



วารสาร

# วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567 Vol. 35 No. 2 July - December 2024



## รายงานการวิจัย

- ผลของการจัดการเรียนรู้เชิงรุกต่อกิจกรรมการเรียนรู้ 4Cs ในนักศึกษาพยาบาล
- การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจากโรงพยาบาลสู่บ้าน: วิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา
- บังคับจำหน่ายภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
- บังคับที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด
- บังคับที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา
- บังคับจำหน่ายความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
- ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้ง อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์
- บังคับที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในจังหวัดสุโขทัย
- การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล สำหรับพนักงานทำความสะอาด
- บังคับที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
- การใช้สารเสพติดและแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดตามมุมมองของบิดามารดานักศึกษามหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ
- บังคับที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกระหึ่มง่าป่าเกาะกูดที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก
- ผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลหลังการเกิดก่อนกำหนดต่อการปฏิบัติของพยาบาลและสภาพแวดล้อมของการเกิดก่อนกำหนด
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อกิจกรรมการจัดการตนเอง และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น
- บังคับจำหน่ายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มผู้ปกครองชาวกระหึ่มง่าป่าเกาะกูด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก
- บังคับที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
- สาเหตุและมุมมองการตั้งครุฑง่าของมารดาวัยรุ่น: การบทวนวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบในบริบทประเทศไทย
- บังคับที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

## บทความวิชาการ

- การส่งเสริมสมรรถนะดิจิทัลสำหรับพยาบาล
- คุณภาพชีวิตครอบครัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลัน

## บทความพิเศษ

- สมรรถนะพยาบาลในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเพ็งเพ็ง

# วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567 Vol. 35 No. 2 July - December 2024

## เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี  
36 ถนนเลียบบเนิน ตำบลวัดใหม่  
อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000

## ที่ปรึกษา

รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ  
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ช.ทองเกษร ลาตพร้าว 71 กรุงเทพฯ)  
ผศ. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์  
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี  
ผศ. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา  
รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและบริการวิชาการ

## บรรณาธิการ

นางคนิสร เจริญกิจ  
พย.ม. (การพยาบาลศึกษา)

## กองบรรณาธิการ

### ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| 1. ผศ. ดร.ลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล  | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น                               |
| 2. ผศ. ดร.ทัศนาศ ทวีคุณ        | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล                 |
| 3. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี  | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา                                      |
| 4. ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา         | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่                             |
| 5. รศ. ดร.อรพรรณ โตสิงห์       | วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์           |
| 6. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล  | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช               |
| 7. รศ. ดร.พรชัย จุลเมตต์       | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา                                 |
| 8. รศ. ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์ | นักวิชาการอิสระ (เกษียณจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) |

### กองบรรณาธิการ (ภายใน)

- |                                  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. ดร.ปัทมา บุญช่วยเหลือ         | สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น |
| 2. นางสาวรสสุคนธ์ เจริญสัจย์ศิริ | สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น |

## ฝ่ายจัดการ

- นางสาวชญาณี สันติสูงเนิน
- นางสาวชลิตา วรวิฑิตศา
- นางสาวคุณัญญา เย็นสุข

## วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและผลงานวิชาการ  
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล  
การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

## กำหนดออกเผยแพร่

- ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้
- ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน  
(รับบทความถึงสิ้นเดือนธันวาคม)
- ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม  
(รับบทความถึงสิ้นเดือนมิถุนายน)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) โดยต้นฉบับแต่ละเรื่องได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนอย่างน้อย 2 คน ทั้งนี้ รายงานการวิจัย และบทความในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางคณะผู้จัดทำวารสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

### วสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 1. ผศ. ดร.นงนภัทร รุ่งเนย           | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี                       |
| 2. ดร.ดาราวรรณ ร่องเมือง            | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี                       |
| 3. ดร.กุลธิดา พานิชกุล              | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ                            |
| 4. ดร.เชษฐา แก้วพรม                 | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่                               |
| 5. รศ. ดร.ปรารถนา สติชัยวิภาวี      | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล                         |
| 6. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม    | คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ       |
| 7. รศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ          | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม                     |
| 8. ผศ. ดร.พิมสุภาวี่ จันทนะโสตร์    | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม                     |
| 9. ผศ. ดร.เพชรรัตน์ เจริมรอด        | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต                         |
| 10. รศ. ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์         | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย                     |
| 11. รศ. ดร.กุลวดี ไรจน์ไพศาลกิจ     | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี<br>มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ |
| 12. ผศ. ดร.พัชรพร แก้ววิมล          | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์                       |
| 13. รศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส | สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ วิทยาเขตอู่ฮั่น                 |
| 14. ผศ. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา        | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                           |
| 15. ผศ. ดร.มธุรดา บรรจงการ          | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                           |
| 16. ผศ. ดร.รุ่งนภา เขียวชะอ่า       | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                           |
| 17. ดร.ทองสวย สีสานนท์              | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                           |
| 18. ดร.ธัสมน นามวงษ์                | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                           |
| 19. ดร.ชญาดา เนตร์กระจ่าง           | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                           |
| 20. ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก           | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี                           |
| 21. ผศ. ดร.ปราณี ชีร์โสภณ           | นักวิชาการอิสระ   |
| 22. ดร.ชดช้อย วัฒนะ                 | นักวิชาการอิสระ   |
| 23. ดร.รัชชนก กลิ่นชาติ             | นักวิชาการอิสระ   |
| 24. ดร.วิรัตพัชร สกุลสันติพร เศลล์  | นักวิชาการอิสระ   |



วารสาร

# วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567 Vol. 35 No. 2 July - December 2024

ส  
า  
ร  
บ  
ญ

หน้า

## รายงานการวิจัย

- ผลของการจัดการเรียนรู้เชิงรุกต่อทักษะการเรียนรู้ 4Cs ในนักศึกษาพยาบาล  
วารณศิริ ศรีสุข อรภิษา บรรเทาวงษ์ มธุรดา บรรจงการ 1
- การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะยาว  
จากโรงพยาบาลสู่บ้าน: วิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา 15  
รุ่งนภา เขียวชะอำ มธุรดา บรรจงการ ศุภโรจ เจริญสุข  
จิณพิชญ์ชา สาธิตมาส กฤษณพงษ์ ลากผล บุญเตือน วัฒนกุล
- ปัจจัยทำนายภาวะการดูแลในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท 26  
อโณทัย จันทรีใส ภัทราภรณ์ ภครสกุล สมบัติ สุกุลพรรณ  
ชาลินี สุวรรณยศ
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 40  
ในหออภิบาลทารกแรกเกิด  
รติพร บัวบาน ฐิติมา สุขเลิศตระกูล เนตรทอง นามพรม
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วย 55  
วัณโรคปอดในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา  
โสภา แซ่ยัง พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น อะเคื้อ อุณหเลขกะ
- ปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 70  
เนงลักษณ์ ปิ่นใหญ่ จิราวรรณ ดิเสื้อ นันทพร แสนศิริพันธ์
- ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเข้ารับบริการทันตกรรมของ 83  
หญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้ง อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์  
บุษกร วราอัศวปติ สุภาภรณ์ สุดหนองบัว
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไต 99  
ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง  
จันทร์เพ็ญ ปะวะโพตะโก นงเยาว์ เกษตรภิบาล นงค์กรายู วิเศษกุล
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้ป่วยอายุ 114  
กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุโขทัย  
รัตนภรณ์ เอี่ยมพรม สุภาภรณ์ สุดหนองบัว



วารสาร

# วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

## Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567 Vol. 35 No. 2 July - December 2024

ส  
า  
ร  
บ  
ญ

	หน้า
<ul style="list-style-type: none"> <li>• การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด จารุวรรณ คงเมือง    อะเคื้อ อุณหเลขกะ    พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น</li> </ul>	128
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จันทร์นภา สว่างใจ    วฐุ พรหมพิทยารัตน์</li> </ul>	141
<ul style="list-style-type: none"> <li>• การใช้สารเสพติดและแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดตามมุมมองของบิดามารดานักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส ทองสวย สีสานนท์ ไพบุลย์ โสภณสุภาพ ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา พวงทอง อินใจ เนาวรัตน์ นาคดี ดวงใจ วัฒนสินธุ์</li> </ul>	157
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุทะเลาะเบาะแว้งเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก พีระวัฒน์ แยังจันทร์    สุภาภรณ์ สุดหนองบัว</li> </ul>	173
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทางการเกิดก่อนกำหนดต่อการปฏิบัติของพยาบาลและสภาพผิวหนังของการเกิดก่อนกำหนด จิตวาลัย ทุนภาค    จุฑามาศ โชติบาง    เนตรทอง นามพรม</li> </ul>	186
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อการจัดการตนเองและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น อรารวรรณ ดวงใจ    จารุวรรณ ท่าม่วง    รุ่งนภา เขียวชะอำ    นวพร มามาก    ผกามาศ พิมพะธำรา</li> </ul>	201
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มผู้ปกครองชาวทะเลาะเบาะแว้ง อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ยุทธิดา กองเนียม    สุภาภรณ์ สุดหนองบัว</li> </ul>	218
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา นาถนภา วงษ์ศีล    สนธยา มณีนรัตน์</li> </ul>	231



วารสาร

# วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2567 Vol. 35 No. 2 July - December 2024

ส  
า  
ร  
ว  
บ  
ญ

	หน้า
• สาเหตุและมุมมองการตั้งครุฑช้ำของมารดาวัยรุ่น: การทบทวนวิจัย เชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบในบริบทประเทศไทย อารีรัตน์ วิเชียรประภา ขนิษฐา เมฆกมล	247
• ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ รตามณี น้อยมา รุ่ง วงศ์วัฒน์	263
<b>บทความวิชาการ</b>	
• การส่งเสริมสมรรถนะดิจิทัลสำหรับพยาบาล พัทธ์สิตา สิรินภัทรสิทธิ์ อากาศ เป็ร็ยวนี้่ม	278
• คุณภาพชีวิตครอบครัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ลิ้มไฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลัน ปัทมา บุญช่วยเหลือ	290
<b>บทความพิเศษ</b>	
• สมรรถนะพยาบาลในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รุ่งนภา เขียวชะอำ	305

## บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาลในบริบทของหอผู้ป่วยและชุมชน รวมทั้งรายงานการวิจัยด้านการศึกษาพยาบาล ส่วนบทความวิชาการ นำเสนอสาระเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะดิจิทัลสำหรับพยาบาล และคุณภาพชีวิตครอบครัวของเด็กโรคมะเร็ง สำหรับบทความพิเศษนั้น นำเสนอเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ คณะผู้จัดทำวารสารมุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่าง ๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารตระหนักดีว่าองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุข เช่นเคย หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษในวารสาร ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ ซึ่งอยู่ที่เมนูด้านบนของหน้าเว็บไซต์วารสาร และดำเนินการส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการต่อไป

คณิศร เจริญกิจ

บรรณาธิการ

## ผลของการจัดการเรียนรู้เชิงรุกต่อทักษะการเรียนรู้ 4Cs ในนักศึกษาพยาบาล

### The Effects of Active Learning Management on 4Cs Learning Skills among Nursing Students

วรรณศิริ ศรีสุข, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)<sup>1</sup>

Wansiri Srisuk, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)<sup>1</sup>

อรพิชา บรรเทาวงษ์, พย.บ.<sup>2</sup>

มธุรดา บรรจงการ, Ph.D. (Nursing Studies)<sup>3</sup>

Onpicha Banthaowong, B.N.S.<sup>2</sup>

Maturada Bunjongkarn, Ph.D. (Nursing Studies)<sup>3</sup>

Received: April 1, 2024

Revised: August 9, 2024

Accepted: August 15, 2024

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้เชิงรุกต่อทักษะการเรียนรู้ 4Cs ในนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 143 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แผนการจัดการเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน แบบประเมินทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .92 และใบงานการสะท้อนคิดและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้เชิงรุก ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า หลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ 4Cs สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้เชิงรุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.741, p < .001$ )

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า สถาบันการศึกษาควรนำแนวทางการจัดการเรียนรู้เชิงรุกนี้ ไปออกแบบการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาต่างๆ เพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษาให้ดียิ่งขึ้น  
คำสำคัญ: การจัดการเรียนรู้เชิงรุก ทักษะการเรียนรู้ 4Cs นักศึกษาพยาบาล

<sup>1,2</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1,2</sup> Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Onpicha@pnc.ac.th

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>3</sup> Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to determine the effects of active learning management on 4Cs learning skills among nursing students. The samples were 143 second-year nursing students studying in Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi during the second semester of the academic year 2023. The research instruments included the teaching and learning management plan for Community Health Nursing Courses, the 4Cs learning skills assessment form for nursing students with a reliability of .92, and the reflection worksheet and recommendation regarding active learning management. The implementation and data collection were conducted from October 2023 to February 2024. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and content analysis.

The research results revealed that after the active learning management, nursing students had a statistically significantly higher mean score of 4Cs learning skills than before the active learning management ( $t = 4.741, p < .001$ ).

This research suggests that educational institutes should conduct this active learning management for course design in order to enhance the 4Cs learning skills among nursing students.

**Keywords:** Active learning management, 4Cs learning skills, Nursing students

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โลกปัจจุบันมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกด้านรวมถึงด้านการศึกษา ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาประเทศ จึงต้องพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างบุคลากรที่มีความรู้ มีทักษะ และมีคุณภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 สอดคล้องกับแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560–2579 ที่กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “คนไทยทุกคนได้รับการศึกษา และเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างมีคุณภาพ ดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข สอดคล้องกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และการเปลี่ยนแปลงของโลกศตวรรษที่ 21” และเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ดังกล่าว ได้วางเป้าหมายไว้ 2 ด้าน คือ 1) เป้าหมายด้านผู้เรียน มุ่งพัฒนาผู้เรียนทุกคนให้มีคุณลักษณะและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และ

2) เป้าหมายด้านการจัดการศึกษา เพื่อสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2560) ซึ่งทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 คือ 3Rs ประกอบด้วย ทักษะด้านการอ่าน (reading) ทักษะด้านการเขียน (writing) และทักษะทางคณิตศาสตร์ (arithmetic) และ 8Cs ประกอบด้วย ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา (critical thinking and problem solving) ทักษะด้านการคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม (creativity and innovation) ทักษะด้านความเข้าใจในความแตกต่างของวัฒนธรรมและกระบวนการคิดข้ามวัฒนธรรม (cross-cultural understanding) ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ (collaboration teamwork and leadership) ทักษะด้านการสื่อสารและการรู้เท่าทันสื่อ (communication information and

media literacy) ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และรู้เท่าทันเทคโนโลยี (computing and IT literacy) ทักษะด้านอาชีพและการเรียนรู้ (career and learning skills) และมีความเมตตา กรุณา มีคุณธรรม และมีระเปียบวินัย (compassion) (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2560)

สำหรับการศึกษาในศตวรรษที่ 21 มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะแก่ผู้เรียน โดยทักษะการเรียนรู้ (learning skills) ที่จำเป็นสำหรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ต้องการการพัฒนา คือ ทักษะ 4Cs ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร (communication) ทักษะการคิดสร้างสรรค์ (creative thinking) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา (critical thinking and problem solving) และทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น (collaboration) (กัญญา วงษ์ทอง และวันชัย น้อยวงศ์, 2564; Partnership for 21st Century Skills, 2015) สอดคล้องกับสถาบันพระบรมราชชนกที่ได้กำหนดสมรรถนะหลักของบัณฑิตสถาบันพระบรมราชชนกเพื่อชุมชนไว้ 4 สมรรถนะ โดยบัณฑิตจะต้องมีสมรรถนะดังนี้ 1) เป็นนักคิดวิเคราะห์ (critical thinker) 2) เป็นผู้สร้างสรรค์นวัตกรรม (creator) 3) เป็นผู้สื่อสารอย่างสร้างสรรค์ (communicator) และ 4) เป็นนักสานสัมพันธ์ (collaborator) (วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2565) จากการศึกษาเกี่ยวกับทักษะ 4Cs พบว่ามีการพัฒนาผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 โดยการเรียนรู้เชิงรุกในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งการจัดการเรียนรู้ในปัจจุบันเน้นให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ โดยส่งเสริมและพัฒนาผู้เรียนให้เกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่ตอบสนองความต้องการของผู้เรียน และมีแหล่งเรียนรู้ตลอดชีวิต ผู้สอนจะเปลี่ยนเป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการเรียนรู้ (พรณี ปานเทวัญ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้วิทยาศาสตร์ด้วยทักษะ 4Cs สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่พบว่า การจัดการเรียนการสอนต้องมีความสอดคล้องกับการปฏิบัติจริง (active learning)

(นภากรณ์ รัชญา, 2565) โดยทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรมถือเป็นทักษะหนึ่งที่สำคัญและเป็นตัวกำหนดความพร้อมของผู้เรียนเพื่อเข้าสู่โลกการทำงานที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับที่ Partnership for 21st Century Skills และ National Education Association ได้กำหนดว่า ทักษะ 4Cs ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย ทักษะการสื่อสาร (communication) ทักษะการคิดสร้างสรรค์ (creative thinking) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา (critical thinking and problem solving) และทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น (collaboration) จะเห็นได้ว่า การจัดการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนเพื่อให้เกิดทักษะ 4Cs นั้น ผู้สอนจะเน้นการจัดการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) ซึ่งสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ทั้งในห้องเรียนและนอกห้องเรียน รวมทั้งสามารถใช้ได้กับนักเรียนนักศึกษาทุกระดับ การจัดกิจกรรมการเรียนรู้จะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการเรียนรู้ เนื้อหา เวลา และจำนวนผู้เรียน จากการศึกษาพบว่า การเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาสามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนแก้ปัญหาได้อย่างมีเหตุผลและสามารถนำไปใช้กับสถานการณ์จริงได้ ด้วยการพัฒนาการคิดขั้นสูง การส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ ผู้สอนและผู้เรียนมีส่วนร่วมในการอภิปรายที่มีการเชื่อมโยงทฤษฎีเข้ากับการฝึกภาคปฏิบัติซึ่งมีเป้าหมายที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้เรียนสำหรับการปฏิบัติ การจริง (สุพรรณิ กัณหดิลก, ตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ, และ ชุติมา มาลัย, 2562) ส่วนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning) ทำให้นักเรียนมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์สูงกว่าการเรียนรู้โดยรูปแบบการสอนปกติ (ฉัฐพร เอี่ยมทอง, คมสัน ตรีไพบูลย์, และปริญญา ทองสอน, 2561)

ทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 มีความสอดคล้องกับปรัชญาการศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนกข้อหนึ่ง คือ การสร้างบัณฑิตให้มีคุณลักษณะที่ใฝ่การเรียนรู้ตลอดชีวิต (lifelong learning) (คณะ

พยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมล รินคำ, ชรินทร์ มั่งคั่ง, และแสง แสนบุตร (2566) ที่พบว่า การส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างสมรรถนะให้เกิดการใฝ่เรียนรู้ตลอดชีวิต ประกอบกับผลการประเมินทักษะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่า นักศึกษาเพียงร้อยละ 62.67 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะในศตวรรษที่ 21 ในระดับมากขึ้นไป ซึ่งต่ำกว่านักศึกษาชั้นปีอื่น ๆ (วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2567) ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพัฒนาสมรรถนะในแต่ละด้านอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การที่จะส่งเสริมให้ผู้เรียนได้แสวงหาความรู้และประยุกต์องค์ความรู้ เพื่อใช้ในการคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ รวมถึงการถ่ายทอดหรือนำเสนอองค์ความรู้และการทำงานร่วมกันเป็นทีม ผู้วิจัยได้ออกแบบการจัดการเรียนรู้เชิงรุกที่ประกอบด้วย 1) การเรียนรู้แบบแผนผังความคิด (concept mapping) 2) การเรียนรู้โดยใช้กรณีตัวอย่าง (case-based learning) 3) การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning) 4) การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (simulation-based learning) 5) การเรียนรู้ตามสภาพจริง (authentic learning) 6) การเรียนรู้โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ (role playing) และ 7) การเรียนรู้แบบร่วมมือ (cooperative learning) ในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน เนื่องจากลักษณะเนื้อหาสาระของรายวิชาสามารถออกแบบการเรียนรู้เชิงรุกได้หลากหลายรูปแบบที่เหมาะสมกับเนื้อหาและผู้เรียน เพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษา

พยาบาลได้ตามสมรรถนะหลักบัณฑิตขององค์กรที่ต้องการพัฒนานักศึกษาในด้านนี้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

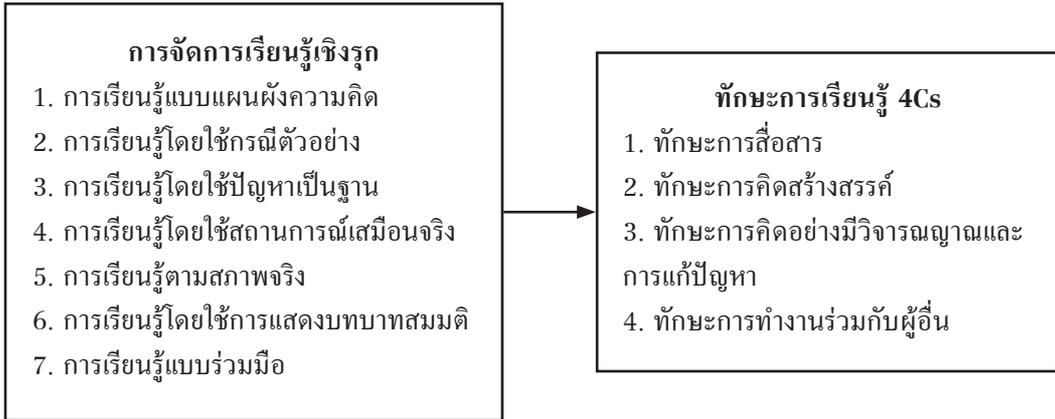
1. เพื่อศึกษาทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก

### สมมติฐานการวิจัย

หลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ 4Cs สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้เชิงรุก

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงรุกของ Bonwell and Eison (1991) ในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นการพัฒนาทักษะที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมแก่ผู้เรียนในการแก้ปัญหาและการปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ โดยจัดการเรียนรู้เชิงรุกที่เน้นให้ผู้เรียนมีบทบาทในกระบวนการเรียนรู้อย่างเต็มที่ ลดการถ่ายทอดความรู้จากผู้สอนไปยังผู้เรียน ผู้สอนเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ โดยสร้างสถานการณ์ที่ผู้เรียนต้องมีการมุ่งมั่นเรียนรู้ รวมถึงการใช้กิจกรรมที่สร้างโอกาสให้ผู้เรียนได้มีปฏิสัมพันธ์กับเนื้อหาที่เรียนอย่างเชื่อมโยงและจดจำได้มากขึ้น (พรณี ปานเทวัญ, 2559) ซึ่งคาดว่าเมื่อจัดการเรียนรู้เชิงรุกแล้ว จะช่วยให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ 4Cs เพิ่มมากขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



- การจัดการเรียนรู้เชิงรุก**
1. การเรียนรู้แบบแผนผังความคิด
  2. การเรียนรู้โดยใช้กรณีตัวอย่าง
  3. การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน
  4. การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง
  5. การเรียนรู้ตามสภาพจริง
  6. การเรียนรู้โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ
  7. การเรียนรู้แบบร่วมมือ

- ทักษะการเรียนรู้ 4Cs**
1. ทักษะการสื่อสาร
  2. ทักษะการคิดสร้างสรรค์
  3. ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา
  4. ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 587 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 เนื่องจากเป็นชั้นปีแรกที่เริ่มเรียนรายวิชาในหมวดวิชาเฉพาะ กลุ่มวิชาชีพ ซึ่งเป็นกลุ่มวิชาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเป็นพยาบาลในอนาคต 2) ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด และขอลอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการจัดการเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงรุก ของ

Bonwell and Eison (1991) โดยผู้วิจัยออกแบบการจัดการเรียนรู้ร่วมกับนักศึกษา ประกอบด้วยกิจกรรม 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเรียนรู้แบบแผนผังความคิด ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยให้ผู้เรียน 1) สรุปความรู้แบบ concept map โดยเลือกให้ความสนใจกับหัวเรื่องก่อนแล้วจึงหาคำสำคัญ (keyword) ที่เกี่ยวข้อง จัดลำดับความสำคัญ วางตำแหน่งความคิดรวบยอดจากสิ่งที่เป็นนามธรรม และทั่ว ๆ ไปไว้ด้านบน แล้ววางสิ่งชี้เฉพาะและชัดเจนมากขึ้นไล่ลงมาเรื่อย ๆ 2) จัดกลุ่มความคิดรวบยอดที่อยู่ในระดับเดียวกันและเกี่ยวข้องกันไว้ด้วยกัน 3) เรียบเรียง จัดความคิดรวบยอดในรูปของแผนภูมิแสดงความคิดที่เป็นระบบ และ 4) เชื่อมโยงและเพิ่มข้อความเชื่อมโยงความคิดรวบยอดเข้าด้วยกันโดยใช้เส้น และใช้ข้อความในการบรรยายแต่ละเส้น

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้โดยใช้กรณีตัวอย่าง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยให้ผู้เรียนร่วมกันวิเคราะห์กรณีศึกษาเป็นรายกลุ่ม ระดมสมอง กำหนดวัตถุประสงค์ ระบุการค้นพบหรือผลการศึกษา แลกเปลี่ยนผลลัพท์การเรียนรู้ และระบุสิ่งที่ต้องปรับปรุงพัฒนา

กิจกรรมที่ 3 การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยให้โจทย์ปัญหาแก่ผู้เรียน

ให้จับประเด็นข้อมูลที่สำคัญและระบุปัญหา ระดมสมอง เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อภิปรายหาคำอธิบายแต่ละประเด็น ปัญหาโดยอาศัยความรู้เดิมที่มีอยู่ วิเคราะห์ปัญหา อธิบายและตั้งสมมติฐานเพื่อหาคำตอบของปัญหาใน ประเด็นต่าง ๆ พร้อมจัดลำดับความสำคัญของสมมติฐาน รวบรวมความรู้และแนวคิด กำหนดประเด็นการเรียนรู้ และวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อค้นหาข้อมูลที่จะอธิบาย ผลการวิเคราะห์ที่ตั้งไว้ร่วมกัน ค้นคว้าหาความรู้จากสื่อ และแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ รายงานข้อมูลที่ได้จากการค้นคว้า มาอภิปราย วิเคราะห์ สังเคราะห์ พิสูจน์สมมติฐาน และ ประยุกต์ให้เหมาะสมกับโจทย์ปัญหา เพื่อสรุปเป็น องค์ความรู้ แนวคิดหรือหลักการทั่วไป

กิจกรรมที่ 4 การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์ เสมือนจริง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนทำความเข้าใจและกำหนด วัตถุประสงค์การเรียนรู้เพิ่มเติม ปฐมนิเทศเกี่ยวกับ หุ่นผู้ป่วยจำลอง เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ การสื่อสาร ระหว่างทีมสุขภาพ บทบาทของพยาบาล จากนั้นดำเนิน สถานการณ์จำลองตามที่ออกแบบไว้ โดยผู้เรียนใช้ความรู้ ความสามารถในการประเมินสถานการณ์ รวบรวมข้อมูล อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง มาใช้วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาของ ผู้ป่วย ตัดสินใจปฏิบัติการแก้ปัญหาของผู้ป่วยตามที่ สถานการณ์กำหนด สะท้อนสิ่งที่เรียนรู้และสรุปบทเรียน

กิจกรรมที่ 5 การเรียนรู้ตามสภาพจริง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยให้ผู้เรียนลงพื้นที่ในชุมชนจริง และเรียนรู้จากการลงมือทำ การถาม การแก้ปัญหา และ การเชื่อมโยง

กิจกรรมที่ 6 การเรียนรู้โดยใช้การแสดง บทบาทสมมติ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยให้ผู้เรียนแบ่งกลุ่ม เตรียมการแสดงตามบทบาทสมมติที่ได้รับ ส่วนผู้สอน และผู้เรียนบางส่วนเป็นผู้สังเกตการณ์ ร่วมกันแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและอภิปรายถึงสถานการณ์ที่ได้แสดง ผู้สอนและผู้เรียนสรุปสิ่งที่ได้จากการแสดง

กิจกรรมที่ 7 การเรียนรู้แบบร่วมมือ

ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยให้ผู้เรียนทำงานกลุ่ม แลกเปลี่ยน ความคิดเห็นร่วมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน ใช้ทักษะระหว่างบุคคลและกระบวนการกลุ่ม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ และอายุ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและ แบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมิน ทักษะในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษา ของสุดาพร ปัญญาพุกษ์ (2564) แบ่งออกเป็น 4 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ ทักษะการคิดสร้างสรรค์ จำนวน 4 ข้อ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและ การแก้ปัญหา จำนวน 5 ข้อ และทักษะการทำงานร่วมกับ ผู้อื่น จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีทักษะการเรียนรู้ในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับ ปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 ใบงานการสะท้อนคิดและข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้เชิงรุก ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะ คำถามเป็นแบบปลายเปิด ประกอบด้วย 1) นักศึกษา คิดว่าการจัดการเรียนการสอนของรายวิชาส่งเสริม การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ 4Cs หรือไม่ อย่างไร 2) ทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษา มีการเปลี่ยนแปลง หรือพัฒนาขึ้นอย่างไรบ้าง และ 3) ข้อเสนอแนะใน การพัฒนาการจัดการเรียนรู้เชิงรุก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษา

พยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .87 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และหาค่าความเชื่อมั่นจากข้อมูล que เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .92

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ COA no.074/66 วันที่ 25 ตุลาคม 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล** มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที
2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของอาจารย์ผู้สอนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับแผนการจัดการเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน และเตรียมความพร้อมของนักศึกษา โดยปฐมนิเทศรายวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับแผนการจัดการเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน
3. ผู้วิจัยและอาจารย์ผู้สอนดำเนินการจัดการเรียนการสอนกับกลุ่มตัวอย่าง ตามแผนการจัดการ

เรียนรู้รายวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน โดยแบ่งออกเป็น 2 ห้อง (ตามแผนการจัดการศึกษา ประจำปีการศึกษา 2566) แต่ละห้องแบ่งออกเป็น 6 กลุ่มย่อย ทำกิจกรรมตามแผนการจัดการเรียนรู้ ซึ่งทั้ง 2 ห้องได้รับกิจกรรมเหมือนกันและเรียงลำดับแบบเดียวกัน โดยใช้เวลาดังกล่าว 15 สัปดาห์

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ให้ตอบแบบประเมินทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที จากนั้นให้เขียนการสะท้อนคิดและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ลงในใบงาน

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทักษะการเรียนรู้ 4Cs ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ 4Cs ระหว่างก่อนกับหลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.80 และมีอายุ 22 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 โดยมีอายุเฉลี่ย 19.50 ปี (*SD* = .59)
2. ทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก พบว่า ก่อนการจัดการเรียนรู้เชิงรุก นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ 4Cs ส่วนใหญ่ในระดับมาก มีเพียง 4 ข้อที่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ 4Cs ทุกข้อในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก จำแนกเป็นรายข้อในแต่ละทักษะ (n = 143)

ทักษะการเรียนรู้ 4Cs	ก่อนการจัดการเรียนรู้			หลังการจัดการเรียนรู้		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
<b>ทักษะการสื่อสาร</b>						
1. ท่านสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม	3.62	.65	มาก	3.86	.68	มาก
2. ท่านสามารถสื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึก และทักษะของตนเอง ได้หลายรูปแบบ ทั้งการพูด เขียน และแสดงท่าทาง	3.55	.66	มาก	3.95	.70	มาก
3. ท่านสามารถติดต่อสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ที่ดี กับบุคคลอื่น	3.73	.74	มาก	4.09	.71	มาก
4. ท่านสามารถอธิบายงานหรือแนะนำสิ่งต่างๆ ให้ผู้อื่น เข้าใจได้	3.35	.70	ปานกลาง	3.82	.68	มาก
5. ท่านมีการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ	3.74	.64	มาก	3.97	.71	มาก
<b>ทักษะการคิดสร้างสรรค์</b>						
6. ท่านสามารถใช้ตัวอักษร รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว เสียง หรือมัลติมีเดียต่างๆ ในการทำงานได้	3.72	.72	มาก	4.11	.70	มาก
7. ท่านมักเสนอความคิดเห็นหรือแนวทางใหม่ๆ ในการทำงาน	3.27	.75	ปานกลาง	3.79	.73	มาก
8. ท่านสามารถสร้างหรือออกแบบชิ้นงานต่างๆ ด้วยวิธีที่หลากหลาย	3.17	.78	ปานกลาง	3.66	.73	มาก
9. ท่านสามารถประยุกต์ความรู้ต่างๆ นำมาใช้ในชีวิตได้	3.60	.75	มาก	3.94	.67	มาก
<b>ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา</b>						
10. ท่านสามารถวิเคราะห์ปัญหาถึงสาเหตุและวิธีการแก้ไข รวมถึงคิดแยกแยะประเด็นปัญหาในแง่มุมต่างๆ ในระหว่าง การทำงานหรือทำกิจกรรมได้	3.53	.66	มาก	3.88	.70	มาก
11. เมื่อท่านได้รับข้อมูลข่าวสารหรือเรื่องราวต่างๆ ท่านมักใช้เวลาในการคิดทบทวนให้รอบคอบ ก่อนที่จะ ตัดสินใจเชื่อในข้อมูลนั้น	3.99	.69	มาก	4.05	.75	มาก
12. ท่านสามารถวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ มีการคิดวิเคราะห์และมีเหตุผล	3.62	.69	มาก	3.90	.66	มาก
13. ท่านมีความเชื่อมั่น กล้าตัดสินใจ แสดงความคิดใน การทำงานร่วมกัน และสามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์ ที่เป็นปัญหาได้	3.41	.74	ปานกลาง	3.87	.73	มาก
14. เมื่องานที่ท่านได้รับมอบหมายมีข้อแก้ไข ท่านได้มี การปรับปรุงเพื่อให้งานนั้นดีขึ้น	4.02	.66	มาก	4.14	.70	มาก

**ตารางที่ 1** คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก จำแนกเป็นรายชื่อในแต่ละทักษะ (n = 143) (ต่อ)

ทักษะการเรียนรู้ 4Cs	ก่อนการจัดการเรียนรู้			หลังการจัดการเรียนรู้		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น						
15. ท่านสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองในการทำงานร่วมกัน	4.12	.62	มาก	4.23	.68	มาก
16. ท่านสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น	4.09	.65	มาก	4.29	.69	มาก
17. ท่านสามารถทำกิจกรรมหรืองานต่าง ๆ โดยคำนึงถึงประโยชน์ของส่วนรวม	4.18	.62	มาก	4.30	.66	มาก
18. ในการทำงานกลุ่ม ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น	3.65	.75	มาก	4.09	.71	มาก
19. ในการทำงานกลุ่ม ท่านรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนในกลุ่มเสมอ	4.45	.61	มาก	4.41	.69	มาก
20. ท่านมีการช่วยเหลือและมีความรับผิดชอบร่วมกัน	4.30	.62	มาก	4.24	.70	มาก

3. การเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก พบว่า หลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ 4Cs โดยรวมสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้เชิงรุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.741, p < .001$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายทักษะ พบว่า หลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก นักศึกษาพยาบาล

มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ 4Cs ทั้ง 4 ทักษะสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้เชิงรุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ( $t = 5.439, p < .001$ ) ทักษะการคิดสร้างสรรค์ ( $t = 6.113, p < .001$ ) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ( $t = 3.927, p < .001$ ) และทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น ( $t = 2.022, p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล โดยรวมและจำแนกเป็นรายทักษะ ระหว่างก่อนกับหลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก (n = 143)

ทักษะการเรียนรู้ 4Cs	ก่อนการจัดการเรียนรู้		หลังการจัดการเรียนรู้		t	p
	M	SD	M	SD		
1. ทักษะการสื่อสาร	18.01	2.57	19.71	2.74	5.439	< .001
2. ทักษะการคิดสร้างสรรค์	13.76	2.32	15.51	2.27	6.113	< .001
3. ทักษะการคิดอย่างมี วิจารณญาณและการแก้ปัญหา	18.59	2.44	19.86	2.85	3.927	< .001
4. ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น	24.80	2.87	25.59	3.52	2.022	.045
โดยรวม	75.16	8.70	80.67	10.21	4.741	< .001

4. ข้อมูลจากการสะท้อนคิดและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล

4.1 ทักษะการสื่อสาร: การเรียนรู้โดยใช้กรณีตัวอย่าง การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง การเรียนรู้ตามสภาพจริง และการเรียนรู้แบบร่วมมือ เป็นรูปแบบการเรียนรู้หลักที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้พัฒนาทักษะการสื่อสาร โดยนักศึกษาสามารถสื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิดกับผู้อื่นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น รวมทั้งอธิบายงานให้เพื่อนเข้าใจได้ และมีการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างเช่น “พัฒนาขึ้นในการสื่อสาร ทำงานกับคนในทีมมากขึ้น สามารถให้ข้อเสนอแนะเพื่อนในทีม” “มีการพัฒนาขึ้น กล้าสื่อสารกับผู้อื่นมากขึ้น ไม่ว่าจะเพื่อนหรือคนในชุมชน กล้าที่จะถาม กล้านำเสนองานหน้าชั้นเรียน” “มีการสื่อสารกับคนอื่นหรือส่วนรวมมากขึ้น สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น” “การสื่อสารดีขึ้น คุยกับเพื่อนรู้เรื่องมากขึ้น”

4.2 ทักษะการคิดสร้างสรรค์: การเรียนรู้แบบแผนผังความคิด การเรียนรู้ตามสภาพจริง และการเรียนรู้โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ เป็นรูปแบบการเรียนรู้หลักที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้

พัฒนาทักษะการคิดสร้างสรรค์ โดยนักศึกษาสามารถใช้ตัวอักษร รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว เสียง หรือมัลติมีเดียต่างๆ ในการทำงานได้ มีการเสนอความคิดเห็นหรือแนวทางใหม่ๆ ในการทำงาน ออกแบบชิ้นงานต่างๆ ด้วยวิธีที่หลากหลาย รวมทั้งประยุกต์ความรู้ต่างๆ นำมาใช้ในชีวิตได้ ดังตัวอย่างเช่น “มีการประยุกต์เทคโนโลยีเพื่อนำเสนองาน ทำสื่อการสอนที่ชัดเจน ปรับแก้ตัวอักษร แสง สี ให้เหมาะสมได้” “ได้คิดสิ่งใหม่ๆ จากการทำนวัตกรรม ได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์มากขึ้น” “ได้เรียนรู้การใช้แอปต่างๆ ในการทำสไลด์ ทำคลิปวิดีโอ” “สามารถคิดสิ่งใหม่ๆ มาแก้ปัญหาหรือนำมาเป็นแนวทางในการใช้ชีวิตประจำวัน” “มีการเปลี่ยนแปลง มีความคิดที่ออกจากกรอบเดิมๆ” “สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริงได้” “ได้คิดประยุกต์สิ่งที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพที่ตอบโจทย์กับบุคคลนั้นๆ”

4.3 ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา: การเรียนรู้โดยใช้กรณีตัวอย่าง การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง และการเรียนรู้ตามสภาพจริง เป็นรูปแบบการเรียนรู้หลักที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้พัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา

โดยนักศึกษาสามารถวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา และวิธีการแก้ไข รวมถึงคิดแยกแยะประเด็นปัญหา ในแง่มุมต่างๆ ในระหว่างการทำงานหรือทำกิจกรรมได้ มีการคิดทบทวนข้อมูลที่ได้รับอย่างรอบคอบก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อในข้อมูลนั้น มีการวางแผนการทำงาน อย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีความเชื่อมั่น ถ้าตัดสินใจ แสดงความคิดเห็นในการทำงานร่วมกัน สามารถเผชิญหน้า กับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้ และสามารถปรับปรุง แก้ไขงานให้ดีขึ้น ดังตัวอย่างเช่น “แก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ได้อย่างรวดเร็วมากขึ้น มีทักษะการแก้ปัญหามากขึ้น” “คิดอย่างรอบคอบและครบถ้วนมากขึ้น มีสติมากขึ้น” “สามารถตัดสินใจในการคิดได้ดีขึ้น รู้จักเปรียบเทียบ ข้อมูลที่ได้รับฟังมา และวิเคราะห์ตีความได้หลากหลาย มากขึ้น” “คิดอย่างเป็นระบบมากขึ้น ทำให้ไตร่ตรอง มากขึ้นในการทำสิ่งต่างๆ และแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ได้ดีขึ้น”

4.4 ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น: การเรียนรู้ แบบแผนผังความคิด การเรียนรู้โดยใช้กรณีตัวอย่าง การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน การเรียนรู้โดยใช้ สถานการณ์เสมือนจริง การเรียนรู้โดยใช้การแสดง บทบาทสมมติ และการเรียนรู้แบบร่วมมือ เป็นรูปแบบ การเรียนรู้หลักที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้ พัฒนาทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น โดยนักศึกษา สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองใน การทำงานร่วมกันกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น ทำกิจกรรม หรืองานต่างๆ โดยคำนึงถึงประโยชน์ของส่วนรวม มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและรับฟัง ความคิดเห็นของเพื่อนในกลุ่ม รวมทั้งให้การช่วยเหลือ และมีความรับผิดชอบร่วมกัน ดังตัวอย่างเช่น “ได้รู้จัก การประสานงานและทำงานร่วมกัน รวมถึงการแบ่งงาน และการช่วยเหลือกัน” “ได้ติดต่อสื่อสารกับเพื่อนๆ ที่บางคนแทบไม่ได้คุยหรือร่วมงานกัน ทำให้เพิ่ม ความร่วมมือในการทำงาน” “มีการรับฟังความคิดเห็น ของผู้อื่น และเสนอความคิดเห็น เพื่อนก็มีทั้งคัดค้าน และไม่คัดค้าน เพื่อที่จะให้งานออกมาดีที่สุด” “ได้

วิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ร่วมกันมากขึ้น” “สามารถทำงาน ร่วมกับผู้อื่นได้ และได้ฝึกการยอมรับ การปรับเปลี่ยน ความคิด เพื่อสิ่งที่ดีที่สุดของงาน”

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ 4Cs ทุกข้อในระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การจัดการเรียนรู้ เชิงรุกมีกิจกรรมที่ช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ได้ จากการลงมือทำ นักศึกษามีส่วนร่วมในกระบวนการ เรียนรู้อย่างเต็มที่ และส่งเสริมให้สามารถปรับตัวตาม สถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงช่วยให้นักศึกษา มีทักษะการเรียนรู้ 4Cs เพิ่มขึ้น ซึ่งผล การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธีรพงษ์ จันเป็รียง, เจนวิทย์ วารีป้อ, และสมpong มูลมณี (2564) ที่พบว่า หลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก นักศึกษามีทักษะ ด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม (4C) มากกว่าก่อน การจัดการเรียนรู้เชิงรุก

ผลการวิจัยพบว่า หลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการสื่อสาร สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้เชิงรุกอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การจัดการเรียนรู้เชิงรุก มีบรรยากาศที่ส่งเสริมให้นักศึกษาได้พัฒนาทักษะ การสื่อสารให้ดียิ่งขึ้น โดยเน้นทั้งการสื่อสารภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ซึ่งนักศึกษามีการเลือกสมาชิกกลุ่ม กันเองในการวิเคราะห์กรณีศึกษาและการเรียนรู้โดยใช้ ปัญหาเป็นฐาน ส่วนในการนำเสนองาน นักศึกษา สามารถให้ข้อเสนอแนะกับเพื่อนกลุ่มที่นำเสนอได้ และที่สำคัญ คือ นักศึกษามีการสื่อสารกับบุคคลอื่นใน ชุมชนด้วย ซึ่งรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้กรณีตัวอย่าง การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน การเรียนรู้โดยใช้ สถานการณ์เสมือนจริง การเรียนรู้ตามสภาพจริง และ การเรียนรู้แบบร่วมมือ ทำให้นักศึกษามีการพัฒนา

การสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้อย่างดี รวมทั้งมีการสะท้อนคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ความเข้าใจ ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มอย่างเหมาะสม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของดวงจันทร์ แก้วกาน (2561) ที่พบว่า การจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงรุกช่วยส่งเสริมทักษะการสื่อสารของนักศึกษาได้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดสร้างสรรค์ สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้เชิงรุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การเรียนรู้แบบแผนผังความคิด การเรียนรู้ตามสภาพจริง และการเรียนรู้โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาได้พัฒนาทักษะการคิดสร้างสรรค์ให้ดียิ่งขึ้น โดยการเรียนรู้แบบแผนผังความคิดและการเรียนรู้ตามสภาพจริง ช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ๆ นำมาพัฒนาต่อยอดความคิดให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ที่ต่างจากเดิม รวมทั้งการเรียนรู้โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติที่ให้นักศึกษาทุกคนให้ความร่วมมือและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่มเกี่ยวกับการแสดงบทบาทตามสถานการณ์ที่ได้รับ ช่วยให้กลุ่มสามารถสร้างสรรค์ผลงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้พบว่า นักศึกษามีการพัฒนาความสามารถในการทำงานที่ใช้ความคิดสร้างสรรค์มากที่สุดในเรื่องการใช้ตัวอักษรรูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว เสียง หรือมัลติมีเดียต่างๆ ในการทำงาน ซึ่งสามารถประยุกต์ความรู้ต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ มีแนวทางใหม่ๆ ในการทำงาน/ออกแบบชิ้นงานต่างๆ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธีรพงษ์ จันเป็รียง และคณะ (2564) ที่พบว่า หลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก นักศึกษามีทักษะความคิดสร้างสรรค์มากกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้เชิงรุก

ผลการวิจัยพบว่า หลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนการจัดการ

เรียนรู้เชิงรุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การเรียนรู้โดยใช้กรณีตัวอย่าง การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง และการเรียนรู้ตามสภาพจริง ทำให้นักศึกษามีการพัฒนาความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลและนำมาประเมินความถูกต้องก่อนที่จะนำมาลงในรายงาน มีทักษะในการคิดแก้ปัญหามากขึ้น มีการคิดไตร่ตรองประกอบเหตุผลในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มีสติมากขึ้น และสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว มีการคิดวิเคราะห์ปัญหา เห็นมุมมองของปัญหาที่ชัดเจนขึ้นและแก้ปัญหาได้ตรงจุด สอดคล้องกับทีนันทิ พรธาดาวิทย์ (2559) กล่าวว่า การจัดการเรียนรู้เชิงรุกช่วยพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะการแก้ปัญหาที่ผู้เรียนสามารถนำทักษะเหล่านี้ไปใช้ในการทำงานและการดำเนินชีวิตในอนาคตได้ นอกจากนี้ การจัดการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนเป็นผู้ลงมือปฏิบัติ ยังช่วยตอบสนองความต้องการของผู้เรียน และพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา และเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (พรรณี ปานเทวัญ, 2559) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธีรพงษ์ จันเป็รียง และคณะ (2564) ที่พบว่า หลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก นักศึกษามีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณมากกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้เชิงรุก

ผลการวิจัยพบว่า หลังการจัดการเรียนรู้เชิงรุก นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้เชิงรุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การเรียนรู้แบบแผนผังความคิด การเรียนรู้โดยใช้กรณีตัวอย่าง การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง การเรียนรู้โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ และการเรียนรู้แบบร่วมมือ มีบรรยากาศที่ส่งเสริมให้นักศึกษาได้พัฒนาทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น อันเป็นทักษะหนึ่งที่สำคัญที่ให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์ตรง ทั้งการทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อนที่สนิท

กลุ่มเพื่อนที่ไม่ค่อยสนิท และการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น ในชุมชน ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน และประชาชน ช่วยให้นักศึกษาเกิดการปรับตัว สามารถทำงานร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างราบรื่น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นนทลี พรธาดาวิทย์ (2560) ที่พบว่า ในการจัดการเรียนรู้เชิงรุก ผลที่นักศึกษาได้รับมากที่สุด คือ กิจกรรมที่ผู้สอนจัดส่งเสริมให้นักศึกษาเรียนรู้ร่วมกัน รองลงมา คือ ช่วยพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันการศึกษาควรนำแนวทางการจัดการเรียนรู้เชิงรุกในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย การเรียนรู้แบบแผนผังความคิด การเรียนรู้โดยใช้กรณีตัวอย่าง การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง การเรียนรู้ตามสภาพจริง การเรียนรู้โดยใช้การแสดงบทบาทสมมติ และการเรียนรู้แบบร่วมมือ ไปออกแบบการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ 4Cs ของนักศึกษาให้ดียิ่งขึ้น

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาโดยออกแบบการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนมากขึ้น โดยพิจารณาจากรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียน และวัดผลการเรียนรู้ให้ครอบคลุมทักษะในศตวรรษที่ 21

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยจัดให้มีกลุ่มควบคุมด้วย เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบผลให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

- กมล รินคำ, ชรินทร์ มั่งคั่ง, และแสง แสนบุตร. (2566). การจัดการเรียนรู้สังคมศึกษาฐานคลาวด์เพื่อส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 6(6), 337–352.
- คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. (2562). *ปรัชญาการศึกษา*. สืบค้นจาก <https://fon.pi.ac.th>
- ณัฐพร เอี่ยมทอง, คมสัน ตรีไพบูลย์, และปริญญาทองสอน. (2561). การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนคณิตศาสตร์และความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่เรียนโดยรูปแบบ Problem-based Learning กับรูปแบบการสอนปกติ. *วารสารราชพฤกษ์*, 16(2), 53–60.
- ดวงจันทร์ แก้วกพาน. (2561). การศึกษาพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษาจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงรุกที่ส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21. *วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม*, 17(3), 118–127.
- ธีรพงษ์ จันเปริยง, เจนวิทย์ วาริบ่อ, และสมปอง มูลมณี. (2564). การพัฒนาทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม (4C) ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ด้วยกระบวนการจัดการเรียนรู้เชิงรุก. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 15(3), 195–203.
- นนทลี พรธาดาวิทย์. (2559). *การจัดการเรียนรู้แบบ Active learning* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ทริปเพิ้ลเอ็ดดูเคชั่น.

- นนทลี พรธาดาวิทย์. (2560). การพัฒนาการจัดการเรียนรู้เชิงรุกในวิชาการจัดการเรียนรู้. *วารสารวิจัย UTK ราชวมงคลกรุงเทพ*, 11(1), 85–94.
- นภกรณ์ ธัญญา. (2565). การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้วิทยาศาสตร์ด้วยทักษะ 4Cs สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานนทบุรี เขต 1. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 7(1), 193–210.
- พรรณิ ปานเทวัญ. (2559). การพัฒนาผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 กับการเรียนรู้เชิงรุกในวิชาชีพพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(3), 17–24.
- ภิญโญ วงษ์ทอง, และวันชัย น้อยวงศ์. (2564). พฤติกรรมบ่งชี้ทักษะ 4Cs ที่จำเป็นของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21: การทบทวนวรรณกรรมอย่างกระชับ. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยธนบุรี*, 15(2), 176–186.
- วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. (2565). *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2565)*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.
- วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. (2567). *รายงานการประเมินตนเอง ปีการศึกษา 2566*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2560). *แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560–2579*. กรุงเทพฯ: พรินทวาทกราฟฟิค.
- สุดาพร ปัญญาพุกฤษ. (2564). การพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 (4C's) ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ระบบพี่เลี้ยงและการเรียนรู้โดยใช้การวิจัยเป็นฐาน (CCR) สำหรับนักศึกษาครู. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 13(1), 371–388.
- สุพรรณิ กัณหดิลก, ตรีชฎา ปูนสำเร็จ, และชุติมา มาลัย. (2562). การออกแบบการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในภาคปฏิบัติ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(4), 129–137.
- Bonwell, C. C., & Eison, J. A. (1991). *Active learning: Creating excitement in the classroom*. 1991 ASHE-ERIC higher education reports. School of Education and Human Development, George Washington University. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED336049.pdf>
- Partnership for 21st Century Skills. (2015). *21st Century learning framework*. Retrieved from <http://www.p21.org/our-work/p21-framework>

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนเพื่อพัฒนา  
การดูแลผู้ป่วยระยะยาวจากโรงพยาบาลสู่บ้าน:  
วิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา

Participation of Community Network Partners to Develop  
Long-term Care for Patients from Hospital to Home:  
A Phenomenological Study

รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing) <sup>1</sup>

Rungnapha Khiewchaum, Ph.D. (Nursing) <sup>1</sup>

มธุรดา บรรจงการ, Ph.D. (Nursing Studies) <sup>2</sup> ศุภกรใจ เจริญสุข, Ph.D. (Nursing) <sup>3</sup>

Maturada Bunjongkarn, Ph.D. (Nursing Studies) <sup>2</sup> Sukjai Charoensuk, Ph.D. (Nursing) <sup>3</sup>

จินพิชญ์ชา สาทิยามาส, ปร.ด. (การพยาบาล) <sup>4</sup>

Jinpitcha Sathiyamas, Ph.D. (Nursing) <sup>4</sup>

กฤษณพงศ์ ลาภพล, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) <sup>5</sup>

Kritsanaphong Laphphol, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) <sup>5</sup>

บุญเตือน วัฒนกุล, Ph.D. (Nursing) <sup>6</sup>

Boontuan Wattanakul, Ph.D. (Nursing) <sup>6</sup>

Received: June 11, 2024    Revised: November 1, 2024    Accepted: December 19, 2024

<sup>1,2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1,2</sup> Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: maturada@pnc.ac.th

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>3</sup> Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>4</sup> รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

<sup>4</sup> Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

<sup>5</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>5</sup> Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>6</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

<sup>6</sup> Assistant Professor, Faculty of Nursing, Panyapiwat Institute of Management

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของศูนย์ปันน้ำใจสาธุสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของศูนย์ปันน้ำใจสาธุ จำนวน 9 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตในช่วงเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ และวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัยพบว่า จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของศูนย์ปันน้ำใจสาธุ และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนกับศูนย์ปันน้ำใจสาธุ สามารถจำแนกออกเป็น 5 แก่นสาระ ได้แก่ การมีเป้าหมายร่วมชัดเจนของภาคีเครือข่าย การทำงานสอดประสานด้วยใจไร้รอยต่อ การสร้างระบบการกระจายอุปกรณ์ การเสริมพลังการทำงานจากความภูมิใจ และการสร้างความสำเร็จที่ยั่งยืน

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรนำไปจัดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวนี้มาเป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดียิ่งขึ้น  
**คำสำคัญ:** ภาคีเครือข่าย ชุมชน การดูแลผู้ป่วยระยะยาว

## Abstract

This qualitative research aimed to study the participation experiences of the network sectors working with the Sathu Sharing Kindness Center for long-term patient care, from hospitals to their homes. The participants were nine people involved in the Sathu Sharing Kindness Center. The research instruments consisted of a personal data record form and semi-structured interview questions. Data were collected through in-depth interviews and observation from July 2023 to May 2024. Data were analyzed by frequency and thematic analysis.

The research results revealed that, according to basic information, theoretical concepts related to caring for chronic patients in the community, and information obtained from participants' interviews about their experiences of cooperation in caring for long-term patients in the community with the Sharing Kindness Center, there were five themes emerged as follows: having clear common goals among network partners; working in harmony with the heart seamlessly; creating an equipment distribution system; empowering work with pride; and creating sustainable success.

This research suggests that healthcare providers should use the key success factors of this long-term care to perform the appropriate health services to improve quality care results.

**Keywords:** Network partners, Communities, Long-term patient care

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ระบบสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักประสบปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและอยู่ในภาวะพึ่งพิงมากถึง 1.30 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งประเทศที่มี 6.30 ล้านคน (กัญนิกา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, และพานิช แก่นกาญจน์, 2565) โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อพ้นระยะวิกฤตต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นการดูแลระยะยาว (long-term care) เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน (ศาสตรา เข็มบุบผา, 2565) เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะยาวนี้มุ่งเน้นการป้องกันการไม่ให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างถาวร การช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโดยให้ชุมชนและสังคมเข้ามามีส่วนร่วม เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น วัด จึงมีความจำเป็น (ณัฐนิชา มณีสุวรรณ และสุริยา ฟองเกิด, 2566) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวได้รับการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะยิ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะยาวมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยระยะยาวเป็นการให้บริการสาธารณะด้านสุขภาพ เน้นการดำเนินงานที่มีระบบคลังที่เป็นธรรมและยั่งยืน เน้นให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหาร ร่วมรับผิดชอบ และมีการจัดระบบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ ภายใต้อการสนับสนุนของระบบบริการระดับอำเภอ (district health systems) เพื่อให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการสุขภาพและบริการสังคมที่ยั่งยืนในชุมชน (ชนินทร์ กังสังข์, 2565) โดยศูนย์ป็นน้ำใจสาธุ เริ่มต้นจากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พบปัญหาผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา

ซ้ำเนื่องจากครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะขาดอุปกรณ์ ดังนั้น ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จึงประสานความร่วมมือจากชุมชน ได้แก่ ความร่วมมือของชมรมผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตตหีบ จังหวัดชลบุรี ศูนย์ป็นน้ำใจสาธุมีเป้าหมายเพื่อให้บริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยศูนย์ดังกล่าวได้รับการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบลพลูตาหลวง โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10 และโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ในการจัดตั้งศูนย์ Plutaluang Day Care ซึ่งเป็นศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะยาว มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ ศูนย์ป็นน้ำใจสาธุยังได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายของจิตอาสาทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ในการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และวัดในชุมชนยังมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและสนับสนุนสถานที่สำหรับการจัดเก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ จากความร่วมมือของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุ ภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคุณภาพมากขึ้น

ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุที่ได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้ระบบการดูแลผู้ป่วยเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน จนได้รับรางวัลระดับชาติองค์กรเครือข่ายที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในปี พ.ศ. 2566 ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุที่เป็นศูนย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรมและเกิดความต่อเนื่อง ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยระยะยาวดีขึ้น จึงควรมีการศึกษาเพื่อสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวและอาจเป็นต้นแบบของระบบการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาล

หมู่บ้าน ข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียนนี้จะเป็นต้นแบบของการดูแลผู้ป่วยที่อาจเป็นนวัตกรรมเชิงสังคม และส่งเสริมให้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวมีคุณภาพมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะยาวจากโรงพยาบาลหมู่บ้านดีขึ้น ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมา การศึกษานวัตกรรมเชิงสังคมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวยังพบน้อย หากมีการถอดบทเรียนการดำเนินงานของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุร่วมกับภาคีเครือข่าย จะช่วยให้ทราบสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะยาว กระบวนการทำงาน และผลลัพธ์การดูแลของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจากโรงพยาบาลหมู่บ้าน ในประเด็นที่มาของการดำเนินงาน บทบาทในการดำเนินงาน ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ความสำเร็จของการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน และการปรับปรุงและพัฒนาการดูแล

### แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวปรากฏการณ์วิทยา ของเอ็ดมันด์ ฮัสเซิร์ล (Edmund Husserl) (Farber, 2017) ที่เน้นการพรรณาส่งที่ เกิดขึ้นตามปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ที่มาของการดำเนินงาน 2) บทบาทในการดำเนินงาน 3) ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน 4) ความสำเร็จของการดำเนินงาน 5) ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน และ 6) การปรับปรุงและพัฒนาการดูแล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างครอบคลุม เพื่อให้ได้ข้อค้นพบและแก่นสาระที่เหมาะสมและสอดคล้องกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการให้

บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยระยะยาวจากโรงพยาบาลหมู่บ้าน ของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุ ทั้งนี้ ผู้วิจัยให้นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ “ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย” หมายถึง การมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงาน การประเมินผล และการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงาน ของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจากโรงพยาบาลหมู่บ้าน และ “การดูแลผู้ป่วยระยะยาวจากโรงพยาบาลหมู่บ้าน” หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหมู่บ้านโดยศูนย์ป็นน้ำใจสาธุ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ตามแนวปรากฏการณ์วิทยา ของเอ็ดมันด์ ฮัสเซิร์ล (Farber, 2017)

**ผู้ให้ข้อมูล** ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจากโรงพยาบาลหมู่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลพลูดาวหลวง อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพที่ 6 ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน โดยใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบอ้างอิงด้วยบุคคลและผู้เชี่ยวชาญ (snowball sampling) อันเป็นลักษณะของการสร้างเครือข่ายข้อมูล โดยผู้วิจัยพบประธานศูนย์ป็นน้ำใจสาธุแล้วให้ประธานเสนอบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของศูนย์ฯ สำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาว เพื่อสำรวจข้อเท็จจริงจนกว่าข้อมูลที่จะมีความอิ่มตัว (saturation) ทั้งนี้ การเข้าถึงและการติดต่อบุคคลที่ได้รับการแนะนำได้รับการป้องกันไม่ให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณละเมิดความเป็นส่วนตัว โดยให้บุคคลที่เป็นผู้แนะนำเป็นผู้ติดต่อให้ก่อน เพื่อแจ้งว่าผู้วิจัยจะขอพบเพื่อพูดคุยเกี่ยวกับงานวิจัย หากยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะขอเบอร์โทรศัพท์จากบุคคลที่เป็นผู้แนะนำและจะติดต่อบุคคล

ที่ได้รับการแนะนำด้วยตนเอง เพื่อขออนัดหมายวันและเวลาสำหรับการสัมภาษณ์

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส และประสบการณ์ในการประสานงาน และทำงานร่วมกับศูนย์ป็นน้ำใจสาธุ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview questions) ผู้วิจัยสร้างขึ้น ภายใต้อเนกคิดการสนับสนุนของชุมชนเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วยประเด็นคำถามสำคัญ ได้แก่ 1) การดำเนินงานของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวมีจุดเริ่มต้นอย่างไร 2) บทบาทในการดำเนินงานของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวเป็นอย่างไร 3) การดำเนินงานของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวมีผลลัพธ์อย่างไร 4) ความสำเร็จของการดำเนินงานของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวมีอะไรบ้าง 5) ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวมีอะไรบ้าง และ 6) การปรับปรุงและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะยาวมีอะไรบ้าง มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประเมินความเหมาะสมของภาษาและความสอดคล้องกับคำถาม และวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้เชี่ยวชาญ ด้านการศึกษาวิจัยคุณลักษณะเชิงปรากฏการณ์ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับบุคคลทั่วไป (lay persons) ได้แก่ อสม. และประชาชนในชุมชน รวมจำนวน 3 คน เพื่อประเมินความเข้าใจของภาษาที่ใช้

**การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล** มีดังนี้ 1) หลังจาก

โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ COE No. 08/66 E และ BNC REC No. 08/2566 วันที่ 19 กันยายน 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อขออนัดหมายวันและเวลาสำหรับการสัมภาษณ์ล่วงหน้าเป็นเวลา 2 สัปดาห์ พร้อมทั้งแจ้งหัวข้อการสัมภาษณ์และสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนตามวันและเวลาที่นัดหมาย แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ผู้ให้ข้อมูลตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ และดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยสัมภาษณ์คนละ 1-2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที ขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีการสบตาด้วยท่าทางที่เป็นธรรมชาติ และมีการสังเกตสีหน้า ท่าทาง คำพูด และความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งจดบันทึก ภายหลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้ โดยการถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) เมื่อพบความอึมครึมของข้อมูล จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) โดยการถอดถ้อยคำออกมาเป็นข้อความ

อ่านเพื่อทำความเข้าใจแต่ละข้อความอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยมีการอ่านบันทึกภาคสนาม (field notes) ฟังการบันทึกเสียง จากนั้นจับประเด็นสำคัญ ตั้งเป็นดัชนีจัดระบบให้รหัสของแต่ละประเด็น จำแนกออกเป็นหมวดหมู่ ตีความและให้ความหมายของแต่ละหมวดหมู่ สร้างข้อสรุปจากดัชนีหมวดหมู่และความหมายทั้งหมดออกมาเป็นแก่นสาระ (Braun & Clarke, 2006)

สำหรับการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลมี 2 วิธี คือ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) เป็นการตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูล โดยการตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจากการใช้คำถามแบบเดียวกัน โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จากประชาชนมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงาน และ 2) การตรวจสอบข้อมูลโดยสมาชิก (member check) เป็นการให้ผู้ใช้ข้อมูลแต่ละคนตรวจสอบความถูกต้องของข้อสรุปใจความสำคัญจากการถอดอ้อยคำอีกครั้งในกรณีที่ข้อความมีความคลุมเครือและมีการแก้ไขจะมีการทวนสอบเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ใช้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด (Polit & Beck, 2020)

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 9 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 28-55 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และทั้งหมดมีประสบการณ์ในการประสานงานและทำงานร่วมกับศูนย์ป็นน้ำใจสาธุ

2. ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุ และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชนกับ

ศูนย์ป็นน้ำใจสาธุ สามารถจำแนกออกเป็น 5 แก่นสาระ ได้แก่ การมีเป้าหมายร่วมชัดเจนของภาคีเครือข่ายการทำงานสอดคล้องกันด้วยใจไร้รอยต่อ การสร้างระบบการกระจายอุปกรณ์ การเสริมพลังการทำงานจากความภูมิใจ และการสร้างความสำเร็จที่ยั่งยืน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การมีเป้าหมายร่วมชัดเจนของภาคีเครือข่าย ผู้ให้ข้อมูลทุกคนที่มาจากหลายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ อสม. และผู้นำชุมชน ให้ข้อคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ที่มาของการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างตนเองและหน่วยงานกับศูนย์ป็นน้ำใจสาธุ คือ การมีวัตถุประสงค์ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน นั่นคือ การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังคำพูดต่อไปนี้

“ความคิดเดียวกันก็คือ อยากรจะดูแลผู้สูงอายุในตำบลพุดตาลวงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แล้วก็ลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เพราะว่ากลุ่มคนไข้โรคหลอดเลือดสมองมีค่อนข้างเยอะ กลุ่มที่เกิดรายใหม่ค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“แลกเปลี่ยนไอดีกัน แล้วก็เกิดมุมมองว่า ถ้าเกิดมันเป็นเรื่องไหนละ ก็มีการสร้างเป็นศูนย์ป็นน้ำใจ รพ.สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ขึ้นในภาค รพ. แต่ในชุมชนก็มีการสร้างศูนย์ป็นน้ำใจสาธุขึ้น เพื่อให้บริการประชาชนทั่วไปและให้อุปกรณ์เครื่องมือ เช่น เตียง โต๊ะ ตู้ ไม้เท้า อะไรเงี้ยค่ะ แต่ใน รพ. ก็เป็นอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์โดยตรง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“คนที่ศิษย์ที่ออกจากโรงพยาบาล คือ หนึ่ง วัดจากเรื่องของความพึงพอใจ สองวัดเรื่องของไม่มีความแทรกซ้อนจากอุปกรณ์ที่เค้าใช้ของเราเงี้ยค่ะ และก็เรื่องของคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“เราก็เลยทำบันทึกข้อตกลงร่วมมือกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งพุดตาลวงรับผิดชอบในเรื่องของสถานที่ รับผิดชอบในเรื่องของพยาบาล นักกายภาพบำบัด ส่วนศูนย์ป็นน้ำใจสาธุจะรับผิดชอบ

ในเรื่องของอุปกรณ์กาย ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว และก็รวมถึงอุปกรณ์อื่น ๆ ที่ อดบ. ไม่สามารถจัดหาได้ อันนี้เป็นบทบาทหน้าที่ของศูนย์ปันน้ำใจสาธุ เราก็คือทำงานเชื่อมโยงกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“คนไข้ที่เราต้องดูแลที่บ้าน ส่วนมากจะเป็นกลุ่มเปราะบาง คือ กลุ่มที่ด้อยโอกาส ยากจน และไม่มีเงินที่พอจะไปซื้อพวกอุปกรณ์เหล่านี้ไปใช้ได้ เพราะว่าด้วยสถานะของโรคเป็นกลุ่มติดเตียง ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ ก็จำเป็นที่จะต้องให้เตียง ไข้ที่นอนลม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนาน ๆ การมีเตียงในการดูแลผู้ป่วยเนี่ย ก็จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น และก็สามารพฟื้นฟูผู้ป่วยได้ง่ายด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2.2 การทำงานสอดประสานด้วยใจไร้รอยต่อ  
แก่นสาระนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือ การมีจิตอาสา และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ

2.2.1 การมีจิตอาสา ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์ปันน้ำใจสาธุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และผู้ที่เกษียณอายุราชการในพื้นที่ ที่มีความเต็มใจและเสียสละทั้งแรงกายและทรัพย์สินเพื่อสาธารณประโยชน์ ดังคำพูดต่อไปนี้

“มันเป็นต้นทุนของคนในชุมชนมากกว่าค่ะ ที่เค้าอยู่บ้านติดกันและเค้าดูแลกันอยู่แล้ว คนสมัยก่อนเอื้ออาทรต่อกัน และบังเอิญมีชมรมผู้สูงอายุ แล้วคนในชมรมผู้สูงอายุเองเนี่ยเค้าก็มาเจอเพื่อนที่มาชมรมแล้วสุขภาพไม่ดี เค้าก็ไปเยี่ยม เราก็คือเห็นว่าเนี่ยเป็นวิถีชีวิตของคนในชุมชนอยู่แล้ว...มันระเบิดออกมาจากใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“จริง ๆ แล้ว คณะกรรมการในศูนย์ปันน้ำใจสาธุของมูลนิธิ ส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกจากชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จิตอาสา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

2.2.2 การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ  
ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะการทำงานที่เป็นแบบถ้อยที่ถ้อยอาศัย นอกเหนือจากบทบาทหน้าที่

ความรับผิดชอบแล้ว ยังมีในส่วนของจิตอาสา รวมทั้งการสื่อสารอย่างเป็นมิตร ทำให้การติดต่อประสานงานเกิดความคล่องตัว แม้ว่าจะมีปัญหาทางเทคนิคบ้างบางประการ แต่ด้วยความเข้าใจ เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ทำให้การมองปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเพียงส่วนประกอบที่ด้อยลงไป ดังคำพูดต่อไปนี้

“ความพยายามหลายอย่าง ตอนที่ทำงานแรก ๆ ไม่ได้คิดว่ามันจะถาโถมขนาดนี้ ไม่ได้คิดว่าจะเป็นมากขนาดนี้ ที่นี้พอมันทำแล้วมันหยุดไม่ได้ (คำพูดและแววตาแสดงถึงความมุ่งมั่น และมีใจรักงานนี้)” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“เป็นโอกาสหนึ่ง จริง ๆ อะ ในโรงพยาบาลหรือกลุ่มงานเวชศาสตร์ก็คิดว่าคนที่จะเป็นคนที่ดูแลคนในชุมชนได้ดีต้องเป็นคนในชุมชนจริง ๆ ก็เลยมีโอกาสหนึ่งที่ได้ทำโปรเจกต์เหมือนกับสร้างอาสาสมัครข้าราชการขึ้นมา เรียกว่า วีที คำว่า วีทีก็คืออารมณ์แบบคล้าย ๆ อสม.เนี่ยแหละ แต่ว่าเค้าก็จะดูแลบ้านในแผนกของเค้า ที่นี้หลังจากที่เราได้สำรวจไปละ และเราก็คือเจอว่า มันมีคนอีกหลายคนมีทั้งผู้สูงอายุ มีทั้งคนติดเตียงติดบ้าน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2.3 การสร้างระบบการกระจายอุปกรณ์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อคิดเห็นต่อการสร้างระบบกระจายอุปกรณ์ไปยังหน่วยเก็บรักษาที่อยู่ใกล้ชุมชนว่าเป็นระบบที่ดี มีประโยชน์ในด้านการขนส่ง และการบำรุงรักษาอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ยังมีระบบเชื่อมโยงไปถึงคลังอุปกรณ์ที่เป็นหน่วยจ่ายกลาง รวมถึงการซ่อมแซมเมื่ออุปกรณ์ชำรุด ดังคำพูดต่อไปนี้

“อยากให้ รพ.สต. มีหน่วยสต็อกของ คือด้วยความที่ระยะทางมันห่างไกลจากศูนย์หลักตรงนี้ใช้ใหม่คะ คือถ้าเกิด รพ.สต. สามารถเป็นหน่วยที่สต็อกได้... พื้นที่ไม่ได้กว้าง อาคารอะไรก็แบบไม่ได้กว้างขวางที่จะเก็บสต็อกของได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“คือตอนนี้อย่างที่เฟรนไชส์ที่อยู่ เค้าก็จะมีกรมเหมือนในหน่วยเค้าจะมีกรมที่ดูแลบ้านเรือน เค้าเรียกว่า กรม สน. เหมือนกับคนดูพื้นที่คะ เค้าจะมีตรงนี้ศูนย์นี้

อยู่ แต่จะมีการรีเคสต์ใช้เงี้ย เนื่องจากเรามีคัพอยู่ ใจใหม่คะ เขาก็จะเป็นจุดศูนย์กลางที่จะเยี่ยมคนและกรีเคสต์ว่าบ้านเนี้ยต้องการและก็เชื่อมโยงไป ถ้าเตียงขาดหรือหมดก็แจ้งมาทางศูนย์ใหญ่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2.4 การเสริมพลังการทำงานจากความภูมิใจ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่แสดงออกถึงความภาคภูมิใจในผลลัพธ์ของการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะยาวในชุมชน โดยศูนย์ปันน้ำใจสาธิตมีส่วนร่วมอย่างมากในการสร้างความสำเร็จนี้ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางคนยังบอกแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อสร้างความยั่งยืนต่อไป ดังคำพูดต่อไปนี้

“เราได้รับรางวัลของพระปกเกล้าคะ ด้านความร่วมมือระหว่างเครือข่าย เราได้รับรางวัลพระปกเกล้ามา และก็ความสำเร็จอีกอย่างหนึ่งก็คือ เราเป็นสถานที่เป็นแหล่งดูงานของ อปท. อื่นๆ และก็เป็นที่ย้ายทอดความรู้ก็คือสถานที่ต่าง ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ถ้าวันหนึ่งคนได้ลงชุมชนเหมือนเรา คุณจะเห็นคนแก่ดีใจวันที่เราไป สายตาแววตา หายไปไหนมาหายไปนานจังเลย เนี่ยถามหา เทียวถามหากับคนนั้น คนนี้อย่างเงี้ย และเราจะรู้สึกว่ามันทิ้งเค้าไปไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

2.5 การสร้างความสำเร็จที่ยั่งยืน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นถึงความสำคัญของการมีอยู่ มีความคำนึงถึงการดำเนินการและความยั่งยืนของศูนย์ปันน้ำใจสาธิต โดยมีการวางแผนที่จะหาทายาทสืบต่อการทำงานทั้งในแบบอาสาสมัครและโดยบทบาทหน้าที่ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ศูนย์ปันน้ำใจสาธิต ณ ตอนนี รูปแบบของเค้าคืออยู่แล้ว เพียงแต่ว่าทำอย่างไรให้อยู่ได้แบบยั่งยืนนี่คือคำถาม และคำตอบก็คือ ต้องพยายามขยายให้องค์ความรู้กับท้องถิ่นทุกท้องถิ่นคะ เป็นหน้าที่หลักของท้องถิ่นเลยที่ต้องพัฒนาคุณภาพชีวิต เพียงแต่คุณเอาโมเดลนี้ไปทำ แล้วก็จะทำได้จริง และจะทำให้เกิดศูนย์ปันน้ำใจสาธิตของทุก ๆ ที่ และมันจะสามารถเอาไปปรับเข้ากับบริบทที่สอดคล้องกับทุนทางสังคมของแต่ละที่ ซึ่งอาจจะมึนนวัตกรรมเพิ่มขึ้นมาจากศูนย์

ปันน้ำใจสาธิต” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“ความยั่งยืน เราก็เลยมีโครงการที่จะเอาเยาวชนเข้ามาเป็น อสม. น้อย ในการร่วมไปกับ อสม. ที่ทำหน้าที่อยู่แล้วแต่มีลูกหลาน คุณจงลูกหลานคุณมาทำหน้าที่ของคุณด้วย เรียนรู้กับคุณด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“จริง ๆ กับศูนย์เนี้ย อย่างที่บอกคือศูนย์ให้ประโยชน์นะ ให้ประโยชน์อย่างมาก ในเรื่องของระบบการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน อุปกรณ์ที่จำเป็นเราก็มีให้คนไข้ใช้ บางทีเราก็ไม่รู้จะทำยังไง คนไข้ไม่มีตังค์ที่จะซื้อ เราจะควักกระเป๋าให้ทุกเคสก็ไม่ได้อะไรอย่างเงี้ย ถามว่าจำเป็นต้องคงอยู่ไหม ก็จำเป็นต้องมีคงอยู่ แต่อยากให้อยู่ในเรื่องของให้เค้าสามารถพัฒนาตัวเองต่อไปได้และก็ยังยืน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ประสพการณ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของศูนย์ปันน้ำใจสาธิตสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จำแนกออกเป็น 5 แก่นสาระ ได้แก่ การมีเป้าหมายร่วมชัดเจนของภาคีเครือข่าย การทำงานสอดคล้องประสานด้วยใจไร้รอยต่อ การสร้างระบบการกระจายอุปกรณ์ การเสริมพลังการทำงานจากความภูมิใจ และการสร้างความสำเร็จที่ยั่งยืน ซึ่งความสัมพันธ์ของแก่นสาระทั้ง 5 ประการ แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ในช่วงเวลาการดำเนินงานของศูนย์ปันน้ำใจสาธิตที่มีการพัฒนา และการลงมือทดลองถูกจนกระทั่งได้รูปแบบที่ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของสังคมท้องถิ่น จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทหน้าที่และทำงานเกี่ยวข้องกับการประสานงานกับบุคลากรในศูนย์ปันน้ำใจสาธิต พบว่า “การมีเป้าหมายร่วมชัดเจนของภาคีเครือข่าย” เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญที่ผลักดันให้ศูนย์ปันน้ำใจสาธิตสามารถดำเนินการได้อย่างมีทิศทางและตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสม

สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญภา ปาละปิ่น (2566) ที่กล่าวว่า การมีภาคีเครือข่ายเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความเข้มแข็งทางสังคม โดยทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนในการกำหนดความต้องการ การวางแผน การดำเนินการ การรับผลประโยชน์ และการประเมินผลของงานเหล่านั้น สามารถกล่าวได้ว่า หากเครือข่ายมีวัตถุประสงค์หลักที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จะสามารถกำหนดเข็มมุ่งและสร้างแนวทางในการดำเนินงานให้เป็นไปได้อย่างชัดเจน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ศูนย์ป็นน้ำใจสาธุนีมีเป้าหมายเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้น้อย ในชุมชนที่ต้องการอุปกรณ์เสริมในการดำเนินชีวิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น เตียงผู้ป่วย รถเข็น อุปกรณ์ออกกำลังกาย

การมีกระบวนการที่ดี โดยคำนึงถึงบริบทและสภาพแวดล้อมในการทำงานร่วมกับชุมชนท้องถิ่น สามารถตีความจากแก่นสาระ “การทำงานสอดคล้องประสานด้วยใจไร้รอยต่อ” และ “การสร้างระบบการกระจายอุปกรณ์” โดยแก่นสาระเรื่องการทำงานสอดคล้องประสานด้วยใจไร้รอยต่อ ประกอบด้วยใจความสำคัญ 2 ประการ คือ การมีจิตอาสา และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ กล่าวได้ว่าทั้ง 2 สิ่งนี้ เป็นหัวใจของการทำงานแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย แม้จะมีอุปสรรคปัญหาใดก็สามารถผ่านพ้นไปได้ ดังข้อความในพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556) ที่ระบุว่า จิตอาสา มาจากคำว่า “จิต” เป็นคำนาม หมายถึง ใจ, สิ่งที่มีหน้าที่รู้ คิดและนึก และคำว่า “อาสา” เป็นคำกริยา หมายถึง เสนอตัวเข้ารับทำ ดังนั้น คำว่า “จิตอาสา” จึงหมายถึง การกระทำที่เกิดจากใจแห่งการให้โดยการเสนอตัวรับทำงานในสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน และมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น จากการศึกษาของนิภาวรรณ เจริญลักษณ์, เริงวิษณุ นิลโคตร, และชาติรี ลุนดำ (2566) พบว่า การมีกลุ่มจิตอาสาