

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและ
ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล
และสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
The Effectiveness of a Health Empowerment and Environmental
Health Literacy Program on the Caring Participatory Behavior
and Well-being of Caregivers of Bedridden Patients

ชวนชม พีชพันธุ์ไพศาล, ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)¹

Chuanchom Peachpunpisal, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research)¹

พกามาศ พิมพีธารา, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)²

Pakamas Pimtara, M.N.S. (Gerontological Nursing)²

ยศพล เหลืองโสมนภา, ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา)³

Yosapon Leungsomnapa, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science)³

สุกัญญา ชันวิเศษ, วท.ม. (การพยาบาลที่เน้นการดูแล)⁴

Sukanya Khanwiset, M.S. (Caring Science with Specialization in Nursing)⁴

Received: May 6, 2025 Revised: June 9, 2025 Accepted: June 13, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย

^{1,3} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,3} Assistant Professor, Phrapokkklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^{2,4} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{2,4} Instructor, Phrapokkklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: pakamas@pnc.ac.th

โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล แบบประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .86 และแบบประเมินสุขภาพของญาติผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .89 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ two-way repeated measures MANOVA

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 2) ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงควรนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนี้ไปใช้กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล สุขภาวะ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a health empowerment and environmental health literacy program on the caring participatory behavior and well-being of caregivers of bedridden patients. The samples consisted of 60 caregivers of bedridden patients in Mueang Chanthaburi District, Chanthaburi Province. They were equally divided into an experimental group (n = 30) and a control group (n = 30). The research instruments included a health empowerment and environmental health literacy program, a general data questionnaire, a caring participatory behavior assessment form with a reliability of .86, and a well-being assessment form with a reliability of .89. The implementation and data collection were conducted from June to September 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and two-way repeated measures MANOVA.

The research results revealed that 1) at the after-experiment and 2-month follow-up periods, the experimental group had a higher mean score of caring participatory behavior than the before-experiment period and the control group; and 2) at the after-experiment and 2-month follow-up periods, the experimental group had a higher mean score of well-being than the before-experiment period and the control group.

This research suggests that the agencies related to care for bedridden patients should utilize this health empowerment and environmental health literacy program with caregivers in order to enhance their caring participatory behavior and well-being.

Keywords: Caregivers of bedridden patients, Health empowerment, Environmental health literacy, Caring participatory behavior, Well-being

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เนื่องจากผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นผู้ที่มีสภาพร่างกายไม่แข็งแรง ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง ต้องอาศัยญาติผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ทุกอย่าง โดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนติดเตียงมีหลายสาเหตุ เช่น การเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง พาร์กินสัน สมองเสื่อม การประสบอุบัติเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม จากรายงานพบว่า ร้อยละ 20-60 ของการพลัดตกหกล้มส่งผลให้เกิดความพิการ และต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) การนอนอยู่บนเตียงเป็นระยะเวลานานส่งผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นจนอาจเสียชีวิตได้ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การขาดสารอาหาร การเกิดแผลกดทับ โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อ คือ การที่ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ซึ่งสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาการติดเชื้อในระบบต่างๆ (สุวรรณา วุฒิธนาฤทธิ์ และวัลย์นารี พรหมลา, 2564)

ในการทำหน้าที่ของญาติผู้ดูแลนั้น ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งการดูแลสุขภาพหรือการเจ็บป่วยและการดูแลจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ให้ถูกหลักอนามัย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยติดเตียงได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งจะช่วยลดและป้องกันปัญหาการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของผู้ป่วยติดเตียงได้ ดังนั้น การทำหน้าที่ของญาติผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจึงเป็นภาระที่หนัก ประกอบกับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือบางรายช่วยเหลือตนเองได้เพียงเล็กน้อย การทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันจึงต้องอาศัยญาติผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองน้อยลง หรือไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง (ฉัษศพา หลงผาศุข, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2561) จากการศึกษาของสุริยา พองเกิด, สุนันท์ สินเชื้อสัตย์กุล, และสืบตระกูล ตันตลานุกร (2563) พบว่า ผลกระทบจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของญาติผู้ดูแล คือ ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ ความเหนื่อยล้าในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยติดเตียงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเผชิญปัญหาทั้งสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ

และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (พิสมัย สุระกาญจน์ และ คารุณี จงอุดมการณ์, 2562) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับ ญาติผู้ดูแลและรุนแรงมากขึ้นเมื่อญาติผู้ดูแลขาดความ พร้อมในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย คือ ขาดความรู้และ ทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง และขาดวัตถุประสงค์ที่ จำเป็นในการช่วยผ่อนแรงในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ ญาติผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย อ่อนล้า ท้อแท้ และมีความเครียด ในระดับสูง (ชลกร ทรงศรี และณรงค์ จันทร์แก้ว, 2562) และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตสังคมของ ผู้ดูแลได้ (ทัศนีย์ บุญอริยเทพ และชกกันันท์ อินทรารุช, 2566) โดยเฉพาะในปัจจุบันที่สถานการณ์ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังสถิติที่พบว่า ผู้ป่วย ติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี มีจำนวนมากที่สุดของจังหวัดและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวน 195 คน 230 คน และ 245 คน ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี, 2564) สอดคล้องกับสถิติในเขตภาคตะวันออกที่พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมากถึง 3,123 คน (กรมควบคุมโรค, 2564) ด้วยสถิติที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วย ติดเตียงที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลมากถึง 1 ล้านคน (กรมควบคุมโรค, 2561) การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงนี้เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในระยะยาว โดย ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตาม แนวคิดของ Shearer, Fleury, and Belyea (2010) ซึ่งเป็นการเสริมสร้างพลังทางจิตใจในบริบททางสังคม ที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับญาติ ผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ดูแล ผู้ป่วยได้ในระยะยาว

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ ครอบคลุมสมบูรณ์นั้น จำเป็นต้องดูแลอาการของโรค ร่วมกับการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ซึ่ง

สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มีการส่งเสริม ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในระดับชุมชน โดยสนับสนุนให้มีการนำญาติผู้ดูแลและครอบครัว มาสร้างการมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการช่วยดูแล ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะ และมีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่อยู่ ที่บ้าน (กาญจนา จันทรีไทย, 2560) และจากการศึกษา ของ Bradley, Lloyd-Williams, and Dowrick (2018) พบว่า การจัดการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยสามารถช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วย ติดบ้านติดเตียงขณะอยู่ที่บ้าน และช่วยชะลอการลุกลาม ของโรค ลดอาการเจ็บป่วยได้ ซึ่งการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (environmental health literacy) ตามแนวคิดของ Finn and O'Fallon (2018) จะช่วยสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับ ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงหรือการแสวงหา ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งมีการตรวจสอบ ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้รับ เพื่อนำไปสู่การ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

การที่ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจากภาวะเจ็บป่วยร่วมกับการดูแลจัดการสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ตามหลักอนามัย อีกทั้งญาติผู้ดูแลต้องมีความพร้อม ทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้วิจัยจึงสนใจ พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความ รอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยประยุกต์แนวคิด การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ของ Shearer et al. (2010) ที่ประกอบด้วย แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล (personal resources) และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (social contextual resources) โดยแหล่งทรัพยากร ส่วนบุคคลประกอบด้วย ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเจริญงอกงามในตน การยอมรับตนเอง และการมี จุดมุ่งหมายในชีวิต ส่วนแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

