมีไขมันสะสมในอวัยวะภายใน ซึ่งทำให้ไตถูกกดเบียดส่งผลให้เกิดการอุดตันของโซเดียมที่ไตเพิ่มขึ้น ซึ่งมีการตอบสนองโดยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในไต ทำให้ไตต้องทำงานหนักจนทำให้หน่วยไตเกิดความเสียหายในที่สุด และทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้นตามมา กลไกเหล่านี้จะยิ่งทำให้ไตเสียหายมากขึ้นเรื่อยๆ ปัจจัยด้านผู้ดูแลหลักจากข้อมูลการวิจัยผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.27 ปีซึ่งเป็นวัยสูงอายุ และจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.71 พักอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน จึงมีผู้คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเอง ส่วน

ใหญ่มีผู้ดูแลหลักคือบุตร ซึ่งทำงานอยู่ที่บ้าน สามารถให้การดูแล ส่งเสริมและช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ (2554) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองและควบคุมโรค ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคและความรุนแรงของอาการลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง ช่วยลดความเครียด ส่งเสริมให้การต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลดีขึ้น ส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการสุขภาพที่ดี

ปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ได้แก่ ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันแอลดีแอล สามารถอธิบายได้ว่า จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตส่วนใหญ่มีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูงร้อยละ 93.6 และโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 79.3 ซึ่งระดับความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่นานจะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวขึ้น และรูของหลอดเลือดเล็กลง ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง อวัยวะต่างๆ ทำงานได้ไม่เป็นปกติ ฉะนั้นไตซึ่งเป็นอวัยวะที่มีหลอดเลือดมากที่สุดในร่างกาย และทำหน้าที่กรองของเสียออกจากเลือด ความดันโลหิตสูงจึงมีผลต่อหลอดเลือดที่ไต ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ ไตจึงเสื่อมสมรรถภาพเกิดภาวะไตเสื่อมจนถึงขั้นไตวายเรื้อรังได้ สอดคล้องกับธัญญพัทธ์ สุนทรานุรักษ์และคณะ(2563) ที่พบว่าการมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้เพิ่มโอกาสการเกิดภาวะไตเสื่อมเพราะระดับไขมันในเลือดที่สูงขึ้นจะทำให้เกิดพยาธิสภาพทางไต เกิดหลอดเลือดโคเลอรูลัสแข็งตัว จึงทำให้อัตราการกรองของไตลดลง เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะไตเสื่อม และสอดคล้องกับการศึกษาของกุลลดา เลี้ยวเสถียรวงศ์ และปัทมพร อภัยจิตต์ (2566) ที่พบว่าปัจจัยด้านภาวะไขมันในเลือดสูง มีผลต่อภาวะไตเสื่อมใน 1 ปี ร้อยละ 56.1 และมีโอกาสเกิดภาวะไตเสื่อมมากกว่า 1.225 ของผู้ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาการเป็นโรคไต และ serum creatinine ยังมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไต สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่พบภาวะแทรกซ้อนทางไตมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 72.14 (n=101) มีค่า serum creatinine > 1.7 mg% ร้อยละ 30.71 (n=46) สอดคล้องกับการศึกษาของ สิทธิ ฤกษ์ โภษุณย์ (2563) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่มีค่า serum creatinine มากกว่า 1.4 mg% มีโอกาสที่จะพบภาวะแทรกซ้อนทางไตมากกว่า กลุ่มที่มีค่า serum creatinine น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.4 mg% ถึง 2 เท่า ส่วนการรักษาโดยยาในกลุ่ม biguanide มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไต อธิบายได้จากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560 ประเทศไทย ยา Metformin เป็นยาลดระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่ม biguanide มีข้อบ่งใช้สำหรับรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยานี้ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคไตที่มีค่าอัตราการกรองของไต < 30 ml/min/1.73m<sup>2</sup> เพราะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Lactic acidosis และควรลดขนาดยาในผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไต < 45 ml/min/1.73m<sup>2</sup> โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่มีอัตราการกรองของไตในช่วง 30-59 ml/min/1.73m<sup>2</sup> มีการใช้ Metformin ร้อยละ 79.28 (n=111) ส่วนผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไต < 29 ml/min/1.73m<sup>2</sup> มีการใช้ยา Metformin ร้อยละ 2.85 (n=4) สอดคล้องกับการศึกษาของพัลลภ สกฤตทองถวิล (2562) พบว่า การได้รับยาเบาหวานชนิดที่ 2 รับประทานเมื่อเทียบกับการรับการรักษา

## เอกสารอ้างอิง

- กมลวรรณ สารระ, สมชาย สุริยะไกร และจุไร รัตน์ทมนันท์.(2559) .ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 – 5 ใน โรงพยาบาลตระการพิชผล จังหวัดอุบลราชธานี.The National and International Graduate Research Conference 2016. Graduate School, Khon Kaen University, and Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Indonesia. Khon Kaen ; 2016 ,887-94.
- กุลลดา เลี้ยวเสถียรวงศ์ และปัทมพร อภัยจิตต์.(2566).ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 38 (3) ,605-616.
- ณิชนานต์ วงษ์ประกอบ และลลวิ ปิยะบัณฑิตกุล.(2560).ปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, 23(2) ,94-106.
- ณิชาภัทร ยอดแก้วและพรนภา ศุภเวทย์ศิริ.(2562). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไต เรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 26(2) ,24–35.

ด้วยยาฉีดอินซูลิน ช่วยลดความเสี่ยงการเกิดภาวะไมโครอัลบูมินูเรียลง ร้อยละ 70 แต่อย่างไรก็ตาม ควรระมัดระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไต < 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>

## ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต
2. การศึกษาครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบบริการวางแผนการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ระยะแรก

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความสะดวกและอำนวยความสะดวกจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่ายที่ต้องกล่าวถึงและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวไทร หัวหน้าพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะและตรวจเครื่องมือการวิจัย ผู้ช่วยนักวิจัยที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยทุกคน และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

- ธัญญพัทธ์ สุนทรานุรักษ์, นวลอนงค์ หุ่นบัวทอง และ อังพร แสงอุทัย.(2563). ผลของโปรแกรมการควบคุมอาหารชะลอไตเสื่อมในคลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. The COVID-19 Pandemic Issue (PCFM), 3(2) ,87-97.
- พัลลภ สุกุลทองถวิล.(2562). ความชุกและปัจจัยสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะไมโครอัลบูมินูเรียเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 .วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 5(4), 21-29.
- เพ็ญศรี จิตต์จันทร์.(2554). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภทรพรรณ อุณาภาคและขวัญชัย รัตนมณี.(2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัด สมุทรสงคราม. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา,10(2), 44-54.
- วารินภูษิตา มุลทองศรี และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์.(2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ตำบลกุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย.วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 21(3),151-160.
- คันสนีย์ เขาวนเกต.(2564).อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 6 (3) ,76-83.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2560). สถานการณ์โรคเบาหวานของประเทศไทยและแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ค้นเมื่อตุลาคม 6 ,2566,จาก<https://www.dmthai.org/attachments/article/guideline-diabetes-care-2017.pdf>
- สิทธิ์ ภาคไพบูลย์.(2563).ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร.วารสารกรมการแพทย์, 45(2),12-18.



# ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุข ในตำบลคูริง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร

## The Relationship between Work Motivation and Organizational Commitment of Village Health Volunteer Tambon Kuring Thasae District, Chumphon.

ปรัช บุกญวี

Pruch Bunkawee

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคูริง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร  
Kuring Health Promoting Hospital Thasae District, Chumphon.

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร 2. เพื่อศึกษาระดับความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขใน ตำบลคูริง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร และ 3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการทำงานที่แตกต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร มีจำนวนทั้งหมด 93 คน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายผลการศึกษา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ โดยวิเคราะห์ประมวลผล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS (Statistical Package for Social Science) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One - Way ANOVA) ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรที่มากกว่า 2 ตัวขึ้นไป และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการทำงาน 1) ด้านความสำเร็จในการทำงาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 2) ด้านการยอมรับโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 3) ด้านลักษณะงาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 4) ด้านความรับผิดชอบ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 และ 5) ด้านความก้าวหน้า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่างแรงจูงใจในการทำงานที่แตกต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร พบว่า แรงจูงใจในการทำงาน ไม่สามารถนำมาใช้ในการอธิบายความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพรได้ หรือแรงจูงใจในการทำงาน ที่แตกต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร ไม่แตกต่างกัน

**คำสำคัญ :** แรงจูงใจในการทำงาน, ความผูกพันต่อองค์กร, อาสาสมัครสาธารณสุข

### Abstract

The objectives of this research study were 1) to study the level of motivation for the work of public health volunteers in Kuring Subdistrict, Tha Sae District, Chumphon Province, 2) to study the level of commitment to the organization of public health volunteers in Kuring Subdistrict, Tha Sae District, Chumphon Province, and 3) to analyze the relationship between different work motivations affecting organizational commitment of public health volunteers in Kuring Subdistrict, Tha Sae District, Chumphon Province. It is quantitative research. The sample group being public health volunteers in Kuring Subdistrict, Tha Sae District, Chumphon Province, total 93 people. Data were analyzed to explain the results of the study with frequency distribution, percentage, mean, standard deviation test

relationship to analyzing and processing by the statistical package SPSS (Statistical Package for Social Science), one-way analysis of variance (One - Way ANOVA) is used to compare Differences between more than 2 variables and analyze multiple regression equations (Multiple Regression Analysis) The results of the study found that work motivation

- 1) work success overall, it is at a high level. that has an average of 4.05
- 2) Overall acceptance is at a high level. that has an average of 3.57.
- 3) work characteristics Overall, it is at a high level. that has an average of 3.99
- 4) Responsibility Overall, it is at a high level. that has an average of 4.06 and
- 5) progress Overall, it is at a high level. that has an average of 4.19

The results of the analysis of the relationship of variables between different work motivations affect organizational commitment of public health volunteers in Kuring Subdistrict, Tha Sae District, Chumphon Province. It was found that work motivation. Its cannot be used to explain the commitment to the organization of public health volunteers in Kuring Subdistrict, Tha Sae District, Chumphon Province. or motivation to work different factors affect the commitment to the organization of public health volunteers in Kuring Subdistrict, Tha Sae District, Chumphon Province.

**Keywords :** Work motivation, Organizational commitment, Public health volunteers

## บทนำ

ตำบลคูริง ตั้งอยู่ในอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร มีอาณาเขตติดต่อพื้นที่หลายตำบลของอำเภอท่าแซะ อยู่ห่างจากตัวอำเภอท่าแซะ เป็นระยะทางประมาณ 7 กิโลเมตร ประกอบด้วย หมู่บ้านในการปกครอง 7 หมู่บ้าน ซึ่งมีประชากรเฉลี่ยประมาณ 3,468 คน มีจำนวนหลังคาเรือน 1,089 ครัวเรือน ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนปาล์มน้ำมันเป็นหลัก รองลงมาคือ ทำสวนยางพารา สับปะรด กาแฟ และเลี้ยงสัตว์ ข้อมูลด้านระบบสาธารณสุขนั้น ในอดีตมีสถานบริการสุขภาพ 2 แห่ง ตั้งอยู่ในพื้นที่ หมู่ที่ 4 บ้านท่าลานทอง และหมู่ที่ 5 บ้านนาโครงช้าง ต่อมาได้ปรับปรุงและยกระดับให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูริง ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในพื้นที่ ดำเนินการและประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุข การดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เป็นภาคีเครือข่ายระดับปฐมภูมิ ที่มีบทบาทหน้าที่ให้บริการแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานและสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนอย่างสมดุล ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค การรักษา

พยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ (สำนักงานวิจัยและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ, 2552) ต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มกำลังคนและพัฒนาศักยภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ให้มีความสามารถเข้ามาช่วยงานในสายงานสาธารณสุขได้ คือ การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการบริการประชาชนในพื้นที่ได้ครอบคลุมทั่วถึงมากยิ่งขึ้น ปัจจุบันตำบลคูริง มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขทั้งสิ้น 121 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวง

สาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ในหมู่บ้าน/ชุมชน และต้องเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกผ่านการอบรม และได้รับการประเมินความรู้ความสามารถ ทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบ อายุบัตร และสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

ถึงแม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นบุคคลที่มีความสมัครใจที่เข้ามาคัดเลือกเพื่อให้ได้รับการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว แต่ยังคงพบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยพบว่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ข้อที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ขาดขวัญกำลังใจ และในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น เช่น โรคติดต่อที่นำโดยแมลง โรคติดต่อเรื้อรัง โรคระบาดอุบัติใหม่ เป็นต้น ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการทำงานกับความผูกพันองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร ในครั้งนี้และนำข้อมูลดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินการพัฒนาระบบงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร
2. เพื่อศึกษาระดับความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับแรงจูงใจในการทำงานกับระดับความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการทำงานกับความผูกพันองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร สามารถนำมาสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ต้องการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย แสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย

#### ตัวแปรอิสระ

(Independent Variable)

- ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร
1. ผู้บังคับบัญชา (Manager)
  2. การร่วมมือ (Collaboration)
  3. ผู้บริหารระดับสูง (Senior Leadership)
  4. ค่าตอบแทน (Rewards)
  5. การสนับสนุน (Enablement)
  6. การเรียนรู้และการปรับเลื่อนตำแหน่ง (Learning and Advancement)

#### ตัวแปรตาม

(Dependent Variable)

- ปัจจัยที่ส่งผลต่อแรงจูงใจในการทำงาน
1. ความสำเร็จในการทำงาน
  2. การยอมรับ
  3. ลักษณะงาน
  4. ความรับผิดชอบ
  5. ความก้าวหน้า



## ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการทำงานกับความผูกพันองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอท่าชะงะ จังหวัดชุมพร เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ซึ่งใช้การวิเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Documentary Research) และใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ผล โดยเป็นเครื่องมือทางสถิติ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คืออาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอท่าชะงะ จังหวัดชุมพร จำนวน 121 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอท่าชะงะ จังหวัดชุมพร มีจำนวนทั้งหมด 121 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566) ดังนั้น ทางที่ปรึกษาจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากจำนวนบุคลากรทั้งหมด ตามสูตรการคำนวณของ Yamane, T. (1967) ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) แบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลื่อน 5%

$$\text{สูตรที่ใช้ในการหากลุ่มตัวอย่าง } n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

โดย  $n$  คือ ขนาดของตัวอย่างที่ควรสุ่ม

$N$  คือ ขนาดของประชากรทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษา

$e$  คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกำหนดไว้ไม่เกิน 0.05

$$n = \frac{121}{1+121(0.05)^2} = 92.89$$

จากการแทนค่าในสูตรพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการทำวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 93 คน

### เครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการทำงานและความผูกพัน

องค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอท่าชะงะ จังหวัดชุมพร ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าข้อมูลและการทบทวนเอกสารแนวคิด ทฤษฎีและการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทฤษฎีเกี่ยวข้องเพื่อสร้างเป็นเครื่องมือแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน สถานะของบุคลากร และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งเป็นคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Check List) มีข้อความ 5 ข้อ โดยให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวที่เป็นจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับลักษณะงานความรับผิดชอบและความก้าวหน้า เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบสามารถเรียงลำดับ (Ranking Question) (บุรินทร์รวิทย์ พ่วนอ้อย, 2565) 5 ระดับในการวัด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ระดับ 5) เห็นด้วย (ระดับ 4) ไม่แน่ใจ (ระดับ 3) ไม่เห็นด้วย (ระดับ 2) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ระดับ 1) ตามเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50- 5.00 หมายถึง มีสภาพการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50- 4.49 หมายถึง มีสภาพการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50- 3.49 หมายถึง มีสภาพการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50- 2.49 หมายถึง มีสภาพการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00- 1.49 หมายถึง มีสภาพการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร ประกอบด้วย ผู้บังคับบัญชา (Manager) การร่วมมือ (Collaboration) ผู้บริหารระดับสูง (Senior Leadership) ค่าตอบแทน (Rewards) การสนับสนุน (Enablement) และการเรียนรู้และการปรับเลื่อนตำแหน่ง (Learning and Advancement) (บุญชนะ เมฆโต. (2560)) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบสามารถเรียงลำดับ (Ranking Question) 5 ระดับในการวัด 5 ระดับ คือ เห็นด้วย

อย่างยิ่ง (ระดับ 5) เห็นด้วย (ระดับ 4) ไม่น่าใจ (ระดับ 3) ไม่เห็นด้วย (ระดับ 2) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (ระดับ 1) ตามเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50- 5.00 หมายถึง มีสภาพการปฏิบัติ อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50- 4.49 หมายถึง มีสภาพการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50- 3.49 หมายถึง มีสภาพการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50- 2.49 หมายถึง มีสภาพการปฏิบัติ อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00- 1.49 หมายถึง มีสภาพการปฏิบัติ อยู่ในระดับน้อยที่สุด

### ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษารายละเอียดของเนื้อหาที่เกี่ยวข้องจาก เอกสาร ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดโครงสร้าง และเนื้อหาของแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวทางในการสร้างข้อคำถาม

2. ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมตัวแปรที่จะศึกษา

3. พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องด้านภาษา แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องและสมบูรณ์ครบถ้วน

4. นำแบบสอบถาม ที่ได้ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการหาค่า IOC อยู่ในช่วงระหว่าง 0.5 ขึ้นไป มาใช้เป็นข้อคำถามในแบบสอบถาม

5. นำแบบสอบถามที่มีความตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability)

6. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้าย แล้วนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

โดยแบบสอบถาม และหาความเชื่อมั่นของคำถาม โดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach) (Cronbach, 1970))

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right]$$

เมื่อ  $\alpha$  แทน สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

$K$  แทน จำนวนข้อของเครื่องมือวัด

$\sum S_i^2$  แทน ผลรวมของความแปรปรวนของแต่ละข้อ

$S^2$  แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวม

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ได้สร้างขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบนั้น ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความตรง (Validity) และความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถามก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง ดังนี้ คือ

1. นำแบบสอบถามไปตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

2. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ฉบับ จากนั้น นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach Method) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) รวบรวมข้อมูลจากการเก็บแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 93 ชุด จะดำเนินการส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยตลอดจนลักษณะของแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

2. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) การเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากการสืบค้นข้อมูลทบทวนผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลงานวิจัยที่มีอยู่เดิม เช่น การสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล THAIJO คลังข้อมูลงานวิจัยไทย (TNRR) จากฐานข้อมูลงานวิจัยที่ห้องสมุดมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชนและเว็บไซต์ต่างๆ รวมถึงการศึกษาข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร และประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร

### สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทฤษฎีทางสถิติมาวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ที่มีดังนี้

1. ค่าความถี่และค่าร้อยละ เพื่อใช้อธิบายข้อมูลส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากร
2. ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D. (Standard deviation) ใช้อธิบายค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร และส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร
3. การทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติเชิงอ้างอิงเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในส่วนที่ 2 แรงจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และส่วนที่ 3 ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร และทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยใช้การวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปร (Multiple Regression Analysis) และทำการสรุปผลสมมติฐานที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05%

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หมายเลขรับรอง 060/2566 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2566

### ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 88.2 มีอายุ 41-50 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 45.2 มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 6-10 ปี จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 55.9 ทั้งหมดเป็น อสม. จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่สมรส จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 79.6 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 69.9 มีเงินเดือนต่อเดือนต่ำกว่า 20,000 บาท จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 76.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแรงจูงใจในการทำงานสรุปได้ดังนี้

1. ด้านความสำเร็จในการทำงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 เมื่อพิจารณาเป็นข้อย่อยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าท่านคิดว่าท่านปฏิบัติงานในหน้าที่ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมาย มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 รองลงมา คือ ท่านคิดว่าท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของผลสำเร็จของงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 และน้อยที่สุด ท่านคิดว่าท่านปฏิบัติงานพิเศษที่ได้รับมอบหมายสำเร็จตามเป้าหมาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99
2. ด้านการยอมรับโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 เมื่อพิจารณาเป็นข้อย่อยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าท่านคิดว่าผลงานของท่านได้รับการยอมรับจากผู้บริหารและเพื่อนร่วมงานมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 รองลงมา คือ ท่านคิดว่า การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขทำให้ท่านได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 และน้อยที่สุด ท่านคิดว่าท่านได้รับการยกย่องชมเชยจากผู้บริหารเมื่อปฏิบัติงานเป็นผลสำเร็จ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.04
3. ด้านลักษณะงาน โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 เมื่อพิจารณาเป็นข้อย่อยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าท่านคิดว่าลักษณะงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต้องใช้ความละเอียดรอบคอบ ทุกครั้งที่ปฏิบัติหน้าที่มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.09 รองลงมา คือ ท่านคิดว่างานที่ปฏิบัติอยู่เปิดโอกาสให้ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 และน้อยที่สุด ท่านคิดว่าลักษณะงานของอาสาสมัคร

สาธารณสุขมีความยุ่งยาก ซับซ้อนต้องทำความเข้าใจ ก่อนถึงจะปฏิบัติงานได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92

4. ด้านความรับผิดชอบ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 เมื่อพิจารณาเป็นข้อย่อยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าท่านคิดว่า ลักษณะงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต้องรักษาเวลา และสิ่งที่ได้รับมอบหมายมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.22 รองลงมา คือ ท่านคิดว่าลักษณะงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต้องมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยของตนเอง สูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.06 และน้อยที่สุด ท่านคิดว่า ลักษณะงานของอาสาสมัครสาธารณสุขควรมีการรายงานความก้าวหน้าของงานที่รับผิดชอบให้หัวหน้างานได้ทราบ อยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91

5. ด้านความก้าวหน้า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.19 เมื่อพิจารณาเป็นข้อย่อยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าท่านคิดว่าการทำงานที่อาสาสมัครสาธารณสุขทำให้ท่านมีโอกาสในการอบรมความรู้และพัฒนาความก้าวหน้าของตนเองมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 รองลงมา คือ ท่านคิดว่าการทำงานที่อาสาสมัครสาธารณสุขทำให้ท่านได้พัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองมากยิ่งขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.14 และน้อยที่สุด ท่านคิดว่าการทำงานที่อาสาสมัครสาธารณสุขทำให้ท่านมีความกล้าและได้เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ที่จะทำสิ่งใหม่ๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตตำบลคูริง อำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร สรุปได้ดังนี้

1. ด้านผู้บังคับบัญชา (Manager) โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 เมื่อพิจารณาเป็นข้อย่อยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าท่านได้รับคำแนะนำอย่างถูกต้องและได้รับความช่วยเหลือที่มีประโยชน์จากหัวหน้างานเมื่อประสบปัญหาหนักที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 รองลงมา คือ หัวหน้างานเอาใจใส่และมองเห็นความพยายามในการปฏิบัติงานของท่าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 และน้อยที่สุด หน่วยงานของท่านตั้งเป้าหมายอย่างชัดเจน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87

2. ด้านการร่วมมือ (Collaboration) โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 เมื่อพิจารณาเป็นข้อย่อยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าท่านและเพื่อนร่วมงานสามารถทำงานด้วยกันได้อย่างราบรื่นมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 รองลงมา คือ ท่านได้รับความร่วมมือที่ดีในการปฏิบัติงานร่วมกับฝ่ายสำนักอื่นๆ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 และน้อยที่สุด ท่านและเพื่อนร่วมงาน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.55

3. ด้านผู้บริหารระดับสูง (Senior Leadership) โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 เมื่อพิจารณาเป็นข้อย่อยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าหัวหน้างานมีการกำหนดทิศทางในการปฏิบัติงานได้อย่างชัดเจนมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 รองลงมา คือ หัวหน้างานของท่านมีการสื่อสารการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 และน้อยที่สุด ท่านรู้สึกอบอุ่นใจเมื่อปฏิบัติงานร่วมกับหัวหน้างานของท่าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83

4. ด้านค่าตอบแทน (Rewards) โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.04 เมื่อพิจารณาเป็นข้อย่อยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่ารายได้ค่าตอบแทน และสวัสดิการที่ได้รับในปัจจุบัน มีความเหมาะสมกับปริมาณ หรือภารกิจที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 รองลงมา คือ ค่าตอบแทนเป็นธรรมและเหมาะสมกับปริมาณงานที่รับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 และน้อยที่สุด ท่านรู้สึกว่าคุณค่าตอบแทนที่ท่านได้รับ มีความเหมาะสมเมื่อเทียบกับผู้ปฏิบัติงานในลักษณะเดียวกันในสายงานอื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.84

5. ด้านการสนับสนุน (Enablement) โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.12 เมื่อพิจารณาเป็นข้อย่อยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าองค์กรของท่านมีเครื่องมือและทรัพยากรที่สนับสนุนการสร้างผลงานอย่างเพียงพอมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 รองลงมา คือ องค์กรของท่านมีขั้นตอนการทำงานที่สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขสร้างผลงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 และน้อยที่สุด องค์กรของท่านมีการสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้นได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.70

6. ด้านการเรียนรู้และการปรับเลื่อนตำแหน่ง (Learning and Advancement) โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05 เมื่อพิจารณาเป็นข้อย่อยพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าองค์กรของท่านให้การสนับสนุนในด้านการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะต่างๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 รองลงมา คือ องค์กรของท่านเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมและเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ อยู่เสมอ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 และน้อยที่สุด ท่านหรือทายาทของท่านมีโอกาสในการรับทุนเพื่อศึกษาต่อจากองค์กรของท่าน เช่น พยาบาล, ทันตสาธารณสุข, นวก.สาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.95 ผลการวิเคราะห์ค่าความผิดพลาดมาตรฐานต่ำสุดเท่ากับ 0.929 และมีค่าสัมประสิทธิ์ตัวกำหนด

R Square ซึ่งแสดงถึงอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม มีค่าเท่ากับ 0.005 แสดงว่าตัวแปรทั้งปัจจัยสามารถอธิบายความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร ได้ร้อยละ 0.5 ส่วนที่เหลือร้อยละ 99.5 เกิดจากอิทธิพลจากปัจจัยอื่น และพบว่ามีค่า Sig. เท่ากับ 0.509 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่ 0.05 แสดงว่ามีแรงจูงใจในการทำงาน ไม่สามารถนำมาใช้ในการอธิบายความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร ได้ หรือแรงจูงใจในการทำงาน ที่แตกต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงไม่ต้องทำการวิเคราะห์ปัจจัยรายด้าน

**ตารางที่ 1** ตัวแบบที่ได้จากการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุคูณ (Model Summary)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
	0.069a	0.005	0.006	0.929

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าความผิดพลาดมาตรฐานต่ำสุดเท่ากับ 0.929 และมีค่าสัมประสิทธิ์ตัวกำหนด R Square ซึ่งแสดงถึงอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม มีค่าเท่ากับ 0.005 แสดงว่าตัวแปร

ทั้ง ปัจจัยสามารถอธิบายความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร ได้ร้อยละ 0.5 ส่วนที่เหลือร้อยละ 99.5 เกิดจากอิทธิพลจากปัจจัยอื่น

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณของตัวแบบ (Anova)

Model	sum of square	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	0.004	1	0.004	0.440	.509b
Residual	0.787	91	0.009		
Total	0.791	92			

จากตารางที่ 2 พบว่า F-test มีค่า Sig. เท่ากับ 0.509 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่ 0.05 แสดงว่ามีแรงจูงใจในการทำงาน ไม่สามารถนำมาใช้ในการอธิบายความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพรได้ หรือแรงจูงใจในการทำงาน

ที่แตกต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงไม่ต้องทำการวิเคราะห์ปัจจัยรายด้าน

## อภิปรายผล

อภิปรายผลของการศึกษาตามสมมติฐาน พบว่า ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่างแรงจูงใจในการทำงานที่แตกต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอกาบัง จังหวัดชุมพร พบว่า มีค่า Sig. เท่ากับ 0.509 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่ 0.05 แสดงว่ามีแรงจูงใจในการทำงาน ไม่สามารถนำมาใช้ในการอธิบายความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอกาบัง จังหวัดชุมพรได้ หรือแรงจูงใจในการทำงาน ที่แตกต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของอาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลคูริง อำเภอกาบัง จังหวัดชุมพร ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Agus Widarko · M. Khoiril Anwarodin, (2022). ที่พบว่า วัฒนธรรมองค์กรไม่ได้ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของพนักงานและไม่สามารถปรับปรุงพฤติกรรมการทำงานเป็นพลเมืองหรือ OCB ได้ OCB ไม่สามารถเป็นสื่อกลางระหว่างวัฒนธรรมองค์กรและประสิทธิภาพของ ASN การสนับสนุนโดยแรงจูงใจของ

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)., (2552) เข้าถึงได้จาก <http://www.nongkwang.go.th/site/attachments/article/97/1.pdf>
- เทียนศรี บางม่วงงาม. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ผ่านโครงการอบรมวิศวะกรใหม่กรณีศึกษา : บริษัทเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารจัดการองค์กร, มหาวิทยาลัยเกริก
- นนภครวัฒน์ กิรติพิพัฒน์กร. (2561). การศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงานแผนกแม่บ้านและแผนกต้อนรับส่วนหน้า สำหรับโรงแรมห้าดาวในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาลัยดุสิตธานีปีที่ 12 ฉบับพิเศษ เดือนพฤษภาคม 2561
- นิตยา บ้านโก. (2558). ปัจจัยที่มีผลกับความสัมพันธ์ของบุคลากรภาครัฐศูนย์ฝึกพณิชยการวิกรมเจ้าท่ากระทรวงคมนาคม. การค้นคว้าอิสระ รัฐศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารจัดการสาธารณะ) สาขาวิชาการบริหารจัดการสาธารณะ สำหรับนักบริหารคณะรัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญชนะ เมฆโต. (2560). อิทธิพลของสภาพแวดล้อมการทำงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อความผูกพันในองค์กรของมัคคุเทศก์. มหาวิทยาลัยคริสเตียน
- บุรินทร์วิทย์ พ่วนอยู่. (2565). แรงจูงใจการทำงานในยุคปรกติใหม่. วารสารวิชาการ สถาบันพัฒนาพระวิทยากร ปีที่ 5 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2565

พนักงานที่ดีและผลงานที่ดีจะทำให้พนักงานกำหนดทัศนคติต่อพฤติกรรมการทำงาน

## ข้อเสนอแนะของการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะของการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปดังนี้

1. เพื่อเป็นการศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับแรงจูงใจในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ต้องทำการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขโดยตรง เพื่อรับทราบเหตุผลของการปฏิบัติงานร่วมด้วย
2. ควรทำการศึกษาในเชิงนโยบายในการบริหารจัดการทรัพยากรอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ และการจัดสรรงบประมาณในการบริหารจัดการองค์กรร่วมด้วย
3. เนื่องจากความผูกพันในองค์กรเป็นพฤติกรรมที่ต้องสั่งสมกันโดยใช้ระยะเวลายาวนาน จึงควรแบ่งกลุ่มเฉพาะสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในแต่ละช่วงเวลาที่แตกต่างกันเพื่อให้เห็นถึงแรงจูงใจในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น



วิภาวรรณ จรัสกุล. (2560). “ภาวะผู้นำกับความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง.” วารสาร. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และองค์การ 9 (1): 80-102.

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. คนและงานใน รพ.สต.. เข้าถึงได้จาก [https://hrdo.org/wp-content/uploads/2021/07/HRDO-fact-sheet\\_9-ok.pdf](https://hrdo.org/wp-content/uploads/2021/07/HRDO-fact-sheet_9-ok.pdf) , (2552)

Agus Widarko · M. Khoirul Anwarodin. (2022). The purpose of this study was to analyze the effect of work motivation, organizational culture,

Greenberg, J. and Baron, R.A. Behavior in organization : Under standing and managing the human side of work. 5th ed. ... 23 (February 1993) : 49 – 54.

Yamane, T. (1967) Statistics An Introductory Analysis. 2nd Edition, Harper and Row, New York.

# ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ ของโรงพยาบาลกระบือ จังหวัดระนอง

Factors predicting to self-care behaviors of hypertensive patients who uncontrolled  
their blood pressure level in Kraburi hospital, Ranong province

จิรภา ชนะภัย

Jeerapa Chanapai

โรงพยาบาลกระบือ จังหวัดระนอง

Kraburi hospital, Ranong province

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะในการควบคุมความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 88 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการให้ข้อมูลข่าวสาร แบบสอบถามการสร้างแรงจูงใจ แบบสอบถามการพัฒนาทักษะ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่า CVI อยู่ระหว่าง 0.90-1.00 และค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ enter

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.40 มีอายุระหว่าง 52-55 ปี (Mean= 59.63 ปี, S.D.= 6.38 ปี) สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.70 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 39.80 จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.50 รายได้ครอบครัวเพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ร้อยละ 81.80 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 83.00 และระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2-8 ปี ร้อยละ 74.00 การให้ข้อมูลข่าวสารและการพัฒนาทักษะอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.23, S.D.= 0.94 และ Mean= 3.35, S.D.= 0.88 ตามลำดับ) การสร้างแรงจูงใจอยู่ในระดับดี (Mean=3.43, S.D.= 0.89) พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 2.15, S.D.= 0.59) ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีที่สุด คือ การพัฒนาทักษะ ( $\beta = 0.388$  ,  $p < .01$ ) รองลงมา คือ ข้อมูลข่าวสารและการสร้างแรงจูงใจ ( $\beta = 0.321$  และ  $\beta = 0.301$ ,  $p < .01$  ตามลำดับ) ซึ่งร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 20.30 (Adjusted R<sup>2</sup> = 0.203,  $p < 0.05$ )

ดังนั้น จากผลการศึกษาคั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

## Abstract

The objective of this descriptive research was to study factors predicting self-care behavior of hypertensive patients, who cannot control blood pressure level, in which consisted of providing information, motivation, and developing skills on controlling high blood pressure. The sample consisted of 88 hypertensive patients, whose blood pressure were not well controlled. Data were collected using a questionnaire on general information, providing information, motivation, skill development, and self-care behavior. Content validity were approved by 3 experts, yielding a CVI of 0.90-1.00. The



reliability was tested by Cronbach's alpha coefficient which showed a value of 0.91. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient, and enter multiple regression analysis.

The results revealed that most of the sample were female (53.40%), aged between 52-55 years (Mean = 59.63 years, S.D. = 6.38 years), 80.70% were married, 39.80% were employed, 54.50% graduated from high school, 81.80% had sufficient family income, 83.00% were single families, and most of the patients had high blood pressure for 2-8 years at 74.00%. Providing information and skill development were at a moderate level (Mean = 3.23, S.D.= 0.94 and Mean = 3.35, S.D.= 0.88 respectively). Motivation was at a good level (Mean = 3.43, S.D.= 0.89). Self-care behavior was at a moderate level (Mean = 2.15, S.D. = 0.59). The best predicting factor on self-care behavior was skill development ( $\beta = 0.388$ ,  $p < .01$ ), followed by information and motivation ( $\beta = 0.321$  and  $\beta = 0.301$ ,  $p < .01$  respectively), in which together could significantly predict self-care behavior by 20.30% (Adjusted R2 = 0.203,  $p < 0.05$ ).

Therefore, from the findings, this research results should be used as basic information for developing a care model of hypertensive patients, whose blood pressure were not well controlled, having self-care behaviors to control high blood pressure.

**Keywords:** Self-care behavior, Uncontrolled high blood pressure

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 คิดเป็น 13.8 ล้านคน มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนจำนวน 6,629,285 คน คิดเป็นร้อยละ 48 ได้รับการรักษา ร้อยละ 50 และประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยขึ้นทะเบียนสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 46.9 และยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (กรมควบคุมโรค, 2566)

จังหวัดระนองมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ.2563-2565 จำนวน 19,055, 19,762 และ 19,755 คน และ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถ

ควบคุมความดันโลหิต  $\leq 140/90$  mmHg พบ ร้อยละ 56.87, 62.55, 59.89 ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลกระบือโร โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่พบมากอันดับ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยนอก มีจำนวน 5,639, 5,820 และ 6,146 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ( $\leq 140/90$  mmHg) พบร้อยละ 54.92, 59.04 และ 59.74 ตามลำดับ (Health Data Center (HDC), 2023) เห็นได้ว่าผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้เพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้และควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีหลายแนวคิดที่กล่าวถึงปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมโรคได้

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง สอดคล้องกับแนวคิด Information-Motivation-Behavioral

Skills หรือ IMB Model ของ Fisher and Fisher (2009) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเชื่อว่า ทั้ง 3 ปัจจัยที่สามารถช่วยให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคได้ โดยส่งผลให้เกิดการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ และปฏิบัติการควบคุมโรคที่มีทักษะเฉพาะเจาะจงในการควบคุมโรค จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการควบคุมโรคที่ดีขึ้น (พงศธร ศีลาเงิน, 2560; พิทยา วามะพันธ์, 2563)

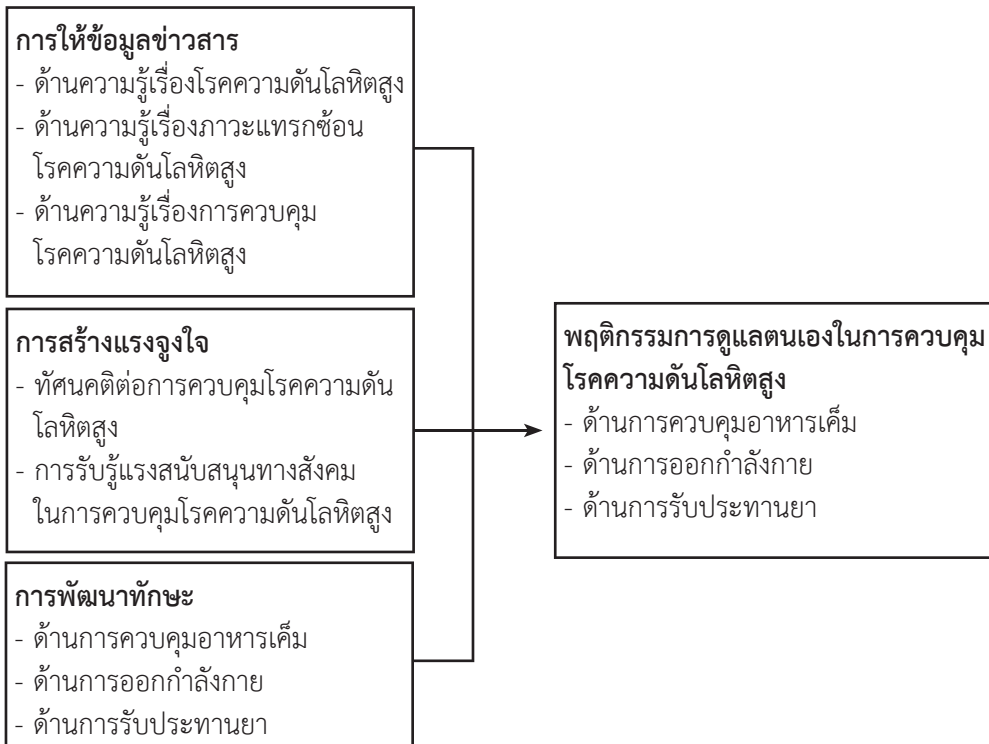
พฤติกรรม การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อควบคุมความดันโลหิตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมอาหารเค็ม การออกกำลังกาย และการใช้ยา (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2566) ซึ่งอาจมีผลจากปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถปฏิบัติการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ด้วยตนเอง และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องได้ (นวพร วุฒิธรรม, 2560).

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ของโรงพยาบาลกระบือ จังหวัดระนอง คือ การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง และวางแผนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ ในคลินิกความดันโลหิตของโรงพยาบาลกระบือต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้

### กรอบแนวคิดการศึกษา



## ระเบียบวิธีการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 2,222 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าทดสอบ (power analysis) ที่ระดับ .05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพล จากการวิจัยที่ผ่านมา เท่ากับ .35 เปิดตารางของ โพลิตและแบค (Polit & Back, 2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 คน

### การสุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเดียวกับกลุ่มประชากร โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้

### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง
2. เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีค่าความดันโลหิตครั้งสุดท้ายมากกว่า 140/90 mmHg
3. ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ ไตวาย เป็นต้น
4. เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ และสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดได้

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีภาวะทุพพลภาพ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น
2. ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง และลักษณะครอบครัวและบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย

ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม - มีนาคม 2567

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการให้ข้อมูลข่าวสาร

ดัดแปลงมาจากพิทยา วามะพันธ์ และคณะ (2563) ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนน 1-5 คะแนน โดยมีคำถามการให้ข้อมูลข่าวสาร 3 ด้าน คือ ด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ ด้านความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ และความรู้เรื่องการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ รวม 20 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง และแบ่งคะแนนตามเกณฑ์ของ Best (Best, 1977 อ้างใน รัชนิกร ทบประดิษฐ์, 2566) ได้ค่าของระดับคะแนนและแปลผลการให้ข้อมูลข่าวสาร

20-47 คะแนน หมายถึง มีการให้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับต่ำ

48-74 คะแนน หมายถึง มีการให้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง

75-100 คะแนน หมายถึง มีการให้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง

## ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสร้างแรงจูงใจ

ดัดแปลงมาจากเสงี่ยม จิวประดิษฐ์กุล (2563) และภฤตา แสงสินศร (2564) ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนน 1-5 คะแนน โดยมีคำถามการสร้างแรงจูงใจ 2 ด้าน คือ ด้านทัศนคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ รวม 20 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การสร้างแรงจูงใจ อยู่ในระดับสูง และแบ่งคะแนนตามเกณฑ์ของ Best (Best, 1977 อ้างใน รัชนิกร ทบประดิษฐ์, 2566) ได้ค่าของระดับคะแนนและแปลผลการสร้างแรงจูงใจ ได้ดังนี้

20-47 คะแนน หมายถึง มีการสร้างแรงจูงใจอยู่ในระดับต่ำ

48-74 คะแนน หมายถึง มีการสร้างแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง

75-100 คะแนน หมายถึง มีการสร้างแรงจูงใจอยู่ในระดับสูง

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการพัฒนาทักษะ  
ตัดแปลงมาจากวลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ และคณะ  
(2562) ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามประมาณค่า  
5 ระดับ มีคะแนน 1-5 คะแนน โดยมีคำถามการปฏิบัติ  
การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากความมั่นใจ  
ในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคความดัน  
โลหิตสูง 3 ด้าน คือ ด้านการควบคุมอาหารเค็ม จำนวน  
5 ข้อ ด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ และด้านการ  
ออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ คะแนน  
รวมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การ  
พัฒนาทักษะ อยู่ในระดับดี และแบ่งคะแนนตามเกณฑ์  
ของ Best (Best, 1977 อ้างใน รัชนิกร ทบประดิษฐ์,  
2566) ได้ค่าของระดับคะแนนและแปลผลการพัฒนา  
ทักษะ ได้ดังนี้

15-35 คะแนน หมายถึง มีการพัฒนาทักษะอยู่  
ในระดับต่ำ

36-55 คะแนน หมายถึง มีการพัฒนาทักษะอยู่  
ในระดับปานกลาง

56-75 คะแนน หมายถึง มีการพัฒนาทักษะอยู่  
ในระดับสูง

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล  
ตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตัดแปลงมา  
จากจินตนา จักรสิงห์โต และคณะ (2561) ลักษณะคำถาม  
เป็นแบบคำถามประมาณค่า 3 ระดับ มีคะแนน 1-3  
คะแนน โดยมีคำถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการ  
ควบคุมโรคความดันโลหิตสูง 3 ด้าน คือ ด้านการควบคุม  
อาหารเค็ม จำนวน 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน  
5 ข้อ และด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ รวม 20 ข้อ  
คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน คะแนนมาก  
หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมโรค  
ความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับดี และแบ่งคะแนนตาม  
เกณฑ์ของ Best (Best, 1977 อ้างใน รัชนิกร ทบประดิษฐ์,  
2566) ได้ค่าของระดับคะแนนและแปลผลพฤติกรรมการ  
ดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้ดังนี้

20-33 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแล  
ตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับ  
พอใช้

34-47 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแล  
ตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับ  
ปานกลาง

48-60 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแล  
ตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี

### การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามได้รับการประเมินค่าความตรง  
ของเนื้อหา (CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีคะแนน  
ระหว่าง 0.90-1.00 แล้วจึงนำไปทำ try out กับผู้ป่วย  
โรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง  
ที่จะศึกษา ในโรงพยาบาลละอูน จังหวัดระนอง จำนวน  
30 ราย แล้วนำมาคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์  
แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)  
ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

**ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล  
ด้วยตนเอง หลังผ่านการพิจารณาและได้รับการยอมรับ  
จากคณะกรรมการจริยธรรม แล้วขออนุญาตเก็บข้อมูล  
ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการ  
โรงพยาบาลกระบี่และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล  
เพื่อขอเก็บข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล  
โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- 2.1 ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำ  
คลินิก ขอทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง  
ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ ตามคุณสมบัติ  
ที่กำหนดที่มีรับการรักษาศึกษาในคลินิกความดันโลหิตสูงของ  
โรงพยาบาลกระบี่ แล้วนำรายชื่อมาสุ่มกลุ่มตัวอย่าง  
ด้วยวิธีการจับฉลาก

- 2.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง  
พูดคุย สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ  
วิจัย ระยะเวลา และขอความร่วมมือในการทำวิจัย  
ตามรายละเอียดในแบบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่ม  
ตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในแบบ  
พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างพร้อม ผู้วิจัยจึงแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการให้ข้อมูลข่าวสาร แบบสอบถามการสร้างแรงจูงใจ แบบสอบถามการพัฒนาทักษะ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้กับกลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลตนเองตามความเป็นจริงใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

2.4 ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย

2.5 ตรวจสอบข้อมูลในแต่ละชุดอีกครั้ง แล้วนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ไปวิเคราะห์ผลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient) และ Multiple regression

### ผลการศึกษา

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.40 มีช่วงอายุระหว่าง 52-55 ปี อายุเฉลี่ย 59.63 ปี (S.D. = 6.38 ปี) ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.70 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 39.80 การศึกษาเรียนจบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.50 มีรายได้ในครอบครัวมีเพียงพอเลี้ยงชีพ ร้อยละ 81.80 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 83.00 และระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 2-20 ปี ซึ่งส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 2-8 ปี ร้อยละ 74.00

#### ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ตามตัวแปรที่ศึกษา

1. การให้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 66.20 คะแนน (S.D.= 14.22 คะแนน) ซึ่งส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 48-74 คะแนน จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 57.94 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการให้ข้อมูลข่าวสาร จำแนกรายด้าน (n=88)

ตัวแปรการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
<b>การให้ข้อมูลข่าวสาร</b>		
$\bar{X}$ 66.20 คะแนน S.D. 14.22 คะแนน (Range 22-90)		
ระดับต่ำ (20-47)	16	18.20
ระดับปานกลาง (48-74)	51	57.94
ระดับสูง (75-100)	21	23.86
<b>การให้ข้อมูลข่าวสาร</b>		
1. ด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง (5 ข้อ)		
$\bar{X}$ 16.31คะแนน S.D. 3.34 คะแนน (Range 5-23)		
ระดับต่ำ (5-11)	7	7.90
ระดับปานกลาง (12-18)	56	63.70
ระดับสูง (19-25)	25	28.40
2. ด้านความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง (5 ข้อ)		
$\bar{X}$ 16.23 คะแนน S.D. 3.34 คะแนน (Range 5-22)		
ระดับต่ำ (5-11)	3	3.30
ระดับปานกลาง (12-18)	65	73.90
ระดับสูง (19-25)	20	22.80

ตัวแปรการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
3. ด้านความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง (10 ข้อ) $\bar{X}$ 31.91 คะแนน S.D. 6.76 คะแนน (Range 12-45)		
ระดับต่ำ (10-23)	14	15.70
ระดับปานกลาง (24-36)	57	65.00
ระดับสูง (37-50)	17	19.30

2. การสร้างแรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 68.63 คะแนน (S.D.= 15.86 คะแนน) ซึ่งส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 48-74 คะแนน จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 61.37 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสร้างแรงจูงใจ จำแนกรายด้าน (n=88)

ตัวแปรการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การสร้างแรงจูงใจ (ปรับร้อยละให้รวมแล้วเป็น 100) $\bar{X}$ 68.63 คะแนน S.D. 15.86 คะแนน (Range 24-96)		
ระดับต่ำ (20-47)	10	11.36
ระดับปานกลาง (48 - 74)	54	61.37
ระดับสูง (75-100)	24	27.27
1. ด้านทัศนคติต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง (10 ข้อ) $\bar{X}$ 32.48 คะแนน S.D. 7.78 คะแนน (Range 11-47)		
ระดับต่ำ (10-23)	10	11.50
ระดับปานกลาง (24-36)	54	61.30
ระดับสูง (37-50)	24	27.20
2. การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (10 ข้อ) $\bar{X}$ 36.10 คะแนน S.D. 8.20 คะแนน (Range 11-49)		
ระดับต่ำ (10-23)	10	11.20
ระดับปานกลาง (24-36)	24	27.60
ระดับสูง (37-50)	54	61.20

3. การพัฒนาทักษะของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 50.21 คะแนน (S.D.= 11.44 คะแนน) ซึ่งส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 36-55 คะแนน จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 69.30 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการพัฒนาทักษะ จำแนกรายด้าน (n=88)

ตัวแปรการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
การพัฒนาทักษะ (15 ข้อ) $\bar{X}$ 50.21 คะแนน S.D. 11.44 คะแนน (Range 25-72)		
ระดับต่ำ (15-35)	8	9.10
ระดับปานกลาง (36-55)	61	69.30
ระดับสูง (56-75)	19	21.60

ตัวแปรการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านการควบคุมอาหารเค็ม (5 ข้อ) $\bar{X}$ 16.09 คะแนน S.D. 3.97 คะแนน (Range 9-24)		
ระดับต่ำ (5-11)	11	12.50
ระดับปานกลาง (12-18)	59	67.00
ระดับสูง (19-25)	18	20.50
2. ด้านการออกกำลังกาย (5 ข้อ) $\bar{X}$ 16.77 คะแนน S.D. 4.06 คะแนน (Range 7-12)		
ระดับต่ำ (5-11)	9	10.20
ระดับปานกลาง (12-18)	55	62.60
ระดับสูง (19-25)	24	27.20
3. ด้านการรับประทานยา (5 ข้อ) $\bar{X}$ 17.34 คะแนน S.D. 3.73 คะแนน (Range 9-24)		
ระดับต่ำ (5-11)	3	3.40
ระดับปานกลาง (12-18)	55	62.50
ระดับสูง (19-25)	30	34.10

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 43.45 คะแนน (S.D. = 8.30 คะแนน) ซึ่งส่วน

ใหญ่มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 34 – 47 คะแนน จำนวน 65 คน คิดเป็น ร้อยละ 73.90 ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายด้าน (n=88)

ตัวแปรการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
<b>พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง</b> $\bar{X}$ 43.45 คะแนน S.D. 8.30 คะแนน (Range 25-59)		
ระดับต่ำ (20-33)	17	19.30
ระดับปานกลาง (34 – 47)	65	73.90
ระดับสูง (48-60)	6	6.80
1. ด้านการควบคุมอาหารเค็ม (10 ข้อ) $\bar{X}$ 22.70 คะแนน S.D. 4.09 คะแนน (Range 14-30)		
ระดับต่ำ (10-16)	7	7.90
ระดับปานกลาง (17-23)	49	55.90
ระดับสูง (24-30)	32	36.20
2. ด้านการออกกำลังกาย (5 ข้อ) $\bar{X}$ 9.11 คะแนน S.D. 2.36 คะแนน (Range 5-14)		
ระดับต่ำ (5-8)	30	34.20
ระดับปานกลาง (9-12)	53	60.20
ระดับสูง (13-15)	5	5.60

ตัวแปรการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
3. ด้านการรับประทานยา (5 ข้อ) $\bar{X}$ 11.64 คะแนน S.D. 2.75 คะแนน (Range 5-15)		
ระดับต่ำ (5-8)	10	12.40
ระดับปานกลาง (9-12)	45	50.10
ระดับสูง (13-15)	33	37.50

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะ มีความสัมพันธ์ทางบวก

ในระดับต่ำ ปานกลาง และต่ำ ตามลำดับกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.275, .524$  และ  $.379$  ตามลำดับ,  $p<0.01$ ) ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ กับพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ( $n = 88$ )

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
1. การให้ข้อมูลข่าวสาร	.275**	.010**
2. การสร้างแรงจูงใจ	.524**	.000**
3. การพัฒนาทักษะ	.379**	.000**

\*\* $p<0.01$

6. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ โดยสถิติถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐานด้วยวิธีปกติ (Enter) ผู้วิจัยได้นำตัวแปร 3 ตัว ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูง ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ พบว่า

ตัวแปรทั้ง 3 ตัว ร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การให้ข้อมูลข่าวสาร ( $\beta = 0.321$ ,  $p< .01$ ) การสร้างแรงจูงใจ ( $\beta = 0.301$ ,  $p< .01$ ) และการพัฒนาทักษะ ( $\beta = 0.388$ ,  $p< .01$ ) และสามารถทำนายของพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 20.30 (Adjusted  $R^2 = 0.203$ ,  $p<0.05$ ) ดังตารางที่ 6



**ตารางที่ 6** ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง (n = 88)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE b	$\beta$	t	P-value
1. การให้ข้อมูลข่าวสาร	0.203	0.085	0.321*	2.209	0.023
2. การสร้างแรงจูงใจ	0.270	0.102	0.301*	2.654	0.010
3. การพัฒนาทักษะ	0.253	0.092	0.388*	2.625	0.012
Adjusted R <sup>2</sup> = 0.203, R = 0.480, F = 8.388 SE <sub>est</sub> = 3.0629 Constant = 25.625, p < 0.05*					

### อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ครั้งนี้สามารถนำผลการศึกษามาอภิปรายตามตัวแปรที่ศึกษาได้ดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า การให้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 66.20 คะแนน (S.D. = 14.22 คะแนน) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างน่าจะมีความรู้และได้รับข้อมูลในการควบคุมโรคที่สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งถือได้ว่ามีความรู้ในระดับที่สามารถดูแลตนเองในการควบคุมโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพิทยา วามะขันธุ์ และคณะ (2563)

2. การสร้างแรงจูงใจ พบว่า การสร้างแรงจูงใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 68.63 คะแนน (S.D. = 15.86 คะแนน) ซึ่งส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 48-74 คะแนน จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 61.37 อธิบายได้ว่าการสร้างแรงจูงใจ เกิดจากการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง จึงช่วยสนับสนุนให้ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเสีี่ยม จีวประดิษฐ์กุล (2563) และพิทยา วามะขันธุ์ และคณะ (2563)

3. การพัฒนาทักษะ พบว่า การพัฒนาทักษะของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 50.21 คะแนน (S.D. = 11.44 คะแนน) ซึ่งส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 36-55 คะแนน จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ

69.30 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 2-8 ปี จึงยังมีความมั่นใจในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ซึ่งทักษะในการดูแลตนเองจะส่งผลต่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ และคณะ (2562)

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 43.45 คะแนน (S.D. = 8.30 คะแนน) ซึ่งส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 34 - 47 คะแนน จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 73.90 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสาร มีแรงจูงใจ และมีทักษะในการดูแลตนเองในระดับปานกลาง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมในการควบคุมโรคอยู่ในระดับปานกลางด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของเสีี่ยม จีวประดิษฐ์กุล (2563)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .275, .524, และ .379 ตามลำดับ, p < 0.01) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร มีแรงจูงใจ และได้รับการพัฒนาทักษะ จะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภฤดา แสงสินศรี (2564) และสิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และคณะ (2564)

6. ปัจจัยทำนาย พบว่า การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ร่วมทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การให้ข้อมูลข่าวสาร ( $\beta = 0.321, p < .01$ ) การสร้างแรงจูงใจ ( $\beta = 0.301, p < .01$ ) และการพัฒนาทักษะ ( $\beta = 0.388, p < .01$ ) สามารถ ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 20.30 (Adjusted R<sup>2</sup> = 0.203,  $p < 0.05$ ) เห็นได้ว่าการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ แสดงว่าการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ จะทำให้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของพนิดา จันทร์ดีแก้วสกุล และคณะ (2561) และดวงพร พิกุลทอง (2564)

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดัน

โลหิตสูงได้ร้อยละ 20.30 จึงควรใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้

2. ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง

##### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยกึ่งทดลองโดยใช้การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ พัฒนารูปแบบการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูง

2. ควรมีการศึกษาเรื่องนี้ในรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และสอดคล้อง ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้

#### จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระนอง เลขที่ COA\_PHRN 004/2567

#### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). ความดันโลหิตสูง. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th>
- ดวงพร พิกุลทอง. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ที่มีความเสี่ยงในอำเภอคลองขลุงจังหวัดกำแพงเพชร. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://nuir.lib.nu.ac.th>
- ณัฐชยา ป้อมบุบผา และณิตชาธร ภาโนมัย. (2561). แรงจูงใจการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดเทศบาลนครขอนแก่น. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร. 21(2): 57-68.
- ณัฐฉิณี เสือโต, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล และมธุรส ทิพยมงคลกุล. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 32(2): 95-115.
- นวพร วุฒิธรรม. (2560). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 46 (4): 173-182.

- พนิดา จันทรดีแก้วสกุล, นันทิยา วัฒยา และนันทวัน สุวรรณรูป. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้. *Journal of Nursing Science*. 36(1): 31-43.
- พิทยา วามะพันธ์, ฤชอร วงศ์ภิรมย์ และพฤศจิกายน ปัญญาคมจันทพูน. (2563). การศึกษาผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนในพื้นที่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่10 จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*. 18(2): 19-33.
- พงศธร ศิลาเงิน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://ethesisarchive.library.tu.ac.th>
- ภฤดา แสงสินสร. (2564). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขตจังหวัดพิจิตร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*. 2(2): 43-54.
- รพีพรรณ วุฒิเอ้ย และเทียนทอง ต๊ะแก้ว. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่ือง อำเภอกงกช จังหวัดพะเยา. *วารสารสุขภาพศึกษา*. 44(1): 102-114.
- รัตนา พึ่งเสมา. (2565). โรคความดันโลหิตสูง: บทบาทสำคัญของพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*. 15(1): 40-49.
- วัลย์ลักษณ์ สิทธิบรรณ และสุปรีชา แก้วสวัสดิ์. (2562). ผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงตำบลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 28(พิเศษ): 116-124.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihypertension.org/files/HT%20guideline%202019.pdf>
- สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, ญัฐสุดา คดีชอบ, อังศวีร์ จันทะโคตร, พวงเพชร สิงหะวาระ และปิยณัฐ สร้อยคำ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่ง ณ อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*. 37(2). 182-191.
- เสงี่ยม จิวประดิษฐ์กุล. (2563). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธารวาส. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*. 3(1): 15-30.
- Fisher W. A. and Fisher J. D. (2009). The Information-Motivation-Behavioral Skills Model: A General Social Psychological Approach to Understanding and Promoting Health Behavior. *Retrive Jane*, 6 2023 form <https://www.researchgate.net/publication/227590340>
- Health Data Center (HDC). (2023). Medical and Health Archives System. [Accessed 10 Sep. 2023]. Available from <https://rng.hdc.moph.go.th>
- Polit, D.F., & Back, C.T. (2008). *Nursing research (8th ed)*. Lippincott Williams & wilkins:Philadelphia.

# คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช

## (Quality of life and factors affecting the quality of life of HIV and AIDS patients in Chaloem Phra Kiat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province)

เพ็ญภา บุญแก้ววรรณ, กัลยา ทองเทพ, กัญญา ไกรแก้ว, สิริวุฒิ กิตติโพธิ์นันท์  
Pennapa Boonkaewwan, Kanlaya Tongthep, Kanchana Kraikaew, Siriwut Kittiphothinan  
โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
Chaloem Phra Kiat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

### บทคัดย่อ

โรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การวิจัยภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 68 คน เครื่องมือในการวิจัยผ่านการทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงปัจจัยส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.80 และ 0.91 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.7 (Mean=2.32, SD=0.50) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

ผลการวิจัยเหล่านี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และการวางแผนที่เหมาะสมในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์

### Abstract

AIDS remains an important medical and public health problems in Thailand. This cross-sectional research aimed to study the quality of life and factors affecting the quality of life of HIV and AIDS patients. The study samples were 68 HIV/AIDS patients registered according to the specified qualifications in Chaloem Phrakiat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. The reliability of the questionnaires was performed using 30 HIV-infected and AIDS patients similar to the sample group, yielding Cronbach's alpha coefficients of personal factors and the quality of life equaled to 0.80 and 0.91, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-square test, and the Pearson correlation coefficient.

Research findings revealed that the overall quality of life level of HIV-infected and AIDS patients was moderate for 64.7 % (Mean=2.3, SD=0.50). Personal factors, including age, incomes and opportunistic infections had a statistical relationship with the quality of life ( $p < 0.05$ ). In addition,

physical factors, psychological factors, social relationship factors, and environmental factors had a statistically moderate positive relationship with the quality of life ( $p < 0.01$ ).

These research findings could be pivotal database applicable for development of HIV and AIDS case management system and appropriate planning in nursing care to enhance the quality of life of HIV cases and AIDS patients in the long run.

**Keywords :** Quality of life, HIV/AIDS patients

## บทนำ

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับความสุขและความพึงพอใจของบุคคลในการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งสะท้อนว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดีส่งผลก่อให้เกิดกำลังใจและสนใจดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี (Wilson & Clearly, 1995) องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมสหประชาชาติ (The United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization: UNESCO) ได้สรุปเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ว่าเป็นความรู้สึกของการอยู่อย่างพึงใจต่อองค์ประกอบต่างๆ ของชีวิตซึ่งมีส่วนสำคัญมากที่สุดของบุคคล (UNESCO, 1981) โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาที่มีผลกระทบซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การติดเชื้อเอชไอวีซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

โรคเอดส์เป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญทุกภูมิภาคทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ในปี 2564 องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) รายงานผู้ติดเชื้อ 38.4 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1.5 ล้านคน และเสียชีวิต 650,000 คน สำหรับประเทศไทย ผู้ติดเชื้อในปี 2566 จำนวน 560,000 คน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,230 คน กำลังรับยาต้านไวรัส 457,133 คน มีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 11,000 คน ประเทศไทยได้มีการประกาศใช้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 สถานการณ์โรคเอดส์ของจังหวัดนครศรีธรรมราชตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2566 มีรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัย

มีจำนวนสะสมทั้งหมด 8,865 คน มีอัตราผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนไว้แต่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเสียชีวิตสะสมจำนวน 1,480 คน คิดเป็นร้อยละ 16.69 (งานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2566) เขตพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - พ.ศ. 2566 อัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ มียอดผู้ป่วยสะสมจำนวน 68 คน เสียชีวิต 3 คน คิดเป็นร้อยละ 4.41 (HIV INFO HUB, 2023) ทั้งนี้การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข เปิดให้บริการตั้งแต่ พ.ศ. 2561 จากการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ. 2562 - 2566 มีผู้เข้ารับบริการทั้งหมด 645 คน พบว่าติดเชื้อเอชไอวี 14 คน คิดเป็นร้อยละ 2.17 ปัจจุบันมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่คงอยู่ในระบบกินยาต้านไวรัสและรักษาต่อเนื่อง 68 คน แต่พบว่าการกดไวรัสสำเร็จ (VL <1000 copies/ml) ได้เพียงร้อยละ 90 ซึ่งไม่ถึงเป้าหมายร้อยละ 95 จากอดีตถึงปัจจุบันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นความผิดปกติที่คุกคามและก่อให้เกิดความทุกข์ที่มีผลกระทบรุนแรงและซับซ้อนมากกว่าการป่วยจากโรคเรื้อรังประเภทอื่นๆ ประกอบกับการตีตราและมีการเลือกปฏิบัติในสังคมไทย ทำให้ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ปกปิดตัวเองทำให้เข้าสู่ระบบการตรวจรักษาล่าช้า เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส อย่างไรก็ตามปัจจุบันมียาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพ หากผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการรักษาตั้งแต่ต้นจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีได้ จากการศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์ พบว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ

ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ (สุดคณิง ณ ระนอง, 2564; Anil et al., 2023) รวมถึง ปัจจัยด้าน ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาเป็นโรค ระยะเวลาที่ได้รับ ยาต้านไวรัสเอดส์ อาการข้างเคียงจากการได้รับยา ต้านไวรัส ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (วิชญ์ อนิลบล, 2562)

ในขณะที่โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติยังไม่มี ข้อมูลหรือผลการวิจัยเหล่านี้ที่จำเป็นต่อการพัฒนาการ ดูแลรักษาผู้ป่วย ด้วยที่มาและความจำเป็นดังกล่าว ข้างต้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) ซึ่งมีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้านประกอบด้วย ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ภาพทาง สังคมและด้านสิ่งแวดล้อม บูรณาการร่วมกับการทบทวน วรรณกรรม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ สถานภาพการสมรส ปัจจัยด้านภาวะ สุขภาพ ระยะเวลาที่เป็นโรค ระยะเวลาที่ได้รับยาต้าน ไวรัส ปริมาณเม็ดเลือดขาวCD4 มีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (สุดคณิง ณ ระนอง, 2564; วิชญ์ อนิลบล, 2562) ดังแสดงในรูปที่ 1

### ตัวแปรต้น

ปัจจัยส่วนบุคคล	
- เพศ	- อายุ
- การศึกษา	- อาชีพ
- รายได้	- ศาสนา
- สถานภาพสมรส	- เงินช่วยเหลือ

ปัจจัยด้านสุขภาพ
- ระยะเวลาทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ
- ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี
- อาการข้างเคียงจากการได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี
- อาการผิดปกติช่วงปีที่ผ่านมา (โรคติดเชื้อฉวยโอกาส)
- ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4

### ตัวแปรตาม

คุณภาพชีวิต
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัย และมารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอลำปาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 68 คน ตามทะเบียน NAP PLUS โดยผ่านเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ขึ้นทะเบียน NAP PLUS ของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ สามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน และเขียนด้วยภาษาไทยได้ และยินดียอมรับเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

**ระยะเวลาการเก็บข้อมูล** ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 – มกราคม พ.ศ. 2567

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถามประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน เงินช่วยเหลือ เป็นข้อคำถามเลือกตอบและเติมค่าในช่องว่าง

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ระยะเวลาทราบว่าติดเชื้อ ระยะเวลาที่เข้ารับยาด้านไวรัสเอชไอวี อาการข้างเคียงจากการได้รับยาด้านไวรัสเอชไอวี อาการผิดปกติในช่วงปีที่ผ่านมา (โรคติดเชื้อฉวยโอกาส) ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 เป็นข้อคำถามเลือกตอบและเติมค่าในช่องว่าง

**ส่วนที่ 3** คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI (สุวัฒน์ และคณะ, 2545) ซึ่งมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical

domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) มีคำถามทั้งหมดจำนวน 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงภายใน (CVI) ของแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบสอบถามผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความชัดเจนของเนื้อหา ได้ค่าความตรงเนื้อหา 0.80 และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.80 และ 0.91 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลปัจจัยด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติสถิติพรรณนา (Descriptive statistics)

2) วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช (NSTPH 086/2566)

## ผลการวิจัย

### 1) ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (n=36) ร้อยละ 52.9 ช่วงอายุ 40-60 ปี (n=51) ร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 48 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 76 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา (n=51) ร้อยละ 69.2 สถานภาพสมรส (n=31) ร้อยละ 52.9 อาชีพรับจ้างทั่วไป (n=31) ร้อยละ 45.6ว่างงาน/ไม่มีงานทำ (n=16) ร้อยละ 23.5 โดยมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มากที่สุด (n=52) ร้อยละ 76.5 รายได้ต่ำสุด 1,000 สูงสุด 40,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,488 บาท ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาติดเชื้อช่วง 11-20 ปี (n=39) ร้อยละ 57.4 รองลงมาน้อยกว่า

5 ปี (n=15) ร้อยละ 22.1 และมากกว่า 20 ปี (n=3) ร้อยละ 4.4 การติดเชื้อโดยเฉลี่ย 12.5 ปี ระยะเวลาทราบการติดเชื้อต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 26 ปี ระยะเวลากินยาต้านไวรัส ช่วง 11-20 ปี (n=39) ร้อยละ 57.4 รองลงมาน้อยกว่า 5 ปี (n=16) ร้อยละ 23.5 เฉลี่ย 11.6 ปี โดยมีระยะเวลากินยาต้านไวรัสต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 24 ปี ค่าปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 มากกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (n=58) ร้อยละ 85.3 น้อยกว่า 350 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (n=10) ร้อยละ 14.7 ค่าCD4 เฉลี่ยอยู่ที่ 674 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ในช่วงปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 11.8 มีเชื้อราในช่องปาก หลอดอาหารและช่องคลอด รองลงมามีผื่นตามร่างกาย ร้อยละ 7.4 และวัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด ร้อยละ 4.4 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	36	52.9
หญิง	32	47.1
<b>อายุ (ปี)</b>		
20-40	11	16.2
41-60	51	75
> 60	6	8.8
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	2.9
ประถมศึกษา	47	69.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	19.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	4.4
อนุปริญญา/ปวส.	2	2.9
อื่นๆ	1	1.5
<b>รายได้</b>		
น้อย	64	94.2
ปานกลาง	2	2.9
สูง	2	2.9



ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
ว่างงาน	16	23.5
นักเรียน/นักศึกษา	1	1.5
รัฐวิสาหกิจ	1	1.5
ค้าขาย	9	13.2
เกษตรกรรม	10	14.7
รับจ้าง	31	45.6
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	17	25
สมรส	31	45.6
หย่าร้าง	3	4.4
หม้าย	13	19.1
แยกกันอยู่	4	5.9
<b>เงินช่วยเหลือ</b>		
ไม่มี	44	64.7
อบต.	10	14.7
กองทุนหมู่บ้าน	5	7.4
กองสวัสดิการสังคม	9	13.2
<b>ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)</b>		
< 5	13	19.1
5-10	13	19.1
11-20	39	57.4
> 20	3	4.4
<b>ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส (ปี)</b>		
< 5	15	22.1
5-10	11	16.1
11-20	39	57.4
> 20	3	4.4
<b>อาการข้างเคียงจากการได้ยาต้านไวรัส</b>		
มี	11	16.2
ไม่มี	57	83.8

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าเม็ดเลือดขาว CD4 (cell/mm3)		
<350	10	14.7
>350	58	85.3
อาการผิดปกติช่วงปีที่ผ่านมา (โรคติดเชื้อฉวยโอกาส)		
ไม่มี	48	70.6
เพลีย เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ	2	2.9
ผื่นคันตามร่างกาย	5	7.3
เชื้อราในช่องปาก หลอดอาหาร ช่องคลอด	8	11.8
ลำไส้แปรปรวน	1	1.5
วัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด	3	4.4
อื่นๆ	1	1.5

2) คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.7 รองลง

มา มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 33.8 และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 1 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ทั้ง 4 ด้าน มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกรายด้าน (n= 68)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต						Mean	S.D.
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ด้านร่างกาย	0	0	53	77.9	15	22.1	2.22	0.41
ด้านจิตใจ	16	23.5	52	76.5	0	0	1.76	0.42
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	16	23.5	39	57.4	13	19.1	1.95	0.65
ด้านสิ่งแวดล้อม	1	1.5	46	67.6	21	30.9	2.86	0.71
คุณภาพชีวิตโดยรวม	1	1.5	44	64.7	23	33.8	2.32	0.50

### 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

**3.1) ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพ** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า อายุ รายได้ และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในขณะที่ เพศ การศึกษา

สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาทราบว่าติดเชื้อ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี อาการข้างเคียงจากยา และปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการในโรงพยาบาล เฉลิมพระเกียรติ ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิต โดยใช้ สถิติ Chi-square test (n=68)

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพ	คุณภาพชีวิต		X <sup>2</sup>	p-value
	ไม่ดี (n=45)	ดี (n=23)		
เพศ			1.249	0.264
ชาย	26 (72.2)	10 (27.8)		
หญิง	19 (59.4)	13 (40.6)		
อายุ (ปี)			7.571	0.023*
<35	4 (36.4)	7 (63.6)		
≥35	41 (71.9)	16 (28.1)		
ระดับการศึกษา			1.512	0.219
ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา	44 (67.7)	21 (32.3)		
สูงกว่ามัธยมศึกษา	1 (33.3)	2 (66.7)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			11.403	0.001*
<10,000	40 (76.9)	12 (23.1)		
≥10,000	5 (31.2)	11 (68.8)		
อาชีพ			0.728	0.394
ว่างงาน/นักศึกษา	12 (75)	4 (25)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงาน บริษัท/ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร	33 (63.5)	19 (36.5)		
สถานภาพสมรส			2.594	0.458
โสด/หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	25 (67.6)	12 (32.4)		
สมรส	20 (64.5)	11 (35.5)		
ระยะเวลาที่เป็นโรค			0.002	0.964
≤5 ปี	10 (66.7)	5 (33.3)		
>5 ปี	35 (66.1)	18 (33.9)		

ปัจจัยส่วนบุคคลและ ปัจจัยด้านสุขภาพ	คุณภาพชีวิต		X <sup>2</sup>	p-value
	ไม่ดี (n=45)	ดี (n=23)		
ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส				
≤5 ปี	10 (62.5)	6 (37.5)	0.126	0.722
>5 ปี	35 (67.3)	17 (32.7)		
อาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส				
มี	7 (63.6)	4 (36.4)	0.002	0.968
ไม่มี	38 (66.7)	19 (33.3)		
เชื้อฉวยโอกาส				
มี	18 (85.7)	3 (14.3)	5.182	0.023*
ไม่มี	27 (57.4)	20 (42.6)		
ค่าเม็ดเลือดขาว CD4 (cell/mm <sup>3</sup> )				
<350	7 (63.6)	4 (36.4)	3.589	0.058
≥350	38 (66.7)	19 (33.3)		

\*p<0.05

**3.2 ปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์**  
ผลการวิจัยปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีและโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.01$  โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ระดับสูง ( $r_{xy}=0.820$ ) รองลงมาคือปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านร่างกายและปัจจัยด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ( $r_{xy}=0.63, 0.438$  และ  $0.430$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้สถิติ Pearson product-moment correlation coefficient (n=68)

ตัวแปร	M	S.D.	X <sub>1</sub>	X <sub>2</sub>	X <sub>3</sub>	X <sub>4</sub>	Y
X <sub>1</sub>	2.22	0.41	1	0.572**	0.448**	0.370**	0.438**
X <sub>2</sub>	1.76	0.42		1	0.625**	0.637**	0.430**
X <sub>3</sub>	1.95	0.65			1	0.421**	0.633**
X <sub>4</sub>	2.29	0.42				1	0.820**
Y	2.32	0.50					1

\*\* p< 0.01

หมายเหตุ: X<sub>1</sub> = ปัจจัยด้านร่างกาย X<sub>2</sub> = ปัจจัยด้านจิตใจ, X<sub>3</sub> = ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม, X<sub>4</sub> = ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม, Y = คุณภาพชีวิตโดยรวม

## อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายผลในประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและปัจจัยรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Anil et al. (2023) และสุคตะนิง ณะรอง (2564) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง แม้ว่าปัจจุบันสามารถเข้าถึงบริการได้รับยาต้านไวรัสเร็วทั่วถึง (same day ART) การยอมรับของสังคมที่เปิดกว้างขึ้น แต่คุณภาพชีวิตยังอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง และอาจจะเนื่องมาจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแม้ว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่ก็มีผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ ยาบางชนิดมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง ทำให้รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ (Palmer et al., 2011) มีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาส และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้นอกจากนี้ยังไม่ได้รับการยอมรับในสังคมมากนัก จะต้องปกปิดผู้อื่น และการตีตราตัวเอง ทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แตกต่างจากบางการศึกษา ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตภาพรวมระดับสูง (Berner and Louw, 2023) คุณภาพชีวิตสูงเฉพาะด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย และด้านการพึ่งพาตนเอง (independent) (Dixit et al., 2023) มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (วิษณุ อนิลบล, 2562) และบริบทบางพื้นที่ที่มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ (Maleki et al., 2020)

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ Anil et al. (2023) พบว่า ผู้ติดเชื้อที่มีอายุ 18-40 ปี มีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกด้าน สามารถอธิบายได้ดังนี้ อายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อาจเนื่องจากอายุมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรม

ของบุคคล ผู้ที่มีวุฒิภาวะสามารถพิจารณาตัดสินใจและกระทำการดูแลตนเองได้ดี นอกจากนี้การมีประสบการณ์ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีการปรับตัวและมีการยอมรับต่อความเจ็บป่วยมากขึ้น จากการศึกษาของ Cederfjall et al. (2001) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุน้อยกว่าจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุน้อยกว่า เพราะการแยกตัวจากสังคม ความลำบากใจจากตราบาจากการติดเชื้อ

รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อธิบายได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ต่ำ จึงเกิดความวิตกกังวลต่อภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นหากเจ็บป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยอยู่ในบริบทของผู้รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนซึ่งผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแล้วก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ Anil et al. (2023) ที่พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และรายได้เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ โดยรายได้ต่ำส่งผลกระทบทำให้คุณภาพชีวิตต่ำ รายได้สูงหรือการมีเศรษฐกิจที่ดี ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Berner and Louw, 2023; Dixit et al., 2023) อีกทั้งการมีรายได้ที่มั่นคงเป็นหนึ่งในปัจจัยส่งเสริมต่อการสร้างสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ศิริพร และคณะ, 2555)

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสคือการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Anil et al. 2023 พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อธิบายได้ว่าผู้ป่วยมีความกังวลว่า หากเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นแล้ว ทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรง ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและอาจถึงแก่ชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม การได้รับยาต้านไวรัสสามารถช่วยป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้

ส่วนปัจจัยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาทราบว่าติดเชื้อ ระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส เอชไอวี อาการข้างเคียงจากยา และปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 อธิบายได้ดังนี้ การศึกษาครั้งนี้พบว่าเพศไม่สัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ประทีป และคณะ (2555) ที่พบว่าความแตกต่างระหว่างเพศชาย และเพศหญิงไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ แต่บางการศึกษาวิจัย พบว่าเพศมีผลต่อคุณภาพชีวิต อาทิเช่น เพศชายมีภาพรวมคุณภาพชีวิตสูง โดยระดับคะแนนสูงทุกด้าน (Dixit et al., 2023) เพศชาย มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีกว่าเพศหญิง (Anil et al. 2023)

ระดับการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dixit et al. (2023) ที่พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล เฉลิมพระเกียรติมีโอกาสได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากร รวมทั้งสามารถหาข้อมูลข่าวสารและวิธีการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองจากโรคเอดส์ได้จากแหล่งต่างๆ ทำให้สามารถปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญจพจน์ (2559) ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาโทที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งพบว่าการศึกษาสูงสุดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตามมีความแตกต่างบางการศึกษาวิจัย ที่พบว่าการศึกษาทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (สุดคณิง ณ ระนอง, 2564; Karkashadze et al., 2017; Anil , 2023; Berrezouga et al., 2023; Maleki et al., 2020)

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษา ของ Anil, 2023 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เปรมจิตร ต้นบุญยืน และคณะ (2559) และน้องเล็ก คุณวรชาติชัย และคณะ (2559) Berrezouga et al. (2023), Maleki et al. (2020) พบว่า สถานภาพสมรสมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยผู้ที่สมรสแล้ว หรือมีคู่ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าสถานะโสด/หย่า และคุณภาพชีวิตสูงทุกด้านของกลุ่มแต่งงาน จากงานวิจัยของ Dixit et al. (2023) อธิบายได้ว่า เนื่องจากคู่สมรสเป็นผู้สนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยเหลือในด้านต่างๆ จึงทำให้บุคคลที่มีสถานภาพสมรสจะมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพดูแลตนเองได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่มีสถานภาพโสด

หม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่

ระยะเวลาการเป็นโรค และระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัส ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต เนื่องด้วยผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าถึงการได้รับยาต้านไวรัส และได้รับยาต้านไวรัสมายาวนาน ทำให้ลดอัตราการป่วยจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้อย่างมาก อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจะต้องเข้าใจ และรับประทานยาให้ถูกขนาดและตามเวลาตามที่แพทย์แนะนำเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ณัฐพร และ ทวารตัน, 2563) ทำให้ระยะเวลาการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (น้องเล็ก คุณวรชาติชัยและคณะ, 2559 และ Berrezouga et al., 2023) ต่างจากการศึกษาวิจัยอื่น ที่พบว่า ระยะเวลาของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (ถนอมจิตต์ และกรรณา (2552) และระยะเวลาที่ได้รับยาต้านไวรัสมีผลต่อคุณภาพชีวิต (เปรมจิตร ต้นบุญยืน และคณะ, 2559; Berner and Louw, 2023)

ปริมาณเม็ดเลือดขาว CD4 จากการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ Berrezouga et al. (2023) อย่างไรก็ตามพบว่าต่างจากการศึกษาอื่น (น้องเล็ก และคณะ, 2559; เปรมจิตร และคณะ, 2559; Anil et al., 2023) เนื่องจากปริมาณ CD4 เป็นตัวชี้วัดระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ถ้ามีปริมาณสูงจะช่วยป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสทำให้ชีวิตมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่า ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเชิงบวก และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ จำเป็นต้องศึกษาอย่างรอบด้านแบบบูรณาการสหวิชาการ แต่ไม่อาจอ้างอิงถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ทั้งหมดด้วยความซับซ้อนของบริบทพื้นที่วิจัย ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (Berner and Louw, 2023) และที่สำคัญการวิจัยเชิงปริมาณไม่อาจสะท้อนปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ความซับซ้อนของประสบการณ์ชีวิตของปัจเจกบุคคลวิถีชีวิต การมีเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม

ความคิดความเชื่อ การตีตรา การให้คุณค่าความหมาย การแสวงหาทางเลือกอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งสามารถเพิ่มความละเอียดลึกซึ้งของข้อมูลเหล่านั้นได้ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ

### ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยเหล่านี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่หน่วยงานผู้รับผิดชอบดำเนินการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตเพื่อวางแผนปรับปรุงและพัฒนาการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพระบบบริการดูแลต่อไป

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับยาต้านไวรัส โดยใช้การศึกษาแบบไปข้างหน้า (Cohort study)

### เอกสารอ้างอิง

- ณัฐพร สีนวิภาค, และทวารรัตน์ โคตรภูเวียง. (2563). คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีจังหวัดขอนแก่น. วารสารควบคุมโรค. 27(1), 1-11.
- น้องเล็ก คุณวราดิศัย, นิตยา ดาววงศ์ญาติ, กิติมา วรธรรมทอง, ณัฐมน มุลศรีแก้ว และ สมภพ ไทยานันท์. (2559). คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดอุบลราชธานี. ว. เกษศาสตร์อีสาน. 12(2): 21-32.
- ถนอมจิตต์ ดวนดวน และ กรรณา ลิ้มเจริญ. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์สถาบันบำราศนราดูร. วารสารควบคุมโรค. 35(3): 176-186.
- ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี และ ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์. (2555). ระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ. 15(3), 218-226.
- ปัญญาพนัน วิมลรัตนชัยศิริ และ สุจิตรา นิลเลิศ. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 24(1), 9-18.
- เปรมจิตร ต้นบุญยืน ยุวดี ลีลัคณาวิระ และ พรนภา หอมสินธุ์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 29(1), 80-97. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/48511>
- วิชญ์ อนิลบล. (2562). ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ. Journal of The Department of Medical Services. 44(3), 120-129
- สุดคณิง ณ ระนอง. (2564). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง. วารสารโรคเอดส์. 33(2), 58-72.

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่เสียสละตรวจทานคุณภาพเครื่องมือ ขอขอบคุณกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพัฒน์สกุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- ศิริพร กันยง, ชมนาด วรรณพรศิริ, ศิริเกษม ศิริลักษณ์ และ ดวงพร หุ่นตรูกุล. (2555). ประสพการณ์สร้างเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจังหวัดเพชรบูรณ์. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Anil K. A., Tinku V., Vinod K. S., Ram N. M., and Suchismita D. (2023). Assessment of quality of life (QoL) among human immunodeficiency virus positive/acquired immunodeficiency syndrome patients: A cross sectional study at antiretroviral therapy center at Gwalior Madhya Pradesh, India. *Trends Clin. Med. Sci.* 3(1), 77-87.
- Berner, K. and Louw, Q.A., (2023). Factors affecting quality of life in adults with HIV: A Local cross – sectional study. *South African Journal of Physiotherapy.* 79(1), 1-13
- Berezouga, L., Kooli, I., Marakchi, W., Hazallaah, G. Chakroun, M., (2023). Quality of life of people living with HIV on antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Menastio, Tunisia. *HIV/AIDS- Research and Palliative care.* 15, 671-682
- Cederfjall, C., Langius-Eklöf, A., Lidman, K., and Wredling, R. (2001). Gender differences in perceived health-related quality of life among patients with HIV infection. *AIDS Patient Care and STDs.* 15 (1), 31-39.
- Dixit G.K., Nigarn S., Midha T. (2023). Quality of life in people living with HIV/AIDS attending ART plus centre in Kanpur Nagar. *Indian J Comm Health.* 35(4): 410-416.
- Karkashadze, E., Gates, M. A., Chkhartishvili, N., DeHovitz, J., & Tsertsvadze, T. (2017). Assessment of quality of life in people living with HIV in Georgia. *International Journal of STD & AIDS,* 28(7), 672-678.
- Maleki, M. R., Derakhshani, N., Azami-Aghdash, S., Naderi, M., Nikoomanesh, M., (2020). Quality of life of people living with HIV in Iran: A systemic review and meta-analysis. *Iran J Public Health,* 49(8), 1399-1410.
- Palmer, A. K., Duncan, K. C., Ayalew, B., Zhang, W., Tzemis, D., Lima V., et al. (2011). “The way I see it”: the effect of stigma and depression on self-perceived body image among HIV-positive individuals on treatment in British Columbia, Canada. *AIDS Care,* 23(11), 1456-1466.
- UNESCO. (1981). *Quality of life: An orientation to population education.* New York: UNESCO.
- Wilson, I.B. & Cleary, P.D. (1995). Link clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Medical Association,* 2(73), 59-65.



## แนวทางการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

### Guidelines for self-management to prevent falls among members of the Elderly Club of Tha Chi Subdistrict Bannasan District Suratthani Province

ยุภา คงประพันธ์  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าชี  
Yupa Kongraphan  
Tha Chi Subdistrict Health Promoting Hospital

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้ม และแนวทางการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี จำนวน 192 คน โดยใช้สูตรคำนวณกรณีทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ตามแนวคิดของทาโร ยามาเน่ ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติทดสอบความสัมพันธ์แบบ logistic regression ผลการวิจัย จากการวิเคราะห์อิทธิพลของข้อมูลทั่วไป ปัจจัยภายใน และปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ สถานภาพ โรคประจำตัว ปัญหาในการทรงตัว เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ ลักษณะของที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มเพื่อการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึงระวังและมีการป้องกันตนเอง ทั้งด้านที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความพิการและการเสียชีวิตจากการหกล้ม และยังช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและเกิดการป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการหกล้ม โดยมีข้อเสนอจากการวิจัยดังนี้ 1) ด้านนโยบาย สามารถนำแนวทางดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในชุมชนและสามารถนำไปสู่การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ด้านเครือข่ายบริการสุขภาพ ควรสร้างความร่วมมือในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การสื่อสาร ตลอดจนการส่งต่อการดูแลในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และ 3) ผู้สูงอายุ ครอบครัว และประชาชนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติ และให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุ, การจัดการตนเองชมรมผู้สูงอายุท่าชี, การป้องกันการพลัดตกหกล้ม

#### Abstract

The purpose of this research is to study the situation and factors related to falls, as well as self-management strategies to prevent falls among members of the elderly club in Tha Chi sub-district, Bannasan district, Surat Thani province. It is a descriptive research study. The sample group consists of 192 elderly members of the club, calculated using a formula considering a known population with a confidence level of 95% following the guidelines of Tarlow Yamaña. Data is collected using questionnaires. Statistical analysis includes descriptive statistics, such as counts and percentages, and inferential statistics, such as logistic regression to test relationships.

Research findings from the analysis of general data, internal factors, and environmental factors related to falls among the elderly reveal significant statistical relationships ( $p < .05$ ) with gender, marital status, comorbidities, balance problems, alcohol consumption, and housing characteristics. Therefore, it is crucial to consider factors associated with falls to promote awareness and self-protection among the elderly regarding their living conditions, environment, and other related factors. This aims to prevent disabilities and fatalities resulting from falls and to enhance elderly awareness and self-protection against fall-related risk factors. Recommendations from this research include: 1) Policy aspect: The proposed guidelines can be applied to elderly communities to meet the needs of the local population and facilitate community nursing practices effectively to prevent falls among the elderly. 2) Health service network aspect: Collaboration should be fostered to prevent falls among the elderly, including communication and referral mechanisms for at-risk elderly care. and 3) Elderly individuals, families, and community members should be educated about falls, various risk factors, and how to utilize the information for proper practices and guidance for the elderly.

**Keywords :** Elderly, Self-management of elderly club members in Tha Chi, Fall prevention

## บทนำ

จากข้อมูลของสหประชาชาติ United Nations World Population Ageing ระบุว่า ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ หรือ Aging Society และจะเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 (United Nations, 2018) สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 16.5 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดการณ์ว่าจะสูงถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2562) และจะเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกของโลกที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี 2565 และอีก 9 ปีข้างหน้าจะกลายเป็นสังคมสูงอายุแบบสุดยอด (Super-Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 28 (วนิดา ราชมณี, 2565)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเสื่อมตามวัย และมีโรคประจำตัว มีปัญหาทางด้านสุขภาพหลายด้าน เช่น ปัญหาการเดินและการทรงตัวที่มีประสิทธิภาพพลดลงสืบเนื่องมาจากอวัยวะของร่างกาย

จะมีแต่เสื่อมลง ไม่ว่าจะเป็นทางด้าน การมองเห็น สายตา พร่ามัว มองไม่ชัด มีน้ำหนักตัวที่ต่ำกว่าเกณฑ์ หรือมากกว่าเกณฑ์ สาเหตุเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ หรือแม้กระทั่งความเสี่ยงจากปัจจัยต่างๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับร่างกายแต่ทำให้เกิดการหกล้มได้ เช่น ลักษณะที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสม บ้านยกสูงแต่ราวบันไดไม่มีหรือมีแต่ไม่เหมาะสมไม่แข็งแรงก็ทำให้เกิดการหกล้มได้เช่นกัน จะเห็นได้ว่าไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายในบุคคลหรือปัจจัยสิ่งแวดล้อมก็ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้ (Nasuphawatt, 2009) ปัจจุบันประเทศไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการพลัดตกหกล้ม โดยมีหลายหน่วยงานที่มีบทบาทในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาดังกล่าว ทั้งที่เป็นหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและอื่นๆ เช่น สำนักงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รวมทั้งภาคส่วนอื่น เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สมาคมพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ฯลฯ ทั้งนี้ แต่ละหน่วยงานมีนโยบาย

สนับสนุนการดำเนินมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน เช่น การพัฒนาคู่มือป้องกันการพลัดตกหกล้ม คัดกรองสุขภาพ พัฒนา application จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกาย จัดอบรมและให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เป็นต้น อีกทั้งยังมีข้อแตกต่างในด้านกลวิธีดำเนินงานรวมถึงเครือข่ายของหน่วยงานที่รับผิดชอบ การนำนโยบายจากส่วนกลางไปสู่การปฏิบัติทั้งในระดับสถานพยาบาลและชุมชน นอกจากนี้ในบางพื้นที่อาจมีการดำเนินโครงการและมาตรการที่ริเริ่มโดยหลายหน่วยงานหรือประกอบด้วยหลายมาตรการ/กิจกรรมในเวลาเดียวกันเดียวกัน (วันทนีย์ กุลเพ็งและคณะ, 2561) นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยมีเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุ (active and health ageing) คือ ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง ดำรงชีวิตประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์ คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคม โดยมีมาตรการพัฒนาบริการสุขภาพและสังคม เน้นให้มีชมรมผู้สูงอายุทุกตำบลในรูปแบบต่างๆ มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความชุกของการกล้วการหกล้มในผู้สูงอายุพบว่า ในประเทศบราซิล ความชุกของการกล้วการหกล้มในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับประวัติการหกล้มในอดีต การใช้ยาตั้งแต่ 7 ชนิดขึ้นไป บกพร่องทางการสื่อสารและการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน ความเร็วในการเดินลดลง โรคเรื้อรัง และภาวะซึมเศร้า (Malini, Lourenço & Lopes, 2016) โดยผลกระทบที่เกิดจากการกล้วการพลัดตกหกล้ม ทำให้การมีกิจกรรมลดลง หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม นอกจากนี้ยังกระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะฟื้นฟูหลังการหกล้ม (Stephen & Andrew, 2011) รวมถึงส่งผลให้เกิดระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Hendrich, Bender, & Nyhuis, 2003) และจากการ

ศึกษาอุบัติการณ์การหกล้มเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มและแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุของชุมชนมิตรภาพพัฒนา พบว่า แนวทางการป้องกันการหกล้มที่สำคัญมี 3 ประการ คือ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและรอบบ้าน การส่งเสริมการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชนและช่วยลดผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มได้ (ละออม สร้อยแสง, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และกนกพร นทีธสมบัติ, 2557)

ตำบลท่าชี ตั้งอยู่ในเขตการปกครองของ อำเภอบ้านนาสาร ประกอบด้วย 6 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านนาควน, หมู่ที่ 2 บ้านนาสิก, หมู่ที่ 3 บ้านท่าชี, หมู่ที่ 4 บ้านนาใหม่, หมู่ที่ 5 บ้านยูงงาม, หมู่ที่ 6 บ้านทุ่งตาเสา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก ทำสวน/ทำไร่ และมีอาชีพเสริม จับสัตว์น้ำชาย จากรายงานจำนวนผู้สูงอายุประจำปี 2564-2565 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง จำนวน 646 คน 668 คน และ 765 คน ตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 704 คน รวมถึงในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า การหกล้มยังคงเป็นปัญหา ที่สำคัญของผู้สูงอายุ (รายงานข้อมูลตำบลท่าชี, 2566) ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เห็นความสำคัญจากผลกระทบของปัญหาด้านสุขภาพและการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และจำเป็นต้องเร่งหาแนวทางการแก้ไขและแนวทางการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาแนวทางการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้อมาเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ การส่งเสริมและป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสำหรับชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและระมัดระวังตนเองจากปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการหกล้ม ลดอัตราการเกิดการพลัดตกหกล้ม รวมถึงเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การคัดตหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดตหกล้มของผู้สูงอายุในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. เพื่อหาแนวทางการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการคัดตหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

## ประโยชน์

1. ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การคัดตหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. ทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดตหกล้มของผู้สูงอายุในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรที่ดูแลงานสร้างเสริมสุขภาพในการพัฒนาและกำหนดแนวทางการป้องกันตนเองจากการคัดตหกล้มของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล รวมถึงสามารถถ่ายทอดไปยังผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักและเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สภาพแวดล้อมภายในบ้าน เพื่อป้องกันการคัดตหกล้มได้อย่างยั่งยืน

## นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงสามารถช่วยเหลือตนเองได้พูดคุยสื่อสารได้ มีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การคัดตหกล้ม หมายถึง การสูญเสียการทรงตัว เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุหรือร่างกายลงไปสู่พื้นหรือพื้นผิวอื่นที่อยู่ต่ำกว่าร่างกาย อาจส่งผลให้ร่างกายได้รับการบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ได้

ประวัติการคัดตหกล้ม หมายถึง การคัดตหกล้ม ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาดัชนีมวลกาย (Body mass index : BMI) หมายถึง เป็นค่าที่ใช้ประเมินภาวะโภชนาการที่ได้จากการพิจารณาน้ำหนักตัวที่สัมพันธ์กับส่วนสูง คำนวณโดยน้ำหนักตัวคิดเป็นกิโลกรัมหารด้วยกำลังสองของส่วนสูงเป็นเมตร

ลักษณะการพักอาศัย หมายถึง ลักษณะการอยู่ร่วมกันในครอบครัวประกอบด้วย การพักอาศัยอยู่ร่วมกับลูกหลาน ญาติพี่น้อง สามเณร หรืออาศัยอยู่คนเดียว

การใช้ยา หมายถึง จำนวนชนิดของยา ขนาดวิธีการรับประทาน ที่ผู้สูงอายุรับประทานในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเป็นประจำ ได้แก่ ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาทรักษาความดันโลหิตสูง

การมองเห็น หมายถึง ประสิทธิภาพของสายตาต่อการมองเห็นลดลง สายตาวัวมัว มีอาการปวดตา เคืองตา มองเห็นไม่ชัดเจน อ่านหนังสือไม่ได้หรืออ่านได้ลำบากขึ้น

การทรงตัว การเคลื่อนไหว การเดิน หมายถึง ความสามารถในการควบคุมความสมดุลของร่างกายให้เหมาะสมในอิริยาบถต่างๆ ให้สัมพันธ์กับน้ำหนักตัว โดยที่ร่างกายไม่เสียสมดุลบนฐานที่รองรับร่างกาย ซึ่งการทรงตัวที่ดีจะต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทุกระบบในร่างกาย โดยเฉพาะการทำงานของระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาท

การได้ยิน หมายถึง การรับรู้เสียงได้ เป็นการรับรู้การสื่อสารจากการพูด ซึ่งภาวะที่มีความบกพร่องในระบบการได้ยิน ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการฟัง

สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน หมายถึง ลักษณะที่อยู่อาศัย การขึ้นลงบันไดต่อวัน บริเวณบ้านมีราวจับลักษณะส้วมในบ้าน ลักษณะพื้นผิวห้องน้ำ แสงสว่างภายในบ้านของห้องต่างๆ ภายในบ้านและบริเวณรอบๆ บ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่หรือใช้งานเป็นประจำ ได้แก่ ห้องน้ำ ห้องครัว ห้องนั่งเล่น ซานบ้าน ระเบียง บันได

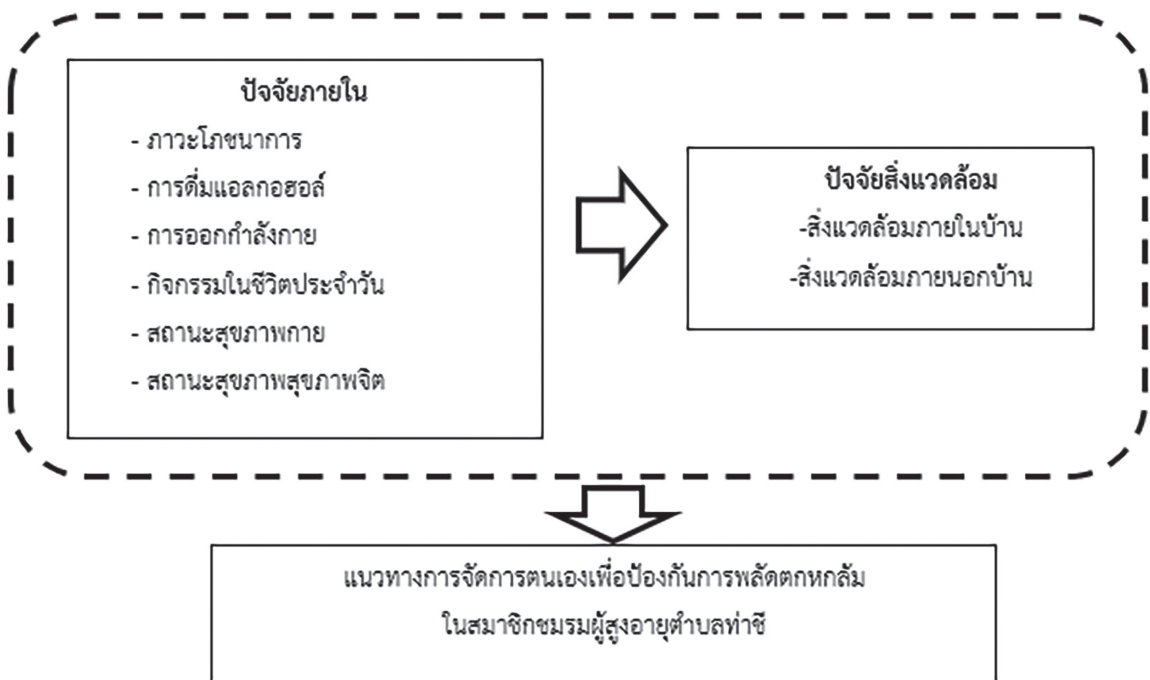
สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน หมายถึง ลักษณะสภาพแวดล้อมบริเวณทางเดินรอบบ้าน ได้แก่ การมีน้ำขังพื้นลื่น มีหลุมบ่อ มีหินกรวดซรุขระ มีสิ่งกีดขวาง

ทางเดิน บริเวณรอบบ้านสะสมของเก่า มีวัสดุแตกหักที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ บริเวณรอบบ้านมีทางลาดชัน

### กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ การประเมินความเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ และ

พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และนำแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple Causality Assumption) ที่มีสมมติฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัยและการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสียก่อนโดยอาศัยกระบวนการ และวิธีการต่างๆ มาประยุกต์และกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2567

**กลุ่มประชากร** คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 370 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานีจำนวน

192 คน โดยใช้สูตรคำนวณกรณีทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ตามแนวคิดของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) (Yamane, Taro 1973 อ้างอิงใน ศิริพงษ์ พงุทธิพันธ์, 2553 : 203) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Selection) ได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

## เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Inclusion criteria)

- ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี
- ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
- ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี
- มีความสมัครใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และสามารถเดินทางมาเข้าร่วมการวิจัยได้มีความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยลงนามในใบยินยอม
- สามารถใช้ภาษาไทยเพื่อการสื่อสารโต้ตอบที่ได้ใจความ

## เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง
- ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

### เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว การประกอบอาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย กิจกรรมในชีวิตประจำวัน สถานะสุขภาพกาย และสุขภาพจิต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อมจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ประวัติการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา สาเหตุ สถานที่ผลจากการหกล้ม และการรักษาหลังจากการหกล้ม

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Item Objective Congruence: IOC) โดยทุกข้อมีค่าคะแนน 0.8 ขึ้นไป จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

## การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนและกระบวนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชีที่จะทำการลงเก็บข้อมูลถึงวิธีการเก็บข้อมูล รวมถึงชี้แจงสิทธิของทีกลุ่มตัวอย่างที่จะสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา โดยการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาของแพทย์และผู้ป่วยสามารถหยุดที่จะไม่ตอบคำถามได้ตลอดเวลาหากมีความรู้สึกไม่สบายใจ

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยให้ผู้ถูกวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของการตอบคำถามเป็นลำดับสุดท้าย หลังจากนั้นเป็นการนำข้อมูลบันทึกลงโปรแกรมแปลผลเพื่อแปลผลต่อไป กรณีกลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ได้และมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะเป็นคนอ่านข้อคำถามให้ฟังแล้วให้อาสาสมัครตอบคำถามโดยทำทีละข้อตามหมวดแบบสอบถาม

## การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ สถิติการแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติทดสอบความสัมพันธ์แบบ logistic regression

## ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ข้อ 1 จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์การพลัดตกหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้มีแนวทางการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาภาวะหกล้ม โดยผู้เข้าร่วมชมรมสามารถนำไปปรับวิธีปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเองและครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละคนมีพื้นฐานครอบครัวและความเป็นอยู่ต่างกัน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งสามารถนำไปปรับใช้กับประชาชนในชุมชนและเขตพื้นที่ตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ข้อ 2 จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี สามารถจำแนกรายข้อได้ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชีส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีอายุ 61-70 ปี จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 40.10 มีสถานภาพสมรส คู่ จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 66.15 ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 53.13 และส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพ จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 55.21 ตามลำดับ

ปัจจัยภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ ด้านสถานะสุขภาพกายและสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี ส่วนใหญ่มีสถานะสุขภาพกายและสุขภาพจิต ด้านโรคประจำตัว คือ มีโรคประจำตัว จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 80.21 มียาที่ใช้ประจำ จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 63.54 ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการเดิน จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 77.60 ไม่มีปัญหาในการทรงตัว จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 75.52 ไม่มีอุปกรณ์ช่วยในการเดินและการเคลื่อนที่

จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 92.19 มีการมองเห็นชัดเจนดี จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 66.46 ไม่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีอาการปัสสาวะเล็ด ราดรด ปัสสาวะไม่พุ่ง/หลายหยัก) จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 66.15 ส่วนใหญ่เมื่อทดสอบโดยการถามความสามารถในการทอนเงิน/แลกเงิน สามารถทำได้ จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 69.27 ไม่มีความกลัวการหกล้ม จนไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยมักทำ จำนวน 173 คน คิดเป็นร้อยละ 90.10 และ โดยรวมของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับวัยเดียวกัน โดยส่วนใหญ่ตอบเหมือนกัน จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 50.52 ตามลำดับ

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี พบว่า ลักษณะของที่พักอาศัยส่วนใหญ่ เป็นบ้านชั้นเดียวติดพื้น จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 80.73 มีบันไดเหมาะสม (สามารถวางเท้าและก้าวเท้าขึ้นได้พอดี) จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 97.40 บันได/ราวบันไดมีความแข็งแรงมั่นคง จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 ลักษณะพื้นในบริเวณบ้านของท่านมีลักษณะพื้นปูกระเบื้องแบบมันลื่น จำนวน 148 คน คิดเป็น ร้อยละ 77.08 มองเห็นสิ่งต่าง ๆ ในบ้านได้ชัดเจน จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 85.94 การจัดวางสิ่งของเป็นระเบียบ จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 ภายในห้องน้ำของท่านลักษณะโถส้วมเป็นแบบโถนั่งหรือชักโครก จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 53.65 ส่วนใหญ่ในห้องน้ำไม่มีราวเกาะ จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 พรหมเช็ดเท้าที่ใช้ในบ้าน มียางเกาะกันลื่น จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 34.90 รองเท้าที่ท่านใส่มีความเหมาะสม จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 98.44 มีสัตว์เลี้ยง (สุนัขหรือแมว) จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 77.60 ไม่มีเด็กเล็กอยู่ในบ้าน จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 65.63 อุปกรณ์ช่วยเหลือในการเดินเหมาะสม จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 90.63 และมีเก้าอี้ที่ท่านใช้ในบ้านเหมาะสม จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 98.96 ตามลำดับ

ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชีส่วนใหญ่ไม่เคยพลัดตกหกล้ม

ในช่วงระยะเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2565-กันยายน 2566) จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 68.75 สาเหตุที่ทำให้เกิดการหกล้ม คือ เดินสะดุด จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 88.54 สถานที่เกิดการหกล้ม คือ บ้าน จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 82.99 ผลจากการหกล้ม คือ ไม่ได้รับบาดเจ็บ จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และการรักษาที่ได้รับภายหลังการหกล้ม คือ ไม่ได้รับการรักษาใดๆ จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 84.90 ตามลำดับจากผลการวิเคราะห์หือทธิพลของข้อมูลทั่วไป ปัจจัยภายใน และปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่าสมการสามารถทำนายการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยรวมได้ร้อยละ 81.3 ( $c^2 = 79.594$ , \*Sig = .05,  $R^2 = .395$ ,  $-2LL = 147.867$ ) โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ คือ เพศ สถานภาพ โรคประจำตัว ปัญหาในการทรงตัว เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และลักษณะของที่พักอาศัย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wald = 20.499, 11.648, 5.250, 3.589, 18.855, 11.931 และ 6.255) ดังตารางที่ 1 สามารถเขียนสมการการถดถอยโลจิสติก ทำนายโอกาสของการหกล้ม ดังนี้

$$\text{Prob (การหกล้ม)} = 1/1 + e^{-Z}$$

โดย  $z = -1.137 + 1.622$  (โรคประจำตัว) + .341 (การมองเห็น) + 1.140 (เครื่องดื่มแอลกอฮอล์)

+ .154 (ภาวะสุขภาพโดยรวม) + .802 (ลักษณะของที่พักอาศัย)

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ คือ

ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีโอกาสหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว .197 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ (adjOR = .197,  $p < 0.001$ )

ผู้สูงอายุที่มีการมองเห็นไม่ชัด มีโอกาสหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มองเห็นชัด .473 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ (adjOR = .473,  $p < 0.001$ )

ผู้สูงอายุที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.320 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ (adjOR = .320,  $p = .000$ )

ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุมีผลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ .858 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ (adjOR = .741,  $p < 0.001$ )

ผู้สูงอายุที่มีลักษณะของที่พักอาศัยต่างกัน เช่น พื้นปูกระเบื้องแบบมันลื่น หรือพื้นต่างระดับ มีโอกาสเกิดการหกล้ม .448 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ (adjOR = 2.000,  $p = .000$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงผลการวิเคราะห์หือทธิพลของข้อมูลทั่วไป ปัจจัยภายใน และปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการหกล้มของผู้สูงอายุ

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
เพศ	.693	.153	20.499	1	.000	2.000
อายุ	.006	.025	.053	1	.817	1.006
สถานภาพ	1.113	.326	11.648	1	.001	3.043
โรคประจำตัว	-1.622	.708	5.250	1	.022	.197
ยาที่ใช้ประจำ	.854	.776	1.209	1	.272	2.348
ปัญหาในการทรงตัว	1.446	.763	3.589	1	.058	4.245
การมองเห็น	-.341	.475	.516	1	.473	.711
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-1.140	.263	18.855	1	.000	.320
การออกกำลังกาย	.343	.279	1.513	1	.219	1.410
ภาวะสุขภาพโดยรวม	-.154	.464	.110	1	.741	.858
ลักษณะของที่พักอาศัย	-.802	.321	6.255	1	.012	.448
บันได	-.750	.507	2.187	1	.139	.473



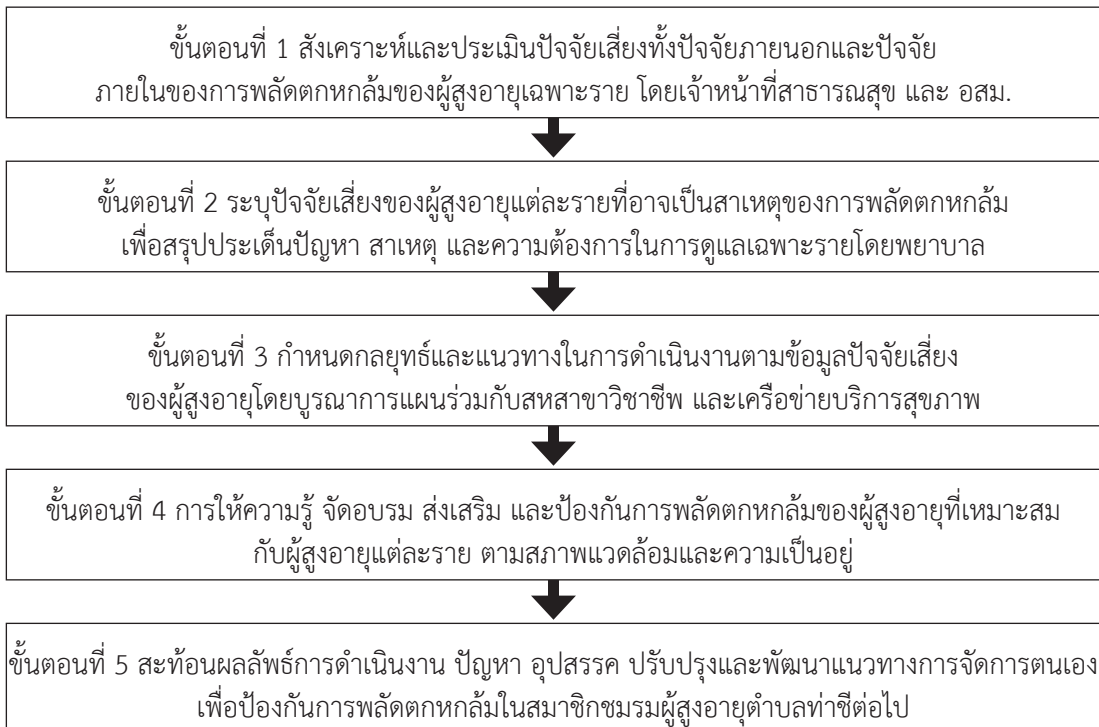
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
ภายในห้องน้ำ	.238	.500	.228	1	.633	1.269
ในห้องน้ำมีราวเกาะ	.093	.584	.026	1	.873	1.098
Constant	-1.137	3.594	.100	1	.752	3.116

หมายเหตุ:  $X^2 = 79.594$ , \*Sig = .05,  $R^2 = .395$ , -2LL = 147.867a

วัตถุประสงค์ข้อ 3 จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำข้อมูลมาเป็นแนวทางการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

จากผลการวิเคราะห์การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี สถานการณ์การพลัดตกหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี และการประเมินความเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ ต่อพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มพบตัวแปรสำคัญที่ผู้สูงอายุจะเกิดการหกล้มได้ ได้แก่ โรคประจำตัว การมองเห็น การตีมือเครื่องตีแอลกอฮอล์ ภาวะสุขภาพโดยรวม และลักษณะของที่พังกาอาศัยของ

ผู้สูงอายุ ดังนั้น การป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญ ทั้งในส่วนครอบครัว ชุมชน ตลอดจนบุคลากรทางด้านสุขภาพ ที่จะร่วมมือกันในการป้องกันและหาแนวทางการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี เพื่อให้ผู้สูงอายุปราศจากการพลัดตกหกล้มไม่เกิดการบาดเจ็บ/เสียชีวิต และผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอขั้นตอนการจัดการทำแนวทางในการป้องกัน ส่งเสริม และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี ดังภาพที่ 1



**ภาพที่ 1** ขั้นตอนการจัดการทำแนวทางในการป้องกัน ส่งเสริม และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี

## สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย เรื่อง แนวทางการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลท่าชี อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี สามารถสรุปและอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ด้านปัจจัยภายใน ประกอบด้วย ด้านแบบแผน การดำเนินชีวิต และด้านสถานะสุขภาพกายและสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเลยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกาย น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง มีกิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวัน คือ ทำงานบ้าน ส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว แต่ไม่มีอาการ ผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม ไม่มีปัญหาด้านการเดิน ไม่มีปัญหาในการทรงตัว แต่ไม่มีอุปกรณ์ช่วยในการเดิน และการเคลื่อนที่เนื่องจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่า ไม่จำเป็นและสามารถเดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ การมองเห็นชัดเจนดี ไม่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ (ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีอาการปัสสาวะเล็ด ราดรด ปัสสาวะไม่พุ่ง/หลายหยัก) ไม่มีอาการกลัวการหกล้ม และโดยรวมเมื่อเปรียบเทียบกับวัยเดียวกันคิดว่าตนเอง มีสุขภาพเหมือนคนวัยเดียวกัน ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า ผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมในชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี ได้รับการ ให้ความรู้ ส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านการกิน การอยู่ และการ ดูแลตนเอง ที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุแต่ละคนมีความ มั่นใจในการดูแลตนเอง ไม่จำเป็นต้องพึ่งพิงลูกหลาน ตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดารารวรรณ รongเมือง และคณะ ศึกษาอุบัติการณ์ของการหกล้ม และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยใน ชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี ประสบการณ์การ หกล้มในรอบปีที่ผ่านมาเพียง ร้อยละ 26.20 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองไม่ต้องมี ผู้ดูแล/ผู้ช่วยเหลือ ร้อยละ 85.20 มีความสามารถในการ ทรงตัวขณะเคลื่อนไหวในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.70 และมีประวัติการได้รับยาหลายชนิด ร้อยละ 63 (ดารารวรรณ รongเมือง และคณะ, 2559) และสอดคล้องกับงานวิจัย ของ อริสรา บุญรักษา ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มใน ผู้สูงอายุ ตำบลแม่ืองอำเภอกฎมยว จังหวัดพะเยา ด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ พบว่า ที่พักอาศัย บ้านสองชั้น มีราวบันได 1 ข้าง พื้นบ้านปูกระเบื้องมันลื่น มีห้องน้ำภายในบ้าน เป็นส้วมชักโครก และห้องน้ำไม่มี ราวเกาะ (อริสรา บุญรักษา, 2564)

## วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

ร้อยละ 96.3 ไม่มีปัญหาการทรงตัว ร้อยละ 89.2 การมองเห็นชัดเจนร้อยละ 73.3 ภาวะสุขภาพดี 59.6 ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่ พบว่า ที่พักอาศัยบ้าน สองชั้น ร้อยละ 54.2 มีราวบันได 1 ข้าง ร้อยละ 56.2 พื้นบ้านปูกระเบื้องมันลื่น ร้อยละ 68.8 มีห้องน้ำภายใน บ้าน ร้อยละ 77.1 เป็นส้วมชักโครก ร้อยละ 95.8 ห้องน้ำ ไม่มีราวเกาะ ร้อยละ 85.4 (อริสรา บุญรักษา , 2564)

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบ้าน ชั้นเดียวติดพื้น มีบันไดเหมาะสม (สามารถวางเท้าและ ก้าวเท้า ขึ้นได้พอดี) บันได/ราวบันไดมีความแข็งแรง มั่นคง ลักษณะพื้นในบริเวณบ้านของท่านมีลักษณะพื้นปู กระเบื้องแบบมันลื่น มองเห็นสิ่งต่าง ๆ ในบ้านได้ชัดเจน การจัดวางสิ่งของเป็นระเบียบ ภายในห้องน้ำของท่าน ลักษณะโถส้วมเป็นแบบ โถนั่งหรือชักโครก แต่ในห้องน้ำ ไม่มีราวเกาะ พรมเช็ดเท้าที่ใช้ในบ้านมียางเกาะกันลื่น มีสัตว์เลี้ยง (สุนัขหรือแมว) ไม่มีเด็กเล็กอยู่ในบ้าน และมี แก้วที่ท่านใช้ในบ้านเหมาะสม ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า คุณลักษณะของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะทำ สิ่งต่าง ๆ อย่าง ระมัดระวัง เดินช้า และอยู่ติดบ้าน และบางคนอาจใช้ ห้องน้ำน้อยจึงทำให้ห้องน้ำแม้จะอยู่ในตัวบ้าน หรือนอก ตัวบ้านก็ไม่มีผลกระทบที่จะทำให้ผู้สูงอายุหกล้ม รวมทั้ง ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี ได้รับความรู้และการส่งเสริมเกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อม ภายในบ้านเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับ งานวิจัยของ อริสรา บุญรักษา ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ หกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่ืองอำเภอกฎมยว จังหวัด พะเยา ด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ พบว่า ที่พักอาศัย บ้านสองชั้น มีราวบันได 1 ข้าง พื้นบ้านปูกระเบื้องมันลื่น มีห้องน้ำภายในบ้าน เป็นส้วมชักโครก และห้องน้ำไม่มี ราวเกาะ (อริสรา บุญรักษา, 2564)

ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยภายใน และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ คือ เพศ สถานภาพ โรคประจำตัว ปัญหาในการทรงตัว เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และลักษณะของที่พักอาศัย ได้อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้มเพื่อการส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุพึงระวังและมีการป้องกันตนเอง ทั้งด้านที่อยู่ อาศัย สภาพแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความพิการและการเสียชีวิตจากการหกล้ม และยังช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและเกิดการป้องกันตนเองจากปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อริสรา บุญรักษา ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่ืองอำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา สามารถใช้ทำนายนการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลแม่ืองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้สมการทำนาย คือ การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุควรเน้นการดูแลในผู้ที่มีอายุมาก มีปัญหาการทรงตัว ปัญหาการมองเห็น ดัชนีมวลกาย ภาวะสุขภาพและการมีราบบันได (อริสรา บุญรักษา, 2564) และสอดคล้องกับ วนิดา ราชมณี กล่าวว่าการพลัดตกหกล้มเป็นเรื่องสำคัญในผู้สูงอายุ เนื่องจากมักนำมาซึ่งปัญหาต่างๆ เช่น กระดูกหัก เดินไม่ได้ ทำให้เกิดการติดเชื้อต่างๆ และช่วยเหลือตนเองได้ลดลงหรืออาจไม่ได้เลย โดยสาเหตุของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนั้นมีทั้งปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายใน (วนิดา ราชมณี, 2565)

## ข้อเสนอแนะ

### 1) ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ด้านนโยบาย สามารถแนวทางดังกล่าวมาพัฒนารูปแบบการจัดการพลัดตกหกล้มให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าชี และนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในชุมชนและสามารถนำไปสู่การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยผู้บริหาร หน่วยงานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสร้างความร่วมมือและจัดอบรมบุคคลากรในทีมสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การสื่อสารตลอดจนการส่งต่อการดูแลในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เพื่อส่งเสริมความมั่นใจทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการความกลัวการหกล้ม และป้องกันการหกล้มจากการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3. ด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชน และ อสม. สามารถได้รับความรู้และมีแนวทางในการถ่ายทอดข้อมูลไปยังผู้สูงอายุ ครอบครัว และประชาชนในชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและอาจส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ ตลอดจนสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการปฏิบัติและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง

### 2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. หากมีการศึกษาในครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่อื่นๆ เพื่อขยายผลการศึกษาให้สามารถอ้างอิงไปสู่ประชากรสูงอายุที่มีความหลากหลาย เพื่อทราบถึงประเด็นปัญหาและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้ม เพื่อนำมาสู่การพัฒนาและปรับปรุงนโยบายด้านการบริหารและการให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมความต้องการของพื้นที่นั้นๆ

2. ควรยกระดับด้านการวิจัยโดยที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อนำไปสู่การสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุให้ห่างไกลจากการพลัดตกหกล้มได้อย่างแท้จริง และสามารถต่อยอดไปยังการสร้างสรรค่นวัตกรรมที่ช่วยป้องกันปัญหาการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนได้

## จริยธรรมวิจัย

ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ลำดับที่ COA/2566 เมื่อวันที่ 7 กันยายน 2566

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี สาธารณสุขอำเภอบ้านนาสาร ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ส่งผลให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- दारारวรรณ รองเมือง และคณะ. อุบัติการณ์ของการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 27(ฉบับเพิ่มเติม) ; 2559.123-135.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2566, จาก <http://www.dop.go.th>; 2562.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าชี. รายงานข้อมูลตำบลท่าชี. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าชี; 2566.
- ละออม สร้อยแสง, จริญญาวัตร คมพัยค์ และกนกพร นทีชนสมบัติ. การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนา.วารสารพยาบาลทหารบก; 2557, 15(1), 122-129.
- วนิดา ราชมิ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 6. ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
- วันทนีย์ กุลเพ็ง และคณะ. รายงานรายงานการทํากิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยโครงการศึกษาการดำเนินมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนในประเทศไทย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ: กรุงเทพฯ; 2561.
- ศิริพงศ์ พงษ์พิพันธุ์. ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับธุรกิจ. (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: ฮาซันพริ้นติ้ง; 2553.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข: กรุงเทพฯ; 2559.
- อริสรา บุญรักษา. ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่ือง อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา. หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา; 2564.
- Hendrich, A.L. Bender, P.S. & Nyhuis, A. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A large concurrent case/control study of hospitalized patients. Applied Nursing Research; 2003, 16(1),921.
- Malini, F. M., Lourenço, R. A., & Lopes, C. S. Prevalence of fear of falling in older adults, and its associations with clinical, functional and psychosocial factors: The Frailty in Brazilian Older People-Rio de Janeiro study. Geriatrics & gerontology international; 2016, 16(3),336-344.
- Nasuphawat. Elderly Nursing: Challenges for the Elderly Population. 2nd ed. KhonKaen : printing KhonKae; 2009.
- Stephen, H., & Andrew, G. Fear of falling. Australine Journal of Advanced Nursing; 2011, 27(1): 94-100.

## การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย (Nursing Care for Patients with Sepsis : Case Study 2 case)

อาภรณ์รัตน์ ปานโบ  
Arpornrat Panbo  
โรงพยาบาลระนอง  
Ranong Hospital

### บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤต และฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากผลของภาวะนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลว จนนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด ดังนั้นการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทุกขั้นตอนตั้งแต่แรกเริ่ม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จนกระทั่งจำหน่ายจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 รายที่เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อ รายที่ 1 แพทย์วินิจฉัย Scrub typhus with shock รายที่ 2 แพทย์วินิจฉัย Infected diarrhea with septic shock suspected DIC, hyper K มีโรคร่วมความดันและเบาหวาน ทั้ง 2 รายได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผลลัพธ์ของการรักษาบรรลุเป้าหมายทั้ง 2 ราย แต่รายที่ 2 มีภาวะโรคร่วมจึงต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือด

ปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บรรลุผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย Sepsis คือ สมรรถนะของพยาบาล ตั้งแต่การคัดกรองและประเมิน ติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จนกระทั่งให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคร่วม ดังนั้นจึงควรเน้นให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตได้

**คำสำคัญ :** แนวปฏิบัติ, การพยาบาล, การติดเชื้อในกระแสโลหิต

### Abstract

Bloodstream infection (sepsis) is a critical and emergency condition that causes tissue destruction and failure of the body's vital organs. This led to the death. Treating patients with bloodstream infections in accordance with the guidelines at the beginning of the patient's admission and preventing complications can save patients 'lives.

This study compared the care of two patients with bloodstream infection who developed septic shock. Patient 1 suffered from scrub typhus and patient 2 has comorbidities, hypertension and diabetes, suffered from diarrhea. Both patients were treated in accordance with the guidelines for caring of patients with bloodstream infections. Both patients were cured and approved. As the second patient had underlying medical conditions, close monitoring was required, especially blood sugar levels. Factors related to the success of medical treatment for patients with bloodstream infections is the competency of nurses, from screening and assessment, monitoring and surveillance patients with bloodstream infections, as well as advising patients before discharge to prevent recurrence, especially among those with comorbidities.

Therefore, it should be emphasized nurses who provide care for patients with bloodstream infections follow the guidelines to prevent complications, which may cause death of the patient.

**Keywords:** Guideline, Nursing practice, Bloodstream infection

## บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤต และฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากผลของภาวะนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลว จนนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดนั้นมีอัตราการเสียชีวิตสูงมาก โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงติด 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก (กนก พิพัฒน์เวช, 2551) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในปี พ.ศ. 2559-256 จำนวน 25,432, 52,138 และ 177,627 ราย ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในปี 2562-2564 เท่ากับ 32.92, 32.68 และ 32.47 ต่อแสนประชากร พบอัตราการตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 156.8 และ 118 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งตามระดับความรุนแรงเพื่อให้ง่ายต่อการประเมินและการรักษา เป็น 4 ระยะ ได้แก่ (1) systemic inflammatory response syndrome (SIRS) เป็นกระบวนการอักเสบ (systemic inflammation) ที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อ ต้องมีอาการทางคลินิกอย่างน้อย 2 ข้อจากจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) อุณหภูมิร่างกาย  $> 38^{\circ}\text{C}$  หรือ  $< 36^{\circ}\text{C}$  2) อัตราการเต้นของหัวใจ  $> 90$  ครั้ง/นาที 3) อัตราการหายใจ  $> 20$  ครั้ง/นาที หรือ  $\text{PaCO}_2 < 32$  mmHg และ 4) เม็ดเลือดขาว  $> 12,000$  หรือ  $< 4,000$  cell/mm<sup>3</sup> หรือมี immature form  $>$  ร้อยละ 10 (2) Sepsis คือ ภาวะ SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปร่วมกับมีอาการหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย (3) Severe sepsis คือ ผู้ป่วย sepsis

ที่เกิดภาวะ hypoperfusion หรือ organs dysfunction โดยที่มีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ และ (4) Septic shock ภาวะ sepsis ที่มี systolic blood pressure  $< 90$  mmHg หรือลดลง  $> 40$  mmHg จากค่าเดิม หรือ Mean Arterial Pressure (MAP)  $< 70$  mmHg โดยที่ ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำ อย่างเพียงพอแล้ว (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2558) ผู้ป่วย Sepsis ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็ว จะทำให้เข้าสู่ภาวะ Septic shock และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30 เนื่องจาก Toxin ของ Bacteria ที่เข้าสู่กระแสเลือดจะทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัวอย่างรวดเร็วทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ ถึงแม้จะให้สารน้ำอย่างเพียงพอ จึงต้องให้ยากลุ่ม Vasopressor เพิ่ม เช่น Norepinephrine ความดันโลหิตที่ต่ำลงทำให้เกิดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (tissue hypoxia) จากภาวะ Hypoperfusion เนื้อเยื่อจะปรับตัวโดยพยายามดึงเอาออกซิเจนจากเลือดซึ่งมีน้อยอยู่แล้วออกจากฮีโมโกลบินและพลาสมาให้มากขึ้น หากยังไม่เพียงพอ ร่างกายจะปรับตัวโดยเปลี่ยนไปใช้ anaerobic metabolism แทน ทำให้ระดับของสาร lactate ในเลือดสูงขึ้น นอกจากนั้น Toxin ของ Bacteria ยังทำให้เกิดลิ่มเลือดขนาดเล็กกระจายทั่วไปในหลอดเลือด (DIC) ทำให้เกิด Organ dysfunction เกิดการทำงานของอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว หากอวัยวะล้มเหลวพร้อมๆ กันหลายระบบ (Multiple Organ Failure) จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (สาทร ธรรมนิยมอินทร์, 2562 : สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2558)

เนื่องจากภาวะ severe sepsis และ septic shock เป็นภาวะที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง ซึ่งต้องการการคัดกรอง วินิจฉัย และดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ มี 3 ข้อ ได้แก่ 1) ความถูกต้อง รวดเร็ว

ในการวินิจฉัย การรักษาที่ช้า หรือเริ่มให้การรักษาเมื่อเกิด Multiple organs dysfunction แล้ว จะทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมาก โดยผู้ป่วย septic shock ที่มีการทำงานของ organs dysfunction 1 ระบบ จะมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 20 หากมี organs dysfunction เพิ่มขึ้นเป็น 2, 3 หรือ 4 ระบบ อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 40, 60 และ 80 ตามลำดับ 2) ความรวดเร็วและเหมาะสมในการให้สารน้ำ โดยเฉพาะใน 1-2 ชั่วโมงแรกของการรักษา การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงขึ้น และ 3) ความรวดเร็วในการให้ยาต้านจุลชีพที่เหมาะสมและครอบคลุมเชื้อ (สารธรรมชาติอินทรีย์, 2562 : สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2558, )

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตของประเทศไทยได้เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เช่นเดียวกับ Surviving Sepsis Campaign (SSC) ของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตทั้งในยุโรปและอเมริกา (Rhodes, et al., 2017) โดยกำหนดกลยุทธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ขั้นตอนดังนี้ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็วร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ และ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การประสานงาน และการเฝ้าติดตามกำกับอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งกำหนดให้มีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติครบถ้วน ทันเวลา ซึ่งพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้นและมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลลดลง

โรงพยาบาลระนอง เป็นโรงพยาบาลขนาด 300 เตียง ในปี 2564, 2565 และ 2566 พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมด 529, 668 และ 632 ราย ตามลำดับ และพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 32.51, 36.37 และ 33.23 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าอัตราการตายลดลงแต่ยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไม่เกินร้อยละ 26 จากความเป็นมาและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าหน่วยงานอายุรกรรมหญิง

ได้ตระหนักถึงความสำคัญด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พยาธิสรีรวิทยาของโรคสาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลที่ทันสมัยโดยอ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการ นำเสนอในรูปกรณีศึกษา 2 รายเปรียบเทียบให้เห็นความสำคัญของการใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อการวินิจฉัย นำไปสู่การวางแผนเข้าระบบ ปรับปรุงแนวปฏิบัติเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบครบวงจร เพื่อให้อัตราการตายลดลงได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ที่ได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลระนอง ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2567 จำนวน 2 ราย รายที่ 1 และรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 2 ราย ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสถิติของโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ร่วมกับการใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Protocol Sepsis) ผู้ศึกษาได้พัฒนามาจาก The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) (Mervyn, et al., 2016) และการใช้เครื่องมือที่ประเมินจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากการเปลี่ยนแปลงอวัยวะที่สำคัญออกมาในรูปแบบ

ระดับคะแนน (National Early Warning Score: NEWS) ของ Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2 (2017) เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ใช้กระบวนการพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาล ของกอร์ดอน และทฤษฎีวิกฤตเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติในระยะวิกฤต สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

### การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาแบบแบบ ยกเว้นการพิจารณา (Exemption Review Report) จาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลระนอง เลขที่ COE\_RNH.EC.006/2567 ก่อนการรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ เวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และสถิติของโรงพยาบาล กรณีศึกษา 2 กรณีนี้ไม่มีการละเมิดสิทธิผู้ป่วย และข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษา ผู้ศึกษาได้เก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งไม่สามารถระบุถึงตัวผู้ป่วยได้

### ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 72 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ ส่งต่อจากโรงพยาบาลกะเปอร์ ด้วยประวัติ 6 วันก่อนทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลีย ปวดท้อง ไข้ 3 ชม.ก่อนมา รพ. เพลียมาก ทานอาหารไม่ได้เลย แกร็บ T 37.2 °C, P 86 /min RR 24 /min BP 87/ 52 mmHg O 2 sat 95 % Room air On O2 canular 3 LPM แพทย์ตรวจร่างกายพบ lung clear ผล CXR no infiltration Dx. Scrub typhus ให้ IV 0.9% NSS 1000 cc IV load 700 ml then rate 60 ml/hr ให้ Norepinephrine 1:62.5 IV drip 15 ml/hr ใส่ Foley catheter ให้ Ceftriaxone 2 gm. IV, Plasil 10 mg V ผล Lab ที่ผิดปกติ คือ Scrub typhus positive WBC 9,600 cell/mm, Neu 74 cell/mm<sup>3</sup>, PLT 104,000 cell/mm Hct. 36, BUN 49, Cr1.48, GFR 35.12 ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมให้ส่งต่อ มาโรงพยาบาลระนอง หลังรับไว้ 6 ชั่วโมง T 38 °C , P 82/min RR 18 /min BP 91/54 mmHg O 2 sat 99%

T 36.5 °C เพิ่ม Antibiotic Azithromycin 500 mg v OD เจาะ H/C x II หลังรับไว้ 24 ชั่วโมง RR 18 /min P 82 /min BP 117/56 mmHg ผล H/C no growth 2 bottle หลังรับไว้ 36 ชั่วโมง ไข้ลง T 36.9 °C, BP 118/ 58 mmHg MAP 63 เริ่มรับประทานอาหารได้ off Norepinephrine ดูแลให้ Antibiotic ต่อเนื่องตามแผนการรักษา repeat BUN 13, Cr 0.53, GFR 95.15 จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต รวมรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 68 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ ส่งต่อจากส่งต่อจาก โรงพยาบาลกระบี่ ด้วยประวัติ 10 ชม. ก่อนมาถ่ายเหลว 5 ครั้ง คลื่นไส้ อาเจียน 3-4 ครั้ง ไข้ หนาวสั่น เพลีย ไปโรงพยาบาลกระบี่ แกร็บ T 37 °C, P 84 /min RR 22 /min BP 76/ 45 mmHg O 2 sat 100 % แพทย์ ตรวจร่างกายพบ lung clear ผล CXR no infiltration Dx. Infected Diarrhea with septic shock suspected DIC, hyper K ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว DM, HT ให้ IV 0.9% NSS 1000 cc IV load 2000 ml keep BP> 90/60 mmHg ให้ Norepinephrine 1:62.5 IV drip 10 ml/hr เพิ่มทีละ 3 ml keep BP> 90/60 mmHg ให้ Ceftriaxone 2 gm. IV, metronidazole 500 mg IV, 7.5% NaHCO<sub>3</sub> 2 amp IV drip in 2 hr 10mg V ผล Lab ที่ผิดปกติ คือ WBC 10,900 cell/mm, Neu 82 cell/mm, PLT 111,000 cell/mm Hct. 24.8, BUN 57.2, Cr 2.97, GFR 15.56, K+ 5.41 เจาะ H/C x II จาก รพ.ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมให้ส่งต่อ มาโรงพยาบาลระนอง หลังรับไว้ 2 ชั่วโมง T 37.8 °C, P 82/ min RR 26/min BP 150/83 mmHg O 2 sat 99% เจาะ DTx 210 mg/dl ให้ Kalimate 30 g + น้ำ 50 cc x 1 dose เพิ่ม Antibiotic Meropenam 500 mg v q 12 hr ใส่ Foley catheter ให้ RI 4 u sc DTX q 6 hr keep (80-110)on RI scale ketone =6 ให้ IV 0.9% NSS rate 80 ml/hr, 10% D/N/2 1000 ml rate 40 ml/hr, 50% MgSo<sub>4</sub> 4 ml + 5% DW 100 ml drip in 4 hr หลังรับไว้ 24 ชั่วโมง ไข้ลง T 37 °C , BP 151/ 75 mmHg Norepinephrine 1:62.5 IV drip 5 ml/hr titrate off DTX q 6 hr keep 80-180 mg% off 10% D/N/2 หลังรับไว้ 36 ชั่วโมง EKCL 30 ml 1 dose, 10%



Ca Gluconate 10 ml drip in 10 min x 3 dose IV  
0.9% NSS rate 80 ml/hr หลังรับไว้ 48 ชั่วโมง off  
cath ดูแลให้ Antibiotic ต่อเนื่องตามแผนการรักษา

repeat BUN 10, Cr 0.85, GFR 70.60 จำหน่ายโดย  
แพทย์อนุญาต วมรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน

เปรียบเทียบกรณีศึกษา : การปฏิบัติตาม Sepsis guideline

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<b>1. การปฏิบัติตาม Sepsis guideline</b>		
1.1 การชักประวัติอาการ SIRS + Infection	1.1 มี SIR 3 ข้อ คือ T 38 °C ,RR 24/min, BP 87/52 mmHg +มีHx. Infection ผล scrub positive (ใช้ปวดท้อง)	1.1 มี SIR 2 ข้อ คือ RR 22/min, BP 76/45 mmHg + มีHx infection (ไข้, ถ่ายเหลว)
1.2 การเจาะ H/C ใน 30 นาที หลัง Dx. Sepsis	1. เจาะ H/C 2 ขวดที่ รพช.แล้วให้ Antibiotic Dx. Scrub typhus	1. เจาะ H/C 2 ขวดที่ รพช.แล้วให้ Antibiotic Dx. Infected Diarrhea with septic shock suspected DIC, hyper K
1.3 การให้ ATB ใน 60 นาทีหลัง Dx. Sepsis	1.3 ให้ Ceftriaxone 2 gm. IV	1.3 ให้ Ceftriaxone 2 gm. IV, metronidazole 500 mg IV
1.4 การให้ 0.9% NSS IV load	1.4 ให้ IV 0.9% NSS 1000 cc IV load 700 ml then rate 60 ml/hr	1.4 ให้ IV 0.9% NSS 1000 cc IV load 2000 ml keep BP> 90/60 mmHg
1.5 การให้ Vasopressor	1.5 ให้ Norepinephrine 1:62.5 IV drip 15 ml/hr	1.5 ให้ Norepinephrine 1:62.5 IV drip 10 ml/hr เพิ่มทีละ 3 ml keep BP> 90/60 mmHg
<b>2. การรักษาแบบ One Hour Bundle</b>		
2.1 การได้รับ ATB	2.1 ได้ Ceftriaxone 2 gm. IV	2.1 ได้ Ceftriaxone 2 gm. IV, metronidazole 500 mg IV
2.2 BP ≥ 90/60 mmHg หรือ MAP ≥ 65mmHg	2.2 BP 87/52 mmHg, MAP = 63 mmHg	2.2 BP 76/45 mmHg, MAP = 56 mmHg
2.3 O2 Saturation ≥ 95%	2.3 O2 Saturation 95% On O2 canular 3 LPM	2.3 O2 Saturation 100%
2.4 urine > 30 cc./Kg/hr.	2.4 urine ~ 100 cc/hr ใส่ Foley cath	2.4 urine ~ 60 cc/hr ใส่ Foley cath

เปรียบเทียบกรณีศึกษา

การวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การพยาบาล
ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 87/52 mmHg - T 38°C	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 76/45 mmHg	การพยาบาล - Monitor V/S, O2 sat. - ดูแลให้ได้รับ Fluid resuscitation อย่างเพียงพอและทันเวลา - ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine ซึ่งเป็นยา High Alert Drug ปรับยาและติดตาม Blood pressure ให้ได้ Target ตาม Rx. รวมทั้งเฝ้าระวังการเกิด Extravasation ที่บริเวณ IV site - เฝ้าระวังภาวะ organ dysfunction ทุกระบบ โดยการติดตามอาการ/อาการแสดง/ผล Lab ต่างๆ
เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 87/52 mmHg - T 38°C	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 76/45 mmHg BUN 57.2, Cr 2.97, GFR 15.56	- ติดตาม และ ประเมินอาการของ Respiratory distress อย่างต่อเนื่องทั้งลักษณะ อัตราการหายใจ - ประเมิน Breath sound - ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ - ติดตาม O2 Sat. ตลอดเวลา
เสี่ยงต่อภาวะไตวายจากการไหลเวียนเลือดไปที่ไตลดลง เนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 87/52 mmHg - GFR 35.12, BUN 49, Cr 1.48	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 76/45 mmHg - GFR 15.56, BUN 57.2, Cr 2.97	- ดูแลการให้สารน้ำและ Vasopressor ให้เป็นไปตาม Rx. - ติดตามและประเมินจำนวน Urine out put - ติดตามค่า GFR, BUN - Record I/O

เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	การวินิจฉัยการพยาบาล	การวินิจฉัยการพยาบาล	การวินิจฉัยการพยาบาล
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดกระจายในหลอดเลือด (DIC) จาก Toxin ของ Bacteria	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 87/52 mmHg - PLT 104,000 cell/mm <sup>3</sup>	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop 76/45 mmHg - PLT แรกรับ 111,000 cell/mm <sup>3</sup> หลังรับไว้ 36 hr. PLT เหลือ 78,000	- Monitor V/S, O <sub>2</sub> sat. - ติดตามค่า Platelets - สังเกตจุดเลือดออกบริเวณต่างๆ - สังเกตอาการและอาการแสดงของ Internal bleeding และอาการที่แสดงการว่ามีกรไหลเวียนลดลง เช่น ปลายมือปลายเท้าซีด เย็น
มีภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	ไม่มี	ข้อมูลสนับสนุน - ketone =6	-ให้ IV 0.9% NSS rate 80 ml/hr -10% D/N/2 1000 ml rate 40 ml/hr -,50% MgSo <sub>4</sub> 4 ml + 5% DW 100 ml drip in 4 hr -10% Ca Gluconate 10 ml drip in 10 min x 3 dose IV 0.9% NSS rate 80 ml/hr -สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดเป็นกรด ระดับความรู้สึกตัว, V/S
มีภาวะ Hyperglycemia	ไม่มี	ข้อมูลสนับสนุน -โรคประจำตัวเบาหวาน -DTX 154-290 mg%	-DTX q 6 hr keep (80-110) on RI scale -ให้ IV 0.9% NSS rate 80 ml/hr สังเกตอาการและอาการแสดงของ Hyperglycemia ระดับความรู้สึกตัว, V/S

เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	การวินิจฉัยการพยาบาล	การวินิจฉัยการพยาบาล	การวินิจฉัยการพยาบาล
มีโอกาสเกิดโรคซ้ำเนื่องจากขาดข้อมูลในการดูแลตนเอง	ข้อมูลสนับสนุน - สูงอายุ	ข้อมูลสนับสนุน - สูงอายุ - โรคประจำตัวเบาหวานและความดัน	- อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ถึงสาเหตุการเกิดโรค, การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ, การรับประทานยาและอาหาร, สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์และมาพบแพทย์ตามนัด - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว - แนะนำสายด่วน 1669 เพื่อเข้าสู่ระบบ Sepsis Fast Tract

วิเคราะห์การปฏิบัติตาม Sepsis guideline และการพยาบาลทั้งสองกรณีศึกษา  
กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์ SIRS + Infection ซึ่งแสดงว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด แรกรับ BP 87/52mmHg โดยผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตาม Sepsis guideline คือ เจาะ H/C ATB Ceftriaxone 2 gm IV ดูแลให้ได้รับ Fluid resuscitation อย่างเพียงพอและทันเวลา ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine ซึ่งเป็นยา High Alert Drug ปรับยาและติดตาม Blood pressure ให้ได้ Target ใส่ Foley cath ให้ ตั้งแต่แรกรับ ปรีक्षाแพทย์เฉพาะทางส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลระนอง ผลเลือดไม่พบเชื้อ เพิ่ม Antibiotic Azithromycin 500 mg v OD

ด้านการพยาบาล จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่า การประเมินผู้ป่วยและการบันทึกตามแบบประเมิน Sepsis ที่ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด ยังไม่ครบถ้วน ยกเว้นการประเมิน SIRS ซึ่งประเมินได้ครบถ้วน ส่วน News Score มีการประเมิน แต่ยังไม่พบการประเมินไม่ต่อเนื่อง

การปฏิบัติการพยาบาล คือ ปฏิบัติได้ตาม Sepsis guideline ผลลัพธ์ผู้ป่วยหาย สามารถไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์ SIRS + Infection ซึ่งแสดงว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือดนอกจากนี้ผู้ป่วยมีโรคร่วมคือเบาหวานและความดัน เจาะ H/C แรกรับที่ ER และได้รับ ATB ตาม Guideline คือ Ceftriaxone 2 gm. IV, metronidazole 500 mg IV Ceftriaxone 2 gm IV ภายใน 60 นาที ผู้ป่วยมี BP แรกรับ 76/45 mmHg จึงได้รับการให้ IV 0.9% NSS 1000 cc IV load 2000 ml keep BP> 90/60 mmHg ให้ Norepinephrine 1:62.5 IV drip 10 ml/hr เพิ่มทีละ 3 ml keep BP> 90/60 mmHg ซึ่งครบตาม Guideline Sepsis และยังได้รับการใส่ Foley cath. เพื่อประเมินการทำงานของไต ตั้งแต่แรกรับ ปรีक्षाแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรมให้ส่งต่อมาโรงพยาบาลระนอง หลังรับไว้ 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีภาวะ Hyperglycemia ได้รับการเฝ้าระวัง DTX q 6 hr ให้ RI ตาม scale นอกจากนี้ยังมีภาวะเลือดเป็นกรด

แก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการ Monitor V/S เฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด จนพ้นภาวะวิกฤต

ด้านการพยาบาล จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่า คล้ายคลึงกับกรณีศึกษาที่ 1 แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะวิกฤตเนื่องจากมีโรคร่วม จึงมีการเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้ครอบคลุมต่อเนื่องตามแผนการรักษา ผู้ป่วยหายกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ

### อภิปรายผล

ผลการศึกษาข้อมูลภาวะผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis guideline) พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการดูแลตาม Sepsis guideline ครบถ้วน ผลลัพธ์ ผู้ป่วยหาย ใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 11,243 บาท สำหรับกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการดูแลตาม Sepsis guideline ครบถ้วน แต่ผู้ป่วยมีโรคร่วมคือ เบาหวานและความดัน เมื่อมีการติดเชื้อในกระแสเลือดจึงมีความรุนแรงมากกว่า ผลลัพธ์ ผู้ป่วยหาย ใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 14,180 บาท ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลตาม Sepsis guideline ครบถ้วน ส่งผลให้ปลอดภัยทั้ง 2 ราย สอดคล้องกับ การพัฒนาระบบการพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้านผลลัพธ์ดีขึ้น (จีราพรธณ อันบุรี, 2555 ; อารภรณ์ นิยมพฤษ์และคณะ, 2556) อัตราการเกิดภาวะช็อกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 19.6 เป็นร้อยละ 8.3 (พัชนีภรณ์ สุรนาทชยานันท์, วนิดา เคนทองดี, และสุพัตรา กมลรัตน์, 2561) นอกจากนี้อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 41.14 – 66.7 เป็นร้อยละ 20.0– 43.27 (ประไพพรรณ ฉายรัตน์, และสุพัฒศิริ ทศพรพิทักษ์กุล, 2560 ; พชนีภรณ์ สุรนาทชยานันท์, วนิดา เคนทองดี, และสุพัตรา กมลรัตน์, 2561)

ผลการศึกษาปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถนำมาวางแผนปฏิบัติการพยาบาล พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกันตั้งแต่ระยะแรกรับในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนกระทั่งย้ายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและก่อนจำหน่ายกลับบ้าน แต่ภาวะแทรกซ้อนของกรณีศึกษาที่ 2 มีความรุนแรงมากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 เนื่องจากมีโรคร่วมเบาหวานและความดัน เพราะฉะนั้น กิจกรรมการพยาบาลในระยะวิกฤตที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมจำเป็นต้องมีความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัย และความรู้วิชาการที่ทันสมัย นำไปปรับใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแล ดังนั้นจากการศึกษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในกรณีศึกษานี้ จึงสามารถนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในรายอื่นต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

ผู้ศึกษาทำหน้าที่เลขานุการแผนพัฒนาบริการสุขภาพ สาขาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของจังหวัดระนอง เป็นบทบาทที่ท้าทายความสามารถในการที่จะปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลระนองและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดระนองที่จะดำเนินงานให้ผ่านตัวชี้วัดตามมาตรฐาน ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ที่ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและตัวชี้วัดตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จึงมีข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ในจังหวัดระนอง ได้รับการดูแลตาม Sepsis guideline ครบถ้วนทุกราย
2. มีการให้ความรู้แก่บุคลากรสม่ำเสมอ เน้นการทำงานเป็นทีม โดยหัวหน้ามีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตาม Sepsis guideline อย่างสม่ำเสมอและมีการประเมินสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างน้อยปีละครั้ง

## เอกสารอ้างอิง

- กนก พิพัฒน์เวช. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มี sepsis ในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารวิมลโรค โรคทรวงอกและบำบัดวิกฤต; 29, 135-144.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php\\_year=2561](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php_year=2561)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. [http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1608&kpi\\_year=2564](http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1608&kpi_year=2564)
- จิราพรรณ อันบุรี. (2555). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามการบำบัดตามเป้าหมายตั้งแต่แรกเริ่มในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลกำแพงเพชร. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประไพพรรณ ฉายรัตน์, และสุพัตรา ทศพรพิทักษ์กุล. (2560). ประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(3), 224 - 231.
- พัชนีภรณ์ สุรนาทขยานันท์, วนิตา เคนทองดี, และสุพัตรา กมลรัตน์. (2561). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลเลย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(1), 207 - 215.
- สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. Critical Care towards to Perfection. [อินเทอร์เน็ต]. [2558]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/wp-content/uploads/2019/07/World-Sepsis-Day-Thailand-2016.pdf>
- สมใจ จันทะวัง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในงานห้องผู้ป่วยหนัก 2 โรงพยาบาลลำพูน. Journal of the Phrae Hospital. 2518; 26(1): 35-46.
- สาธิต ธรรมนิยมอินทร์. (2561). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. 16(2): 58-68.
- อาภรณ์ นิยมพลกษ, พิชญพันธ์ จันทระ, พชรี ยิ้มแย้ม, และน้ำอ้อย รักดีวงศ์. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(2), 14-24.
- Mervyn, S. and et al. (2016). The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA, 315(8), 801-810.
- Rhodes, A., et al. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Intensive Care Med, 43, 304-77.
- Royal College of Physicians. (2017). National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardizing the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP.

## ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจในการเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

The factors related to high CVD Risk Patient's perspective of accessing emergency  
medical services in Vibhavadi hospital, Surathani Province

เนาวรัตน์ ชูศรี

Noawarat Chooson

โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี  
Vibhavadi hospital, Surathani Province

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 88 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวาน เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ การพัฒนาทักษะ และการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.60 มีอายุระหว่าง 52-68 ปี (Mean = 56.31 ปี, S.D. = 9.21 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.20 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.00 เรียนจบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.20 รายได้ครอบครัวเพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ร้อยละ 94.30 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 64.80 และส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 75.00 และไม่มีประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 93.20 การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับสูง ปานกลาง และต่ำตามลำดับ ( $r = 0.957$ ,  $r = 0.581$ , และ  $r = 0.419$  ตามลำดับ,  $p < 0.01$ )

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรมีกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะ เพื่อเพิ่มการรับรู้ และการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อมีอาการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไป

**คำสำคัญ :** การรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, กลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจ

### Abstract

This descriptive research study aimed to study factors related perspective of the high-risk patients for coronary heart disease in accessing emergency medical services, Vibhavadi Hospital, Surat Thani Province. A sample of 88 high-risk patients for coronary heart disease, consisting of high blood pressure patients and diabetic patients. Data were collected using questionnaire, including general information, providing information, motivation, skill development, and perception of access to emergency medical services. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results revealed that the majority of high-risk patients for coronary heart disease were female at 63.60 %, aged between 52-68 years (Mean = 59.63 years, S.D. = 9.21 years), 93.20% were married, 33.00% were employed, 54.50% graduated from high school, 94.30 % had sufficient family

income, 64.80 % were single families, and most of the patients had high blood pressure and diabetes mellitus at 75.00% and 93.20% no experience using emergency medical services. Providing information, motivation and skill development had a positive relationship with perception of access to emergency medical services, yielding statistically significant at high, moderate, and low levels respectively ( $r = 0.957$ ,  $r = 0.581$ , and  $r = 0.419$  respectively,  $p < 0.01$ ).

The research results suggest that there should be activities to encourage the high-risk patients for coronary heart disease receiving information, motivate and develop skills to increase perception and access to emergency medical services at Vibhavadi Hospital, Surat Thani Province when they experienced coronary heart disease exacerbation.

**Keywords :** Perception of access to emergency medical services, High-risk patients for coronary heart disease

## บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นกลุ่มโรคที่เกิดกับระบบหัวใจและหลอดเลือด มีอัตราการเสียชีวิตเป็นครั้งหนึ่งของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากสถิติองค์การอนามัยโลกปี 2019 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเสียชีวิต จำนวน 17.9 ล้านคน (WHO, 2023) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 อัตราความชุก (Prevalence rate) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 1,396.40 ต่อประชากรแสนคน และเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนรวม 78,254 ราย อัตราป่วย (Incidence rate) เท่ากับ 160.28 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1: 1.3 กลุ่มอายุที่ป่วยสูงสุดคือกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี เท่ากับร้อยละ 50.31 กลุ่มอายุ 60-69 ปี เท่ากับร้อยละ 26.46 กลุ่มอายุ 50-59 ปี เท่ากับร้อยละ 15.89 กลุ่มอายุ 40-49 ปี เท่ากับร้อยละ 5.61 กลุ่มอายุ 30-39 ปี เท่ากับร้อยละ 1.35 และกลุ่มอายุ 15-29 ปี เท่ากับร้อยละ 0.38 (กรมควบคุมโรค, 2562)

ในปี พ.ศ. 2563- 2565 จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1,919, 1,953 และ 2,064 ราย ตามลำดับ อัตราป่วยรายใหม่โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 77, 51 และ 64 ราย ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิต จำนวน 785, 740 และ 970 ราย ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับสถิติจากสถิติ

โรงพยาบาลวิภาวดี มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 7, 5 และ 17 ราย ตามลำดับ อัตราป่วยรายใหม่โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 5, 2 และ 14 ราย อัตราการเสียชีวิต จำนวน 2, 9 และ 12 คน ตามลำดับ (งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลวิภาวดี, 2566) เห็นได้ว่าอัตราป่วยและอัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน

โรคหลอดเลือดหัวใจนั้นส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) ซึ่งเป็นผลจากการอักเสบหรือแผลเรื้อรัง (chronic inflammation) ที่เยื่อบุด้านในของผนังของหลอดเลือดแดงหัวใจ ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดแดงหัวใจ เมื่อหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแข็ง จะทำให้หลอดเลือดฉีกขาดง่าย หากหลอดเลือดได้รับบาดเจ็บ ฟังผิดฉีกขาด (plaque rupture/erosion) จะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างกลไกการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด (platelet aggregation) ทำให้เกิดก้อนลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Thrombus) ชัดขวางการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและขาดออกซิเจนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ คือ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน (anaerobic metabolism) จึงไม่เกิดพลังงาน ATP ทำให้เกิดการแตกตึกคั่งและเกิดการตายของเซลล์ (cell death) ตามมา จากนั้นจะมีการหลั่งสารเคมีต่างๆ เช่น kinin, bradykinin



และ adenosine ซึ่งเป็น cytokines ไปกระตุ้นปลายประสาทสำหรับความรู้สึกตรงผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี และกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด และส่งผ่านไปตาม cervical และ thoracic spinal segment เข้าสู่สมองส่วน thalamus และ cortex ทำให้ผู้ป่วยมีอาการและความรู้สึกเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บร้าวไปที่แขนซ้าย กราม ลำคอ เป็นต้น ซึ่งเป็น typical chest pain ของผู้ป่วย นอกจากนี้เกิดการรั่วของไอออน (Ion leakage) ของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้การนำไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง เกิด ST change รวมถึง cardiac enzyme release ผลตรวจ Troponin T, CPK, CK-MB จึงเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่รุนแรง (Q-wave MI) หัวใจจะบีบตัวผิดปกติ การเต้นหัวใจสั้นพัวนำไปสู่การเกิด cardiogenic shock และ sudden cardiac arrest ได้ (ณรงค์กร ชัยวงค์ และคณะ, 2562)

ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง บุหรี่ โรคอ้วนลงพุง เพศชายอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป เพศหญิงอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปหรือหลังหมดประจำเดือน ผู้ที่บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย และภาวะเครียด เป็นต้น (เบญจมาศ แสนแสง และคณะ, 2563; ณรงค์กร ชัยวงค์ และคณะ, 2562) ผู้ป่วยเหล่านี้ อาจเกิดภาวะกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ดังนั้นเมื่อมีอาการกำเริบผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือที่ทันที่ ซึ่งในประเทศไทยมีการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตั้งแต่จุดเกิดเหตุถึงสถานพยาบาล (ประกายทิพย์ พรหมสูตร, 2564)

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน (อรรณพ สุขไพบุลย์, 2559) เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาในการช่วยเหลือด้านการแพทย์สำหรับผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุที่สำคัญ คือ ความล่าช้าในการดูแล การดูแลรักษาที่ถูกวิธีและการนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม (ภัทรสิริ พงมานพงศ์ และคณะ, 2562) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยบริการมีการรับรู้และมีความคาดหวังที่ไม่ดีต่อการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ (พิทยา ธรรมวงศา,

2561) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้การเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาที่รวดเร็วต่อไป

การรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นข้อมูลในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม (เบญจมาศ แสนแสง และคณะ, 2563; รัชกานต์ ข้าเขียว และคณะ, 2561) ซึ่งการขาดการรับรู้และความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจากการขาดความเข้าใจหรือไม่มีความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจ และไม่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นความผิดปกติ การไม่สามารถแปลอาการที่ผิดปกติได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าเป็นอาการของโรคหัวใจและขาดความตระหนักถึงอันตราย รวมถึงการรับรู้ความมั่นใจในตนเองในการเฝ้าระวังอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ และสามารถจัดการได้เมื่อเริ่มมีอาการ หากผู้ป่วยมีความมั่นใจในการจัดการตนเองได้ ก็จะส่งผลต่อการมีทักษะในการประเมินอาการ และเฝ้าระวังอาการกำเริบจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการรักษาได้เร็วตั้งแต่เริ่มมีอาการ และนอกจากความมั่นใจดูแลตนเองได้จากภายในตัวแล้ว สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการขอความช่วยเหลือก็มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้เร็ว (อลงกรณ์ สุขเรืองกุล, 2562)

นอกจากผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยและความมั่นใจในการจัดการตนเอง เมื่อมีอาการกำเริบของโรคแล้ว การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในการสนับสนุน ช่วยเหลือต่างๆ หากมีอาการกำเริบที่ต้องรีบเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็ว เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการกำเริบของโรคหัวใจที่เฉียบพลันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะเวลาที่รวดเร็ว หากผู้ป่วยรับรู้การสนับสนุนทางสังคม แหล่งความช่วยเหลือเมื่อมีอาการกำเริบผู้ป่วยควรให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีช่องทางการติดต่อเพื่อขอความช่วยเหลือยามฉุกเฉิน อีกทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วย ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ทรัพย์สินทิพย์ หิรัญเกิด และคณะ, 2564; รัชกานต์ ข้าเขียว และคณะ, 2561)

ผู้ป่วยอาจมารักษาได้เร็ว ไม่ล่าช้า ส่งผลดีต่อการรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจ จะสามารถลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้

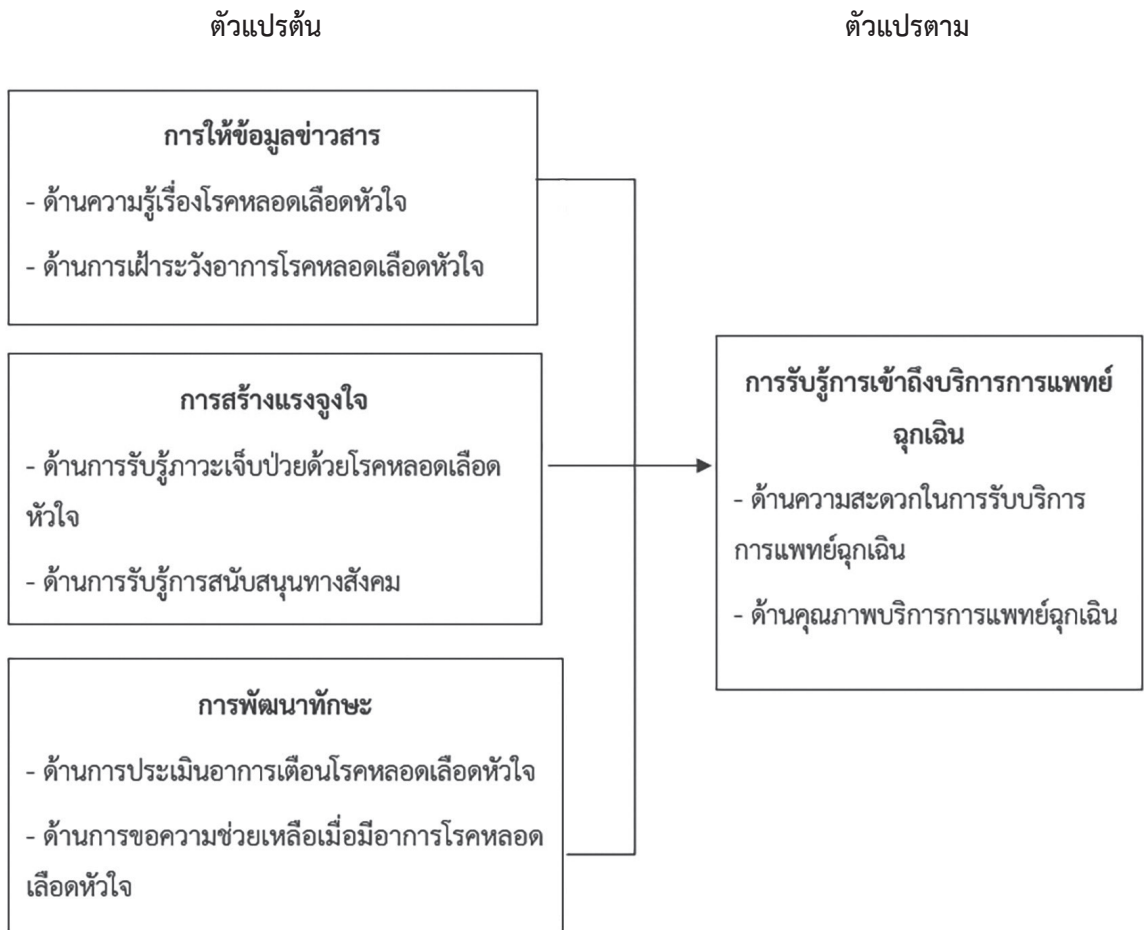
จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อใช้เป็นข้อมูลส่งเสริมการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วย

กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงวางแผนการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อมีอาการป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

### วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

### กรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research Design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตอำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 2,106 คน (คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวิภาวดี, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดค่าทดสอบ (power analysis) ที่ระดับ .05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพล จากการวิจัยที่ผ่านมา เท่ากับ .35 เปิดตารางของ โพลิตและแบค (Polit & Back, 2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 คน

การสุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีจับฉลาก (Simple random sampling) จากทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนด หากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย จะดำเนินการจับฉลาก จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 88 คน ระยะเวลาการวิจัยตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2566 - เดือนมีนาคม 2567 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - มกราคม 2567

### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการอธิบายถึงข้อดีข้อเสียของการเข้าร่วมโครงการวิจัย และเห็นใจเข้าร่วมโครงการวิจัยเท่านั้น โดย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชายที่เข้ารับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน
2. ระดับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ (CVD risk score) มีระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงขึ้นไป
3. ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่รุนแรงร่วมด้วย เช่น หัวใจ ไตวาย เป็นต้น
4. อาศัยในเขตอำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

5. เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้และสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีภาวะทุพพลภาพ เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น
2. ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และลักษณะครอบครัวและบุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย จำนวน 9 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามการให้ข้อมูลข่าวสาร พัฒนามาจากพินดา พ้องเสียง (2564) และกรมควบคุมโรค, 2560) ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนน 1-5 คะแนน โดยมีคำถามการให้ข้อมูลข่าวสาร 2 ด้าน คือ ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 10 ข้อ และด้านการเฝ้าระวังอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 5 ข้อ รวม 15 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับดี และแบ่งระดับการให้คะแนนตามเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best (Best, 1977 อังไฉน เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, 2561) คือ ไม่ดี พอใช้ และดี

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามการสร้างแรงจูงใจ ดัดแปลงมาจากภัสสมณี เทียมพิทักษ์ (2564) และรัฐกานต์ ข้าเขียว และคณะ (2561) ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนน 1-5 คะแนน โดยมีคำถามการสร้างแรงจูงใจ 2 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 10 ข้อ และด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ รวม 15 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง การสร้างแรงจูงใจ อยู่ในระดับดี และแบ่งระดับการให้คะแนนตามเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best (Best, 1977 อังไฉน เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, 2561) คือ ไม่ดี พอใช้ และดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการพัฒนาทักษะ  
ดัดแปลงมาจากวีระศักดิ์ เอนกศักดิ์ และคณะ (2562)  
ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามประมาณค่า 5 ระดับ  
มีคะแนน 1-5 คะแนน เป็นแบบสอบถามที่ต้องการทราบ  
ถึงการรับรู้ความสามารถในการเฝ้าระวังอาการโรคหลอดเลือด  
หัวใจด้วยตนเอง โดยมีคำถามการพัฒนาทักษะ  
2 ด้าน คือ ด้านการประเมินอาการเตือนโรคหลอดเลือด  
หัวใจ จำนวน 10 ข้อ และด้านการขอความช่วยเหลือ  
เมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 5 ข้อ  
รวมจำนวน 15 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน  
คะแนนมาก หมายถึง การพัฒนาทักษะอยู่ในระดับดี  
และแบ่งระดับการให้คะแนนออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์  
ของ Best (Best, 1977 อ้างใน เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, 2561)  
คือ ไม่ดี พอใช้ และดี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้การเข้าถึงบริการ  
การแพทย์ฉุกเฉินดัดแปลงมาจากประกายทิพย์ พรหม  
สูตร (2564) ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามประมาณค่า  
5 ระดับ มีคะแนน 1-5 คะแนน โดยมีคำถามการรับรู้  
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2 ด้าน คือ ด้านความสะดวก  
ในการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 10 ข้อ  
และคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 10 ข้อ  
รวม 20 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-1000 คะแนน  
คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์  
ฉุกเฉินอยู่ในระดับดี และแบ่งระดับการให้คะแนน  
ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best (Best, 1977  
อ้างใน เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, 2561) คือ ไม่ดี พอใช้ และดี

#### การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถาม  
การให้ข้อมูลข่าวสาร แบบสอบถามการสร้างแรงจูงใจ  
แบบสอบถามการพัฒนาทักษะ และแบบสอบถามการรับ  
รู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้รับการประเมิน  
ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน  
มีคะแนนระหว่าง 0.86-1.00 แล้วจึงนำไปทำ tryout  
กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะเดียวกับ  
กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ที่โรงพยาบาลบ้านนาเดิม  
อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 ราย  
แล้วนำมาคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

(Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยง  
เท่ากับ 0.98, 0.91, 0.87, 0.89 และ 0.98 ตามลำดับ

**ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล** เก็บรวบรวมข้อมูล  
ด้วยตนเอง หลังผ่านการพิจารณาและได้รับการยอมรับ  
จากคณะกรรมการจริยธรรม แล้วขออนุญาตเก็บข้อมูล  
ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
วิภาวดี เพื่อขอเก็บข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ  
ผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกความดันโลหิตสูงและเบาหวาน
2. ผู้วิจัยขออนุญาตหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล  
ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย  
ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำ  
คลินิกความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ขอทะเบียน  
รายชื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวาน  
ตามคุณสมบัติที่กำหนดที่มีรับการรักษาในคลินิก  
ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลวิภาวดี แล้วนำรายชื่อ  
มาสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลาก

3.2 ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง  
พูดคุย สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ  
วิจัย ระยะเวลา และขอความร่วมมือในการทำวิจัย  
ตามรายละเอียดในแบบพิกซ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่ม  
ตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้เซ็นในแบบพิกซ์สิทธิ์  
กลุ่มตัวอย่าง

3.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างพร้อม ผู้วิจัยจึงแจก  
แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการให้ข้อมูล  
ข่าวสาร แบบสอบถามการสร้างแรงจูงใจ แบบสอบถาม  
การพัฒนาทักษะ และแบบสอบถามการรับรู้การเข้าถึง  
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้กับกลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูล  
ตนเองตามความเป็นจริงใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

3.4 ตรวจสอบความถูกต้องและความ  
สมบูรณ์ของข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยกล่าว  
ขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย

3.5 ตรวจสอบข้อมูลในแต่ละชุดอีกครั้ง  
แล้วนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ไปวิเคราะห์ผล  
ทางสถิติ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient)

## จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เลขที่ STPHO2023-274 ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2566

## ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.60 มีอายุระหว่าง 52-68 ปี (Mean= 56.31 ปี, S.D.= 9.21 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.20 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.00 เรียนจบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.20 รายได้ครอบครัวเพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ร้อยละ 94.30 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 64.80 และส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 75.00 และไม่มีประสบการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 93.20

ส่วนที่ 2 การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ การพัฒนาทักษะ และการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระดับของการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ การพัฒนาทักษะ และการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการวิจัย พบว่า

1. การให้ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 62.70 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $48.32 \pm 10.65$  คะแนน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 44.10 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $33.89 \pm 8.14$  และด้านการเฝ้าระวังอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.30 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $14.44 \pm 3.53$

2. การสร้างแรงจูงใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 60.60 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $48.25 \pm 12.91$  เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 55.68 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $33.00 \pm 8.89$  และด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 61.36 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $15.23 \pm 4.40$

3. การพัฒนาทักษะส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 61.40 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $47.58 \pm 12.46$  เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการประเมินอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 44.32 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $32.57 \pm 8.63$  และด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 60.23 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $14.99 \pm 4.13$

4. การรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 75.30 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $66.58 \pm 13.27$  เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความสะดวกในเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.82 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $36.07 \pm 7.42$  และด้านคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 80.68 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $26.78 \pm 2.45$  ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ การพัฒนาทักษะ และการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n=88)

ตัวแปร	ระดับของตัวแปร			ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด
	ไม่ดี	พอใช้	ดี		
1. การให้ข้อมูลข่าวสาร	14(15.80)	55(62.70)	19(21.50)	48.32±10.65	15-75
- ด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ	14(15.80)	35(40.10)	39(44.10)	33.89±8.14	19-50
- ด้านการเฝ้าระวังอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ	14(15.90)	61(69.30)	13(14.80)	14.44±3.53	6-24
2. การสร้างแรงจูงใจ	18(20.30)	53(60.60)	17(19.10)	48.25 ±12.91	15-75
- ด้านการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	20(22.73)	49(55.68)	19(21.59)	33.00 ±8.89	17-50
- ด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	17(19.32)	54(61.36)	17(19.32)	15.23 ±4.40	6-25
3. การพัฒนาทักษะ	21(23.80)	54(61.40)	13(14.80)	47.58 ±12.46	15-75
- ด้านการประเมินอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ	23(26.14)	39(44.32)	26(29.54)	32.57 ±8.63	16-47
- ด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ	18(20.45)	53(60.23)	17(19.32)	14.99±4.13	8-25
4. การรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	10(11.20)	67(75.30)	11(13.50)	66.58 ±13.27	20-100
- ด้านความสะดวกในเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	12(13.64)	26(29.54)	50(56.82)	36.07 ±7.42	19-50
- ด้านคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	10(11.37)	71(80.68)	7(7.95)	26.78 ±2.45	13-48

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะกับการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ

มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ปานกลาง และต่ำตามลำดับกับการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.957, 0.581,$  และ  $0.419$  ตามลำดับ,  $p < 0.01$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะกับการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (n=88)

ตัวแปรที่ศึกษา	การรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
การให้ข้อมูลข่าวสาร	0.957**	.006*
การสร้างแรงจูงใจ	0.581**	.000**
การพัฒนาทักษะ	0.419**	.000**

\*\*p<0.01, \*p<0.05

**อภิปรายผล**

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจในการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ครั้งนี้สามารถนำผลการศึกษามาอภิปรายตามตัวแปรที่ศึกษา ได้ดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 62.70 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 48.32±10.65 คะแนน โดยด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับดี ร้อยละ 44.10 และด้านการเฝ้าระวังอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.30 อธิบายได้ว่าการให้ข้อมูลข่าวสารเป็นการได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ และการเฝ้าระวังอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ เห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดี ซึ่งจะช่วยให้สามารถประเมินอาการเตือนด้วยตนเองได้เมื่อมีอาการกำเริบ และเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร โทมอญ และคณะ (2563) ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของความวิตกกังวล เจตคติ ความเชื่อ และความรู้เกี่ยวกับอาการต่อระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาเท่ากับ 66 นาที โดยความวิตกกังวล เจตคติ ความเชื่อ และความรู้เกี่ยวกับอาการสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ร้อยละ 38.7 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาการในระดับสูงมาก (OR

= 26.26, 95%CI = 2.60, 264.97) ความเชื่อเกี่ยวกับอาการที่เหมาะสม (OR = 4.97, 95%CI = 1.09, 22.72) เจตคติเกี่ยวกับอาการที่เหมาะสม (OR = 2.42, 96%CI 1.05, 5.59) และความวิตกกังวลในระดับต่ำ (OR = .12, 95%CI = .03, .47)

2. การสร้างแรงจูงใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 60.60 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 48.25 ±12.91 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 55.68 และด้านการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 61.36 ซึ่งการสร้างแรงจูงใจประกอบด้วยกรรับรู้ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม อธิบายได้ว่าการสร้างแรงจูงใจทั้งภายในและภายนอกตนเอง จะช่วยส่งเสริมให้การเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วขึ้น ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร โทมอญ และคณะ (2563) และอลงกรณ์ สุขเรืองกุล และคณะ (2562) ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและได้รับการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และได้รับการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนได้ร้อยละ 57.20 (p< .001)

3. การพัฒนาทักษะส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 61.40 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $47.58 \pm 12.46$  เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการประเมินอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 44.32 และด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 60.23 อธิบายได้ว่าการพัฒนาทักษะเป็นการประเมินอาการเตือนโรคหลอดเลือดหัวใจ และการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ นั้นแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการประเมินอาการเตือนและขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการโรคหลอดเลือดหัวใจได้บ้าง ซึ่งการประเมินอาการที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้เข้าถึงบริการและได้รับการรักษาล่าช้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภทรสิริ พจมานพงศ์ และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการล่าช้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาล่าช้ามากกว่า 6 ชั่วโมงในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) คืออาการเจ็บหน้าอก อาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็นอาการนำที่ชัดเจนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นตัวแปรอ้างอิง และพบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้การนำมาด้วยอาการปวดร้าวที่หลัง จุกแน่นลิ้นปี่ จะมีโอกาสเข้ารับการรักษาล่าช้ากว่าผู้ที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกถึง 72 เท่าของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เมื่อพิจารณากลุ่มตัวแปรโรคประจำตัวพบว่า ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีโอกาสเข้ารับการรักษาล่าช้ากว่าผู้ที่ไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 7.5 เท่า

4. การรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 75.30 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $66.58 \pm 13.27$  เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความสะดวกในเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.82 และด้านคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 80.68 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินว่ามีความสะดวกในเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนที่ต้องเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อดูแลระยะก่อน

ถึงโรงพยาบาล (prehospital) (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2562) รวมถึงการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วย หากมีการรับรู้ที่ดีจะเป็นการสะท้อนการบริการ และการเข้าถึงบริการด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของอัญชลี ละมัย (2565) เรื่อง ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของประชาชนหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลจุน อำเภोजุน จังหวัดพะเยา พบว่า ความคาดหวังในคุณภาพบริการของผู้รับบริการต่อหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (Mean = 3.73 S.D. = .540) สูงกว่าการรับรู้ในคุณภาพบริการของผู้รับบริการต่อหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (Mean = 3.26 S.D. = .419) ที่มีความแตกต่างอยู่ที่ 0.47 อีกทั้งช่วยให้การจัดบริการแพทย์ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย ใกล้เคียงกับการศึกษาของพนิดา พ้องเสียง (2564) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโพธารอง พบว่า รูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย 2) จัดทำ Warning Signs 3) ดำเนินการและ 4) ประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่ม EMR และ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ทักษะกระบวนการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน พบว่าเป็นทักษะที่ทำได้ดีมากที่สุดกลุ่มเสียงยังมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยและไม่ทราบอาการผิดปกติของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ต้องรีบมาพบแพทย์

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูลข่าวสารการสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะกับการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ปานกลาง และต่ำตามลำดับ กับการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.957, 0.581,$  และ  $0.419$  ตามลำดับ,  $p < 0.01$ ) นั้นแสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ ช่วยให้การรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ



พนิดา พ้องเสียง (2564) ที่พบว่า กลุ่มเสียงยังมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย เนื่องจากไม่ทราบอาการผิดปกติของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และพิชญากัสสร วรณศิริกุล และคณะ (2562) ศึกษาเรื่อง การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ผู้เสียชีวิตจำนวน 36 ราย (ร้อยละ 24.03) มีสาเหตุจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เหลือจำนวน 746 ราย (ร้อยละ 75.97) เสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่น ในจำนวนที่เสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบมากที่สุด (ร้อยละ 69.92%) เป็นชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation รองลงมาชนิดพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment (ร้อยละ 24.58) และส่วนน้อย (ร้อยละ 5.50) เป็นอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บแค้นอกไม่คงที่ เป็นเพศชายและเพศหญิงพอๆ กันมีอายุเฉลี่ย 72.49 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 3 มีโรคประจำตัวร่วมด้วย 2-3 โรค ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานเดินทางเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลด้วยรถยนต์ส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 74.15 ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ร้อยละ 12.71 ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการแสดงจนกระทั่งมาถึงห้องฉุกเฉิน มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 21.62 ชั่วโมง และผู้เสียชีวิตและญาติยังมีความรู้ความเข้าใจไม่ชัดเจน ในเรื่องอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่นำไปสู่การเสียชีวิต ความเสี่ยงต่อ

การเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตเฉียบพลันจากโรคที่เป็น และการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการรักษา

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงควรมีกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสียงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจ ให้ได้รับข้อมูลข่าวสาร สร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะ เพื่อเพิ่มการรับรู้ และการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อมีอาการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. การพัฒนาทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควรเน้นส่งเสริมการพัฒนาทักษะ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสียงสูงฯ มีการประเมินอาการเตือน และขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการกำเริบโรคหลอดเลือดหัวใจได้

#### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสียงสูงโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีการรับรู้การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเรื่องนี้ในรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่โรงพยาบาลวิภาวดีมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2562). สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 ต.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/>
- กรมควบคุมโรค. (2560). คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 ก.ย.2566]. เข้าถึงได้จาก <http://thaincd.com/document>
- คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. (2566). สถิติโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวิภาวดี. งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช. (2566). สถิติโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลวิภาวดี.
- ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, อดิณญา ลาลูน และธรรณิษฐ์ คุณแขวน. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 39(2): 97-106.

- พินดา พ้องเสียง. (2564). การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอโพธารอง. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2(1): 9- 20.
- พิทยา ธรรมวงศา และวงศา เล้าหศิริวงศ์. (2561). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 34(3):
- พิชญากัสสรุ วรณศิริกุล, สมยศ ศรีจารนัย และลือจรรยา ธนภควัต. (2562). การเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 12(1): 1-11.
- เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดเบาหวานรายใหม่ ตำบลสิงห์โคก อำเภอกษัตริย์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด. ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์. 8(1): 45-48.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์ และ ปณวัตร สนั ประโคน. (2562). ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 14(1): 43-51.
- เบญจมาศ แสนแสง, ศรีนยา ดวงเดือน, ชันทอง มางจางดีอุดม, อรุณศรี แสนเมืองและภัทรพงษ์ มกรเวส. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มารักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสซก. วารสารโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 1(3): 172-190.
- ประกายทิพย์ พรหมสูตร. (2564). การรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 ต.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก <http://www.sakhraihospital.com>
- ภัทรสิริ พจมานพงศ์, ดวงกมล สุขทองสา, เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และยุพา วงศ์รสไตร. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการล่าช้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสซก ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 30(2): 159-175.
- รัฐกานต์ ขำเขียว และชนิดา มัททวางกูร. (2561). การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต และแรงสนับสนุนจากครอบครัวระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้และไม่ได้ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางไกรในจังหวัดนนทบุรี. วารสารควบคุมโรค ปีที่ 44 ฉบับที่ 2: 130-144.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2564). พัฒนาการโดยสังเขปของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 1 (1): 53-60.
- วีระศักดิ์ เอนกศักดิ์, สุรพันธ์ สืบเนียม และสิรินธร นิลวรรณภา. การรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 ต.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org>
- ศศิธร โทมอญ, จงจิต เสนหา, ศรีรัตน์ ศรีประสงค์ และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2563). อิทธิพลของความวิตกกังวล เจตคติ ความเชื่อ และความรู้เกี่ยวกับอาการต่อระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. Nursing Science Journal of Thailand. 37(2): 60-77.
- อลงกรณ์ สุขเรืองกุล, ทวีลักษณ์ วรณฤทธิ และจิราภรณ์ เตชะอุดมเดช. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและได้รับการทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน. วารสารพยาบาลสาร. 46(3): 118-129.

- อัชชลี ละมัย. (2565). ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการของประชาชนหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลจุน อำเภोजุน จังหวัดพะเยา. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 ต.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก <http://updc.clm.up.ac.th/bitstream/123456789/2052/1/Anchalee%20Lamai.pdf>
- อรรณพ สุขไพบุลย์, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา และชาติรี เจริญชีวกุล. (2559). ความพึงพอใจของผู้รับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2: บูรณาการงานวิจัย ใช้องค์ความรู้ สู่ความยั่งยืน” ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา
- Polit, D.F., & Back, C.T. (2008). Nursing research (8th ed). Lippincott Williams & wilkins: Philadelphia.
- WHO. (2023). Cardiovascular diseases (CVDs). Rtrieve Sep, 9 2023 form [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

## รูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

A model to reduce the risk of developing cardiovascular disease in patients with  
diabetes and hypertension Nakhon Si Thammarat Province

วินัย วาหลวง

Winai Wahluang

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office

กรณิกา โกฏิกุล

Kornika Kotikul

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช

Mueang Nakhon Si Thammarat District Public Health Office

ประเมศวร์ คำไทรแก้ว

Poramate kumsaikaew

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากนคร

Ban Pak Nakhon Subdistrict Health Promoting Hospital

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช พัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเมินผลรูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช และเพื่อสังเคราะห์จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายของกระบวนการ การลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพ จังหวัดนครศรีธรรมราช เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ ประเด็นและแนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการสนทนากลุ่ม กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยคือ บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช อสม. และผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้จากการพัฒนาขึ้น เรียกว่า “NAKHON SI MODEL” โดยมีกลยุทธ์สำคัญประกอบด้วย “LOVE MYSELF + LOVE MYFAMILY” และ “CHANGE MINDSET” กับยุทธศาสตร์พลิกกลับระบบสุขภาพรูปแบบใหม่ ด้วยพลัง 5 หมอ เกิดคนต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ โรงเรียนสร้างสุขภาพทุกกลุ่มวัย โรงเรียนเบาหวานความดัน หัวใจและหลอดเลือด ซึ่งไม่เพียงแต่สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เท่านั้น แต่ยังทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หายเป็นปกติโดยไม่ต้องกินยาอีกต่อไป “NAKHON SI MODEL” สามารถลดกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยรายใหม่ ได้จริง โดยมีข้อเสนอเชิงนโยบายต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เขตสุขภาพที่ 11 และองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อการขยายผลและเผยแพร่นวัตกรรมต่อไป

**คำสำคัญ :** รูปแบบการลดความเสี่ยง, ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจและหลอดเลือด

## Abstract

The aim of the research is to study the situation of cardiovascular disease risk reduction in patients with diabetes and high blood pressure in Nakhon Si Thammarat province, develop a model for reducing the risk of cardiovascular disease in these patients, and evaluate the results of the model for reducing the risk of cardiovascular disease in these patients, as well as to synthesize and formulate a policy proposal for effective cardiovascular disease risk reduction among patients with diabetes and high blood pressure in Nakhon Si Thammarat province. Semi-structured deep interviews, observations, and focus groups were conducted in the study. Participants in this research included public health personnel at all levels under the Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, village health volunteers, and patients with diabetes and high blood pressure.

The results found that the developed model for reducing the risk of cardiovascular disease in patients with diabetes and high blood pressure in Nakhon Si Thammarat province, called the “NAKHON SI MODEL”, included important strategies such as “LOVE MYSELF + LOVE MY FAMILY” and “CHANGE MINDSET”, along with the reverse strategy of the healthcare system with the 5 Doctors innovation. This model generated role models, family models, schools promoting health for all age groups, and diabetes, hypertension, and cardiovascular disease schools. The model not only reduced the risk of cardiovascular disease in patients with diabetes and high blood pressure but also allowed these patients to recover without having to take any more medicine. Therefore, the “NAKHON SI MODEL” could reduce the new risk group and new patient group, and the research had a policy proposal to Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, Health Region 11, and related organizations for further expansion and dissemination of innovations.

**Keywords :** Risk reduction model, Patients with diabetes and high blood pressure, Cardiovascular disease

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable Diseases หรือ NCDs) ว่าเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากข้อมูล ณ วันที่ 16 กันยายน 2565 มีการรายงานว่า โรคไม่ติดต่อนำชีวิตประชากรทั่วโลกถึง 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประชากรทั่วโลก) โดยในกลุ่มนี้มีร้อยละ 77 เป็นผู้เสียชีวิตที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง สาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ประกอบด้วย 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด 17.9 ล้านคน รองลงมา คือ โรคมะเร็ง 9.3 ล้านคน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 4.1 ล้านคน และโรค

เบาหวาน รวมทั้งโรคไตที่เกิดจากเบาหวาน 2 ล้านคน โดยทั้ง 4 กลุ่มโรคนี้นับส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 เป็นผู้เสียชีวิตในช่วงอายุ 30 - 69 ปี (การตายก่อนวัยอันควร) (World Health Organization, 2022)

ประเทศไทย โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยมีโรคหัวใจและหลอดเลือดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Artherosclerotic CVD: ASCVD) อันประกอบด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic Heart Disease: IHD) เป็นอาการที่พบมากที่สุดในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (Institute for Health Metrics and Evaluation-Thailand, 2022)

และควบคู่ไปกับภาระมากมายที่เกิดจากโรคดังกล่าว งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งมีมูลค่ารวมหนึ่งหมื่นเก้าพันล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2562 ถูกจัดสรรให้กับการป้องกันและรักษาโรค CVD มากที่สุด (World Health Organization Global Health Expenditure database.) โดยค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพต่อคนในประเทศไทยนั้นสูงกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asia: SEA) (276 ดอลลาร์สหรัฐฯ ในประเทศไทย เทียบกับ 152 ดอลลาร์สหรัฐฯ ในประเทศเวียดนาม และ 112 ดอลลาร์สหรัฐฯ ในประเทศอินโดนีเซีย เมื่อปีพ.ศ. 2561) แต่ก็ยังนับว่าต่ำกว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวในกลุ่มประเทศอุตสาหกรรมหลักในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (Asia Pacific: APAC) เช่น ประเทศญี่ปุ่น และเกาหลีใต้ (The World Bank, 2022) ในทำนองเดียวกันค่าใช้จ่ายต่อจำนวนปีสุขภาพ (Disability-adjusted life-year: DALY) ที่เสียไปเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในปีพ.ศ. 2562 ในประเทศไทยมีมูลค่าสูงสุด (109 ดอลลาร์สหรัฐฯ) เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แต่ก็ยังคงเทียบไม่ได้กับประเทศอุตสาหกรรมหลักอื่นๆ (491 ดอลลาร์สหรัฐฯ ในประเทศออสเตรเลีย ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และไต้หวัน)

รัฐบาลไทยได้ตั้งเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease: NCD) ที่สำคัญ 4 โรค ได้แก่ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โดยตั้งเป้าให้ลดลง 25% ภายในปี พ.ศ. 2568 (Institute for Health Metrics and Evaluation-Thailand,2022) อย่างไรก็ตามความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง(Institute for Health Metrics and Evaluation-Thailand,2022) อาการป่วยจาก CVD ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน (Yusuf S et al., 2004) เมื่อเล็งเห็นแล้วว่าปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติการณ์ทางหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular: CV) ครั้งแรก การปรับเปลี่ยนปัจจัย

เสี่ยงเหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาเป็นสำคัญเพื่อลดการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด (Yusuf S et al., 2004) ทั้งนี้ ประเทศไทยยังควรปรับปรุงการจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรค CVD ตลอดระยะเวลาการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดูแลภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งพบว่ามีค่าความชุกสูงขึ้น จาก 16.4% เป็น 23.5% ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา (National Health Examination Survey- Thailand,2004, 2014& 2019-2020) กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขระดับชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) และ แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือร่วมใจจากภาคส่วนต่างๆ การส่งเสริมความร่วมมือกัน และการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเพื่อลดภาระของโรคไม่ติดต่อที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Ministry of Public Health Thailand, 2022) แม้จะมีการกล่าวถึงโรคหัวใจและหลอดเลือดไว้ในโมเดล 5x4x5 แต่ในการดำเนินการตามแผนดังกล่าวยังคงมุ่งเน้นเพียงการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นหลักเท่านั้น (NCD report, 2019) ความต้องการที่สำคัญซึ่งยังไม่ถูกเติมเต็มที่น่ามากกล่าวถึงในที่นี้สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มดังต่อไปนี้ 1) การตระหนักรู้วิถีชีวิตและการป้องกัน 2) การคัดกรองและการวินิจฉัย และ 3) การรักษา และความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ นิยม ศิริ และวรุญ นาคอ้าย (2565) เรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดน่าน พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อในกลุ่มเสี่ยงประกอบด้วย 5 องค์ประกอบที่สอดคล้องกันในลักษณะคล้ายกังจักร โดย ชั้นในสุด คือ กระบวนการสร้างความฉลาดรู้ด้านสุขภาพ ชั้นที่ 2 คือ เครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ชั้นที่ 3 คือ บทบาทหน้าที่ของแต่ละเครือข่าย ชั้นที่ 4 สมรรถนะที่สำคัญของเครือข่าย และชั้นที่ 5 คือ หน่วยงานที่มีบทบาทในการสนับสนุน สำหรับปัจจัยความสำเร็จ คือ นโยบายและการขับเคลื่อนประเด็นผ่านกลไก พชอ. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและความเข้มแข็งของชุมชน ชัยสิทธิ์ เรื่องโรจน์ (2566) ศึกษาสถานการณ์

ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 81.6) มีอายุเฉลี่ย 65.87 ปี มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ร้อยละ 43.4 มีประวัติเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 66.4 ประเมินภาวะอ้วนลงพุงพบผู้ชายอ้วนลงพุงร้อยละ 7 และร้อยละ 35.9 ในผู้หญิง ความดันโลหิตตัวบนอยู่ในช่วง 120-139 mmHg มากที่สุดร้อยละ 93.2

ข้อมูลการคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของจังหวัด นครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2562 - 2565 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 82.21, 82.70, 82.77 และ 83.45 ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.32, 14.95, 14.95 และ 14.56 ระดับสูง ร้อยละ 2.00, 1.86, 1.85 และ 1.65 ระดับสูงมาก ร้อยละ 0.32, 0.36, 0.30 และ 0.25 ระดับสูงอันตราย ร้อยละ 0.15, 0.13, 0.13 และ 0.09 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2566)

สถานการณ์ดังกล่าวแล้วข้างต้น บ่งชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่สูงขึ้นของปัญหาความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประเทศ และส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง ผู้วิจัยจึงสนใจทำวิจัยเรื่องรูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นเครื่องสำคัญเชิงนวัตกรรมในการยกระดับรูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4. เพื่อสังเคราะห์จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายจากนวัตกรรมรูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

## กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดหลักในการวิจัยเรื่อง รูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนอย่างเป็นระบบ แนวคิดเรื่องรูปแบบและการพัฒนารูปแบบแนวคิดเรื่องการจัดการความรู้ แนวคิดเรื่องประเมินผล กรอบแนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ กล่าวคือ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระดับศักยภาพกลไก องค์การสมรรถนะสูงในทุกระดับด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์มีความหมาย กลุ่มลูกและทรงพลัง

- ศึกษา สถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการสุขภาพโลก แผนยุทธศาสตร์ชาติ กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 และระดับจังหวัดนครศรีธรรมราช

- ศึกษาเอกสาร รายงาน แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- ศึกษาบริบท สภาพปัญหา ความต้องการ และความเป็นไปได้ในพื้นที่จริง

- การจัดการความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้สังเคราะห์สร้างร่างรูปแบบ กำหนดกลยุทธ์การพัฒนาในระดับศักยภาพกลไกองค์กรสมรรถนะสูง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ มีความหมาย ลุ่มลึกและทรงพลัง

นำสู่นโยบายวิสัยทัศน์  
เป็นองค์กรนำด้านสุขภาพ  
เพื่อประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

รูปแบบการลดความเสี่ยงของ  
การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด  
ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน  
และโรคความดันโลหิตสูง  
จังหวัดนครศรีธรรมราช

กระบวนการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด  
ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

### ขอบเขตการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยให้มีความครอบคลุมตามการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีการแบ่งโซนอำเภอออกเป็น 6 โซน แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก ได้พื้นที่เป้าหมายในการวิจัย ทั้ง 6 โซนๆ ละ 1 อำเภอ รวม 6 อำเภอ ได้แก่ โซนที่ 1 อำเภอท่าศาลา โซนที่ 2 อำเภอหัวไทร โซนที่ 3 อำเภอนาบอน โซนที่ 4 อำเภอฉวาง โซนที่ 5 อำเภอลานสกา และโซนที่ 6 อำเภอร่อนพิบูลย์ จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงคือผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแต่ละอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้รับผิดชอบ

งานของโรงพยาบาลประจำอำเภอ สาธารณสุขอำเภอหรือผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้รับผิดชอบงาน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับ รพ.สต. ระดับตำบลและระดับอำเภอ ผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่สะดวกให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย รวมทั้งสิ้น จำนวน 60 คน ทำการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 ถึง เดือนมีนาคม 2567



## ระเบียบวิธีวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ความความต้องการและความเป็นไปได้ จากการดำเนินงานการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์เป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินการขับเคลื่อนการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ในทุกระดับภายใต้บริบทและปัจจัยที่คั่นพบระหว่างดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ด้วยการมีส่วนร่วมจากคณะทำงาน NCD และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 สร้างรูปแบบและพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลประเด็นปัญหาจากการดำเนินงานด้านการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับชุมชน/หมู่บ้าน และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ สร้างรูปแบบและพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช และได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้ ในพื้นที่ที่มีความพร้อม และสนใจในการนำรูปแบบที่สร้างและพัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ได้แก่ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราชประเมินผลการทดลองใช้และปรับปรุงได้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้

รับการพัฒนาในขั้นตอนที่ 2 ไปใช้จริงในหน่วยบริการและพื้นที่บริการ ในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ตามที่ปรากฏในขอบเขตการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยนำกรอบการแบบประเมิน CIPP Model (Daniel L. Stufflebeam. 1967) มาเป็นกรอบในการประเมินผลรูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช มาปรับใช้กับการวิจัยในครั้งนี้ ปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์เตรียมเผยแพร่

ขั้นตอนที่ 5 เผยแพร่ รูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พัฒนาสมบูรณ์ ในที่ประชุมผู้บริหาร คณะกรรมการวางแผนและประเมินผลด้านสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช เวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการด้าน NCD ระดับจังหวัด และตีพิมพ์บทความวิจัยรูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ผ่านวารสารสาธารณสุขภาคใต้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต แนวทาง/ประเด็นการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 6 ข้อ ดังนี้

1) ปัญหาและส่วนขาด ความต้องการและความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.1) ประเด็นการออกแบบระบบการดำเนินงานการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

1.2) ประเด็นการดำเนินงานการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2) แนวทางการพัฒนาหรือกระบวนการแก้ปัญหาและส่วนขาด เพื่อตอบสนองความต้องการที่เป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

3) การบริหารจัดการและสนับสนุนของภาคีเครือข่าย ในการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

4) การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

5) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

6) ข้อเสนอจากการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD) 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและพัฒนา 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผล 1 ท่าน ร่วมให้ความเห็น ตรวจสอบ แก้ไข และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์ สามารถสื่อความหมายได้ชัดเจน ตรงประเด็น

แต่อย่างไรก็ตามในงานวิจัยเชิงคุณภาพอาจมีการปรับเปลี่ยนเลื่อนไหลไปตามสถานการณ์ของสนามจริงได้เช่นกัน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้วิจัยคำนึงถึงจุดมุ่งหมายสำคัญของการวิจัยทุกขั้นตอน รวมทั้งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้การดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงคณะผู้วิจัยเกี่ยวกับรายละเอียดของกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน เพื่อความเข้าใจร่วมกันอย่างรอบด้าน
2. ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประสาน อสม. และผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การจัดเก็บข้อมูลโดยคณะผู้วิจัย
3. กำหนดแผนและการทำงานตามแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การสนทนากลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดการความรู้ และมีการขออนุญาตบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์พร้อมจดบันทึกสั้นๆ ในประเด็นที่มีความสำคัญ
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล โดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)
5. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล สรุปและเขียนรายงานการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) เป็นประเด็น (themes) กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 3 ขั้นตอน คือ 1) จัดการข้อมูล (data Management) 2) แสดงข้อมูล (Data Display) 3) อธิบายข้อมูล (Data Explanation) (Miles and Huberman, 1984, 1994) และนำมาตีความที่ยึดหลักความมีเหตุผลเชิงตรรกะ และเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ

## จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 036/2566 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2566

## ผลการวิจัย

1. ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ด้านบริบทสถานการณ์ปัญหาส่วนขาดความต้องการและความเป็นไปได้ของการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ซึ่งสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับพื้นที่อื่นในเขตสุขภาพที่ 11 และในระดับประเทศ อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพิ่มมากขึ้นด้วย จึงเป็นความต้องการที่จำเป็นในการแก้ปัญหาดังกล่าว และจากการวิเคราะห์รูปแบบการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ผ่านมาพบทั้งศักยภาพ ข้อจำกัดและช่องว่างสำคัญหลายประการที่เป็นโอกาสในการพัฒนา และจากการวิเคราะห์สังเคราะห์สถานการณ์ความต้องการ และความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งในมิติของนโยบาย เป้าหมาย และทิศทางการพัฒนาประเทศ จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 แผนปฏิบัติการสุขภาพโลก ประเทศไทย พ.ศ.2564-2570) ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข

(2564-2568) แผนการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกันทั้งในระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ 11 และจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยจังหวัดนครศรีธรรมราช กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “เป็นองค์กรนำด้านสุขภาพเพื่อประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยภาคีมีส่วนร่วม” เน้นการพัฒนาคน ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และองค์กรที่เกี่ยวข้อง ให้เป็นบุคคล ครอบครัวและองค์กรสมรรถนะสูง เป็นผู้นำด้านสุขภาพ เป้าหมายเพื่อประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างลุ่มลึก ทรงพลัง และมีความหมายต่อความเปลี่ยนแปลงกรอบความคิดหรือ “MINDSET” ของบุคคล ครอบครัว องค์กรที่เกี่ยวข้องสำคัญในระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม จึงเป็นความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างจริงจัง เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

2. ด้านการพัฒนารูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช จากการวิเคราะห์สังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาส่วนขาด ความต้องการและความเป็นไปได้ด้วยการทบทวนเอกสาร รายงาน แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการเก็บข้อมูลภาคสนามทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การสนทนากลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การจัดการความรู้อย่างเข้มข้น ด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนา เชิงคุณภาพ พบว่า ได้รูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ชื่อว่า “NAKHON SI MODEL” โดยมีกลยุทธ์สำคัญคือกลยุทธ์ “LOVE MYSELF + LOVE MYFAMILY” และ “CHANGE MINDSET” กับยุทธศาสตร์พลิกกลับระบบสุขภาพรูปแบบใหม่ ด้วยพลัง 5 หมอ

3. ด้านผลการประเมินรูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า เป็นที่ยอมรับนำไปสู่การต่อยอดการสร้างสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว องค์กร เช่น บุคคลต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย โรงเรียนเบาหวาน ความดันหัวใจและหลอดเลือด ที่เริ่มจากเล็กไปใหญ่ (Small to Big) มีความเป็นพลวัต ปรับเปลี่ยนไปตามบริบทและสถานการณ์ ทั้งสถานที่ วิชาเรียน รูปแบบการเรียนรู้และการปฏิบัติ ชุดองค์ความรู้และสื่อ เทคโนโลยี ดิจิทัลและสื่ออื่นๆ ที่สอดคล้องกับบริบทสามารถเข้าถึงได้ง่ายทุกที่ทุกเวลาทุกสถานการณ์แลเครื่องมือในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล แผลผล และอธิบาย อภิปรายผลได้ด้วยตนเอง (หมอคนที่ 1) และครอบครัว (หมอคนที่ 2) ก่อน หากเกินศักยภาพให้ปรึกษา อสม. (หมอคนที่ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(หมอคนที่ 4) และหมอเวชศาสตร์ครอบครัวหรือหมอที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์(หมอคนที่ 5) ตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งพัฒนาต่อยอดนโยบาย 3 หมอ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นต้น ทำให้สามารถลดผู้ป่วยเบาหวานผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลงได้ สามารถทำให้แพทย์สั่งหยุดยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้หลายคน หลายครอบครัว และต่อมาได้กลายเป็นคนต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยให้ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เท่านั้น แต่ยังทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หายเป็นปกติโดยไม่ต้องกินยาอีกต่อไป “NAKHON SI MODEL” สามารถจึงลดกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยรายใหม่ ได้จริง

4. ด้านข้อเสนอเชิงนโยบายจากผลการวิจัยรูปแบบการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เขตสุขภาพที่ 11 และกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาเป็นนโยบายของจังหวัด

นครศรีธรรมราช เขตสุขภาพที่ 11 และกระทรวงสาธารณสุข ในการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อไป

### การอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องรูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ครั้งนี้ เกิดนวัตกรรม NAKHON SI MODEL ผ่านกระบวนการพัฒนาด้วยกลยุทธ์ “LOVE MYSELF+ LOVEFAMILY” และ “CHANGE MINDSET” กับยุทธศาสตร์พลิกกลับระบบสุขภาพรูปแบบใหม่ ด้วยพลัง 5 หมอ เน้นการจัดการสุขภาพแบบองค์รวมของชีวิตที่มีหลากหลายมิติไม่ได้มีแค่มิติสุขภาพเพียงมิติเดียว ทำจากเล็กไปใหญ่ เริ่มต้นที่ระดับบุคคล ระดับครอบครัว ขยายสู่ระดับชุมชนสังคมต่อไปผ่านกลไกคนต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ โรงเรียนสร้างสุขภาพทุกกลุ่มวัย โรงเรียนเบาหวานความดันหัวใจและหลอดเลือด ด้วยกระบวนการปรึกษาหารือการจัดการความรู้แบบละเอียดลออลึกซึ้ง เกิดความรอบรู้จากการปฏิบัติ ทบทวน ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดเป็นชุดองค์ความรู้ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ถ่ายทอดขยายผลสู่วงกว้าง สามารถลดกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยรายใหม่ลงได้ ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคดังกล่าว หลายคน หลายครอบครัว นั้นหมายถึงลดค่าใช้จ่ายของภาครัฐและภาคประชาชนอันเกิดขึ้นจากการดูแลความเจ็บป่วยทั้งค่าเดินทาง ค่าเสียโอกาสในการทำงานและอื่นๆ ของตนเองและครอบครัวที่นับวันจะยิ่งสูงขึ้นๆ ทั้งที่ประมาณค่าได้ เช่น ด้านค่าใช้จ่ายซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของ Institute for Health Metrics and Evaluation-Thailand, 2022 ที่รายงานว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease: CVD) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ควบคู่ไปกับภาระมากมายที่เกิดจากโรคดังกล่าวงบประมาณใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งมีมูลค่ารวมหนึ่งหมื่นเก้าพันล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2562 ถูกจัดสรรให้กับการป้องกันและรักษาโรค CVD มากที่สุด (World Health Organization Global Health

Expenditure database.) ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพต่อคนในประเทศไทยนั้นสูงกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asia: SEA) ค่าใช้จ่ายต่อจำนวนปีสุขภาพ (Disability-adjusted life-year: DALY) ที่เสียไปเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในปีพ.ศ. 2562 ในประเทศไทยมีมูลค่าสูงสุด (109 ดอลลาร์สหรัฐฯ) เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (IQVIA MIDAS MAT, 2019) และประมาณค่าไม่ได้ คือความสุขและคุณภาพชีวิตที่หายไปและความทุกข์ทรมานและความพิการที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากการเจ็บป่วยและกระบวนการดูแลรักษา

อย่างไรก็ตาม สำหรับปัจจัยความสำเร็จ คือนโยบายและการขับเคลื่อนนโยบายผ่านแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการสู่การปฏิบัติประเด็นผ่านกลไก บุคคล ครอบครัว องค์กรสมรรถนะสูงด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในทุกมิติแบบองค์รวม เน้นการจัดการความรู้ ความรอบรู้ ใช้ความรู้เป็นตัวนำในการส่งเสริม ป้องกันและแก้ไขปัญหา และความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบของ 5 หมอ สอดคล้องกับงานวิจัยของนิยม ศิริ และวรยุทธ นาคอ้าย (2565) เรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดน่าน ที่พบว่าปัจจัยความสำเร็จ คือ นโยบายและการขับเคลื่อนประเด็นผ่านกลไก พขอ. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและความเข้มแข็งของชุมชน

## เอกสารอ้างอิง

- ชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์. (2566). สถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุจังหวัด อุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 (2023): มกราคม-เมษายน 2566.
- นิยม ศิริ,วรยุทธ นาคอ้าย. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดน่าน.วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 มีนาคม - เมษายน 2565.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Thailand (2022). (สืบค้น มกราคม 2565), <http://www.healthdata.org/thailand>.
- Ministry of Public Health Thailand. (2019) NCD report: DM, HTN and risk factors.
- National Health Examination Survey- Thailand,2004, 2014& 2019-2020
- The World Bank. Current health expenditure per capita (current US\$) – Thailand. (2022), <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=TH>.

## การนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคคล ครอบครัว อสม. บุคลากรสาธารณสุข และทีมหมอครอบครัว ได้นำรูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พัฒนาขึ้น “NAKHON SI MODEL” ไปประยุกต์ใช้เพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ผู้บริหารแต่ละระดับในจังหวัด ให้ความสำคัญในการนำรูปแบบการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พัฒนาขึ้น “NAKHON SI MODEL” ไปการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของจังหวัด บูรณาการแบบองค์รวม ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ ด้วยกลยุทธ์ “LOVE MYSELF+ LOVEFAMILY” และ “CHANGE MINDSET” กับยุทธศาสตร์พลิกกลับระบบสุขภาพรูปแบบใหม่ ด้วยพลัง 5 หมอ จากเล็กไปใหญ่ (Small to Big)

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเรื่องการเสริมพลังครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในครอบครัวและชุมชน จังหวัดนครศรีธรรมราช



World Health Organization. (2022). <https://www.who.int/news-room/fact-Sheets/detail/noncommunicable-diseases>

World Health Organization. Global Health Expenditure Database (2022). (สืบค้น มกราคม 2565), <https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>.

Yusuf S et al. (2004). Lancet 2004; 364:937-52. [https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/asia-pacific/white-papers/cvd/thailand\\_shaping-cvd-access-strategy-policy-landscape- iqvia\\_vth.pdf](https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/asia-pacific/white-papers/cvd/thailand_shaping-cvd-access-strategy-policy-landscape- iqvia_vth.pdf).

**วัตถุประสงค์ :**

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจด้านนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานความก้าวหน้าของงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบบริการสุขภาพ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท
3. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านต่างๆ ที่จะนำไปสู่การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาชนบท และระบบบริการสุขภาพ
4. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขของศูนย์วิชาการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ
5. เพื่อเป็นสื่อสัมพันธ์สร้างความร่วมมือ และความเข้าใจระหว่างศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราชกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

**ขอบเขตบทความ :**

- บทความวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชนบท
- ผลงานความก้าวหน้าและประสบการณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
- บทความแปลหรือเรียบเรียงจากภาษาต่างประเทศ หรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่เหมาะสม ในงานสาธารณสุข และการบริการด้านสุขภาพ
- บทความอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

**สำนักงาน :**

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000  
โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 <http://phcsn.hss.moph.go.th>  
facebook : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช  
Email : southern.phc@gmail.com มือถือ 081-3705370

**ลิขสิทธิ์ :**

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ถือเป็นลิขสิทธิ์ของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และผลงานวิจัยของผู้เขียนต้องมาจากการบูรณาการนิพนธ์ของท่านโดยจริงแท้

**ความรับผิดชอบ :**

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ ไม่รวมความผิดพลาด อันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

**กำหนดการส่งต้นฉบับ :**

- ฉบับที่ 1 ประจำปี เดือน ตุลาคม – ธันวาคม
- ฉบับที่ 2 ประจำปี เดือน มกราคม – มีนาคม
- ฉบับที่ 3 ประจำปี เดือน เมษายน – มิถุนายน
- ฉบับที่ 4 ประจำปี เดือน กรกฎาคม – กันยายน



**กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**  
**DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT**

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลโนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทรศัพท์ 075-446354, 075-446005 โทรสาร 075-446291

<https://hss.moph.go.th/webs/phcsn> Facebook: ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Line ID : 0813705370