ประกอบด้วย การรับรู้เครือข่ายทางสังคม และการใช้ บริการทางสังคม โดยแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและ แหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมสามารถนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีของญาติ ผู้ดูแล ร่วมกับประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม ของ Finn and O'Fallon (2018) ที่ ประกอบด้วย การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเลือกจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ตัดบ้านติดเตียง โดยมีการจัดการดูแลสภาพแวดล้อม ที่บ้านให้ถูกหลักอนามัยร่วมกับการดูแลสุขภาพของ ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และช่วยป้องกันการติดเชื้อในระบบต่างๆ จึงเป็นการลด ภาวะการดูแล และช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้ความสนใจ ในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ส่งผลให้มีสุขภาพที่ ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาพของกลุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล หลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะเวลา หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล หลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

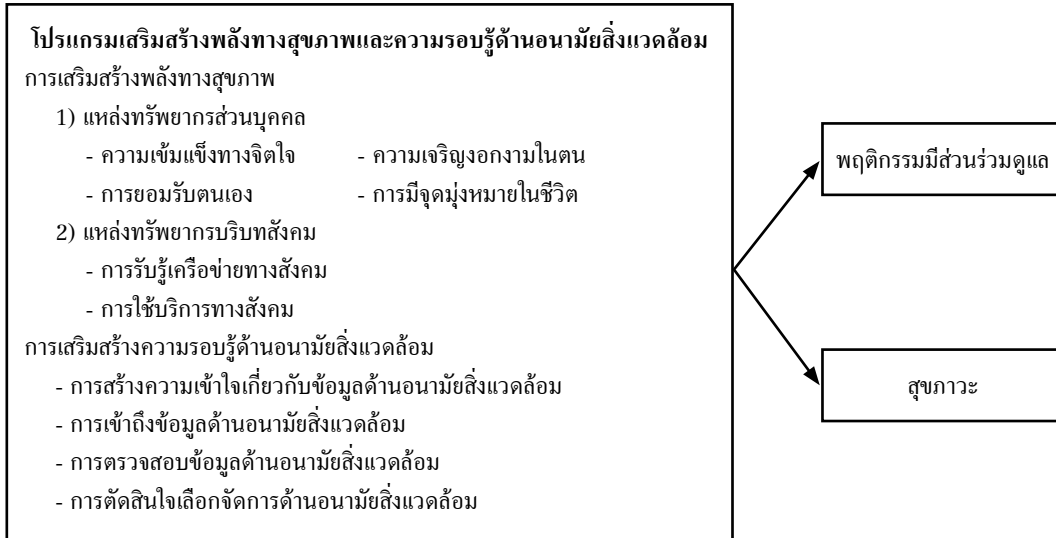
1. ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะ ติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และคะแนนเฉลี่ย

สุขภาพ สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

2. ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะ ติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และคะแนนเฉลี่ย สุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้าง พลังทางสุขภาพ ของ Shearer et al. (2010) ที่ ประกอบด้วย 1) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ได้แก่ ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเจริญงอกงามในตน การยอมรับตนเอง และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และ 2) แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ได้แก่ การรับรู้เครือข่าย ทางสังคม และการใช้บริการทางสังคม โดยแหล่งทรัพยากร ส่วนบุคคลและแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมส่งผลต่อการ มีส่วนร่วมอย่างมีเป้าหมายในการสร้างการเปลี่ยนแปลง คือ การส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ตัดบ้านติดเตียง และผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดความรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของ Finn and O'Fallon (2018) ที่ประกอบด้วย การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงข้อมูลด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเลือกจัดการด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วม ดูแลผู้ป่วยตัดบ้านติดเตียง โดยมีการจัดการดูแล สภาพแวดล้อมที่บ้านให้ถูกหลักอนามัย ร่วมกับการดูแล สุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ สังคม ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยตัดบ้าน ติดเตียงได้อย่างครอบคลุม ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง มากขึ้น จึงเป็นการช่วยลดภาวะการดูแล และช่วยให้ ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและ อารมณ์ และด้านสังคม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัตก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two-group pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป และไม่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่จำเป็นต้องประเมินความรู้ความจำ [คุชฎี อุดมอิทธิพงศ์, พิษญา ชาญนคร, ธิตติมา ณรงค์ศักดิ์, และณภาพิศ ฉิมนาคนบุญ, 2564]) 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 2 เดือนขึ้นไป (เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่เริ่มยอมรับเมื่อเปลี่ยนแปลงบทบาท [Zhang et al., 2021]) 4) มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่ำกว่าระดับเปอร์เซนไทล์ที่ 50 ลงมา และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ

เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผนการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Twisk (2003) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 24 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 48 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม โดยการจับฉลากเลือกตำบล 2 ตำบล (จากจำนวน 11 ตำบล) จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากญาติผู้ดูแลครอบครัวละ 1-2 คน แล้วทำการสุ่มกำหนด (random assignment) ตำบลทั้งสองเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการจับฉลาก **เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ของ Shearer et al.

(2010) ที่ประกอบด้วย ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเจริญงอกงามในตน การยอมรับตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การรับรู้เครือข่ายทางสังคม และการใช้บริการทางสังคม ร่วมกับแนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของ Finn and O'Fallon (2018) ที่ประกอบด้วย การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจเลือกจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่โปรแกรม ใช้เวลา 50-60 นาที โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม และระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมในโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาสาเหตุของการสูญเสียพลังกายพลังใจในการดูแลผู้ป่วย ใช้เวลา 50-60 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งกลุ่มย่อย เล่าปัญหาในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และบอกสาเหตุที่ทำให้การจัดการสภาพแวดล้อมไม่ถูกหลักอนามัย จากนั้นให้ส่งตัวแทนนำเสนอ

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการเสริมสร้างพลังกายพลังใจตามแนวคิดของ Shearer et al. (2010) และการจัดการสภาพแวดล้อมที่ถูกหลักอนามัย ใช้เวลา 50-60 นาที โดยผู้วิจัยอธิบายแนวทางการเสริมสร้างพลังกายพลังใจ และการจัดการสภาพแวดล้อมที่ถูกหลักอนามัย อภิปรายร่วมกัน และให้ซักถามข้อสงสัย

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการเสริมสร้างพลังกายพลังใจด้วยการส่งเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเจริญงอกงามในตน การยอมรับตนเอง และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ใช้เวลา 50-60 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งกลุ่มย่อย พูดยุทธศาสตร์ความรู้สึกเพื่อการรับรู้ร่วมกัน บอกข้อดีของตนเอง เพื่อสร้าง

แรงผลักดันในการวางแผนการทำงานให้สำเร็จในทุก ๆ วัน บอกวิธีการสร้างพลังกายพลังใจของตนเอง และเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความรู้สึกทางบวกต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง นอกจากนี้ยังมีการฝึกปฏิบัติการจัดการสภาพแวดล้อมในบ้านและรอบๆ บ้านให้ถูกสุขลักษณะ จากนั้นให้อภิปรายร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้คิดวิเคราะห์ และนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลกิจกรรมในโปรแกรมด้วยการสะท้อนคิด ใช้เวลา 50-60 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสรุปเนื้อหาและผลลัพธ์ที่ได้จากการเรียนรู้ด้วยการสะท้อนคิด จากนั้นผู้วิจัยสรุปเพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้ข้อมูลย้อนกลับ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และระยะเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ร่วมกับพฤติกรรมการจัดการสภาพแวดล้อม เช่น “ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ” “ท่านทำความสะอาดห้องนอนผู้ป่วย” มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติประจำ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน

คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลมาก

ชุดที่ 3 แบบประเมินสุขภาวะของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบวัดสุขภาวะ ขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1998 แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านสังคม จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เป็นจริงน้อยที่สุด เป็นจริงน้อย เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงมาก และเป็นจริงมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีสุขภาวะไม่ดี และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีสุขภาวะดี

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม แบบประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล และแบบประเมินสุขภาวะของญาติผู้ดูแล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอายุรกรรม อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1, .90 และ .90 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมืองจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ดำเนินการแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และนำแบบประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล และแบบประเมินสุขภาวะของญาติผู้ดูแล ไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมืองจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการ

ของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .86 และ .89 ตามลำดับ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (เอกสารรับรอง เลขที่ 121/2564 วันที่ 22 เมษายน 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละพื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล แบบประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล และแบบประเมินสุขภาวะของญาติผู้ดูแล ระยะก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที
3. ในสัปดาห์ที่ 1-5 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ขั้นตอนรวมจำนวน 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้มีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงตามปกติ
4. ในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละ

แห่ง ให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของ ญาติผู้ดูแล และแบบประเมินสุขภาวะของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (post-test) โดยให้ เวลาประมาณ 15 นาที

5. ในสัปดาห์ที่ 13 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละ แห่ง ให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของ ญาติผู้ดูแล และแบบประเมินสุขภาวะของญาติผู้ดูแล ระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน (follow-up) โดยให้เวลาประมาณ 15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของญาติ ผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรม มีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม ควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง เสร็จสิ้น 2 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measures MANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 83.33 มีอายุอยู่ในช่วง 51–60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีอายุเฉลี่ย 56.45 ปี ($SD = 5.01$) และมีระยะเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1 ปี–1 ปี 6 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.67 โดยมีระยะเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 12.29 เดือน ($SD = 4.28$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.67 มีอายุอยู่ในช่วง 51–60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.67 โดยมีอายุ

เฉลี่ย 54.22 ปี ($SD = 4.99$) และมีระยะเวลาในการ ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1 ปี–1 ปี 6 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 โดยมีระยะเวลาในการทำหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 11.84 เดือน ($SD = 4.05$)

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาวะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะ ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน สำหรับผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลระหว่างกลุ่มโดยไม่คำนึงถึง ระยะเวลา พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 30.060, p < .001$) เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วม ดูแลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลในระยะเวลาที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 63.369, p < .001$) และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลา ที่แตกต่างกัน ทำให้มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วม ดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 97.394, p < .001$) ส่วนผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของ คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะระหว่างกลุ่มโดยไม่คำนึงถึง ระยะเวลา พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 19.585, p < .001$) เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะภายในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะ ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($F = 450.969, p < .001$) และ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับระยะเวลาที่แตกต่างกัน ทำให้มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($F = 97.394, p < .001$) ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และคะแนนเฉลี่ย
 สุขภาวะ ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง (n = 60)

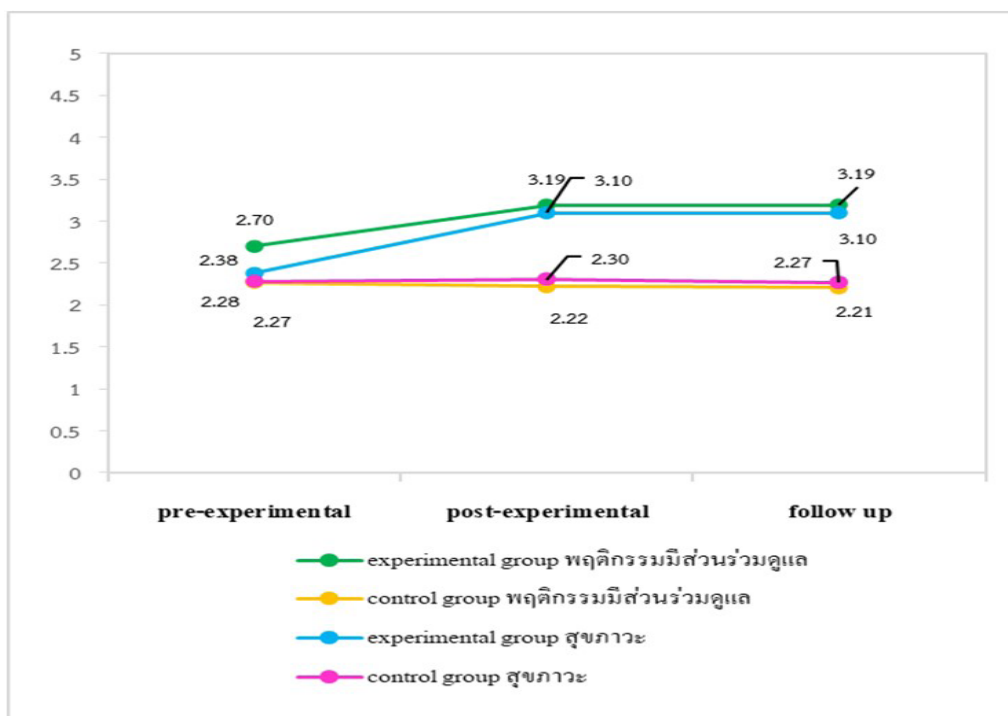
แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	28.11	1.00	28.11	30.060	< .001
ความคลาดเคลื่อน	54.25	58.00	.93		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	1.94	1.56	1.24	63.693	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	2.97	1.56	1.89	97.394	< .001
ความคลาดเคลื่อน	1.77	90.95	.01		
สุขภาวะ					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	15.02	1.00	15.02	19.585	< .001
ความคลาดเคลื่อน	44.46	58.00	.76		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	5.39	1.83	2.94	450.969	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	2.97	1.56	1.89	97.394	< .001
ความคลาดเคลื่อน	.69	106.31	.01		

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาวะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน สำหรับผลการเปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 48.180, p < .001$ และ $F = 49.504, p < .001$ ตามลำดับ)

ส่วนผลการเปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 37.662, p < .001$ และ $F = 41.475, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2 โดยรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลา แสดงในแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และคะแนนเฉลี่ย
 สุขภาวะ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง
 เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		F	p
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล						
ระยะก่อนการทดลอง	2.70	.79	2.27	.38	.084	.072
ระยะหลังการทดลอง	3.19	.65	2.22	.40	48.180	< .001
ระยะติดตามผล	3.19	.65	2.21	.40	49.504	< .001
สุขภาวะ						
ระยะก่อนการทดลอง	2.38	.59	2.28	.44	.508	.479
ระยะหลังการทดลอง	3.10	.55	2.30	.46	37.662	< .001
ระยะติดตามผล	3.10	.56	2.27	.44	41.475	< .001



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล
 และคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลา

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะ สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้เป็นอย่างดีและคงอยู่ได้ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นกระบวนการคิดวิเคราะห์เพื่อการตัดสินใจในการจัดการดูแลรักษาสุขภาพแวดล้อมที่เป็นต้นเหตุของการเกิดโรค โดยแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของ Finn and O'Fallon (2018) เป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีการแสวงหาข้อมูล ทำความเข้าใจ ร่วมกับวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้ถูกต้องตามหลักอนามัย ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับการดูแลสุขภาพแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพตามเป้าหมายที่กำหนด ช่วยลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ช่วยลดภาระของญาติผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจลดลง จึงอาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีสุขภาวะดีขึ้น โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดหลัก 3 ประการของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมาผนวกไว้ในโปรแกรม ได้แก่ 1) การส่งเสริมความเข้าใจ ความตระหนักของบุคคลให้เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่ถูกหลักอนามัย ปรับเปลี่ยนลักษณะการดูแลสุขภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับสังคมและ

วัฒนธรรมของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย 2) กระตุ้นญาติผู้ดูแลให้ใช้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในการวิเคราะห์ปัญหา และตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างเหมาะสม และ 3) ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมลดความเสี่ยงและป้องกันอันตรายจากสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยการศึกษาของ Gray (2018) พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่ำจะมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสูง และการศึกษาของเทพสุดา จิวตระกูล (2564) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ดังนั้น การสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพแวดล้อมของครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้น

ส่วนการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามแนวคิดของ Shearer et al. (2010) เป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพประกอบด้วย แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม โดยแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลประกอบด้วย ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเจริญงอกงามในตน การยอมรับตนเอง และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมประกอบด้วย การรับรู้เครือข่ายทางสังคม และการใช้บริการทางสังคม ซึ่งทั้งแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมส่งผลต่อการมีส่วนร่วมอย่างมีเป้าหมายในการสร้างการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย นั่นคือ การส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของกริณี สังข์ประคอง (2562) ที่พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสามารถ

ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ให้มีความเข้มแข็ง มีกำลังใจในการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่ร้ายแรง และนำประสบการณ์ในอดีตมาเป็นแนวทางในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่พักอาศัยอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนี้ ไปประยุกต์ใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมและปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระยะยาว เช่น การติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในระยะยาว ซึ่งเป็นการช่วยสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบยั่งยืนต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่เกิดจากการที่ญาติผู้ดูแลผ่านการอบรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมให้เกิดประสิทธิภาพต่อการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2561). *รายงานประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.
- กรมควบคุมโรค. (2564). *รายงานประจำปี 2563*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์.

กริณี สังข์ประคอง. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(2), 1-20.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564*. สืบค้นจาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstastic64.pdf>

กาญจนา จันทร์ไทย. (2560). *มาตรฐานการพยาบาล*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ชลการ ทรงศรี, และณรงค์ จันทร์แก้ว. (2562). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 27(1), 1-11.

ฉัตรศพา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2561). ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 97-109.

คุณฉวี อุดมอิทธิพงษ์, พิษญา ชาญนคร, ชิตินา ณรงค์ศักดิ์, และนภาพิศ ฉิมนาคนบุญ. (2564). การกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: บทความฟื้นฟูวิชาการ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 15(1), 62-83.

ทัศนีย์ บุญอริยเทพ, และชภัคนันท์ อินทรารุช. (2566). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวน ผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 31(1), 99-113.

- เทพสุดา จิวตระกูล. (2564). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (คชส.บ.)* (คุษณินพนธ์ปริญญาคุษณินบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิสมัย สุระกาญจน์, และดารุณี จงอุดมการณ์. (2562). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 26(2), 83-92.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี. (2564). *รายงานข้อมูลและสถิติประจำปี*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.
- สุริยา ฟองเกิด, สุนันท์ สินธุ์สัตย์กุล, และสปีตระกุล ตันตลานุกร. (2563). บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลญาติผู้ป่วยติดเตียง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 46-55.
- สุวรรณา วุฒิรณฤทธิ, และวลัยนารี พรหมลา. (2564). การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 367-375.
- Bradley, N., Lloyd-Williams, M., & Dowrick, C. (2018). Effectiveness of palliative care interventions offering social support to people with life-limiting illness—A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 27(3), e12837. doi:10.1111/ecc.12837
- Finn, S., & O’Fallon, L. R. (Eds.). (2018). *Environmental health literacy*. New York: Springer.
- Gray, K. M. (2018). From content knowledge to community change: A review of representations of environmental health literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 466. doi:10.3390/ijerph15030466
- Shearer, N. B. C., Fleury, J. D., & Belyea, M. (2010). Randomized control trial of the health empowerment intervention: Feasibility and impact. *Nursing Research*, 59(3), 203-211. doi:10.1097/NNR.0b013e3181dbbd4a
- Twisk, J. W. R. (2003). *Applied longitudinal data analysis for epidemiology: A practical guide*. Cambridge University Press.
- Zhang, J., Guo, L., Mao, J., Qi, X., Chen, L., Huang, H., ... Yang, X. (2021). The effects of nursing of Roy adaptation model on the elderly hypertensive: A randomised control study. *Annals of Palliative Medicine*, 10(12), 12149-12158. doi:10.21037/apm-21-2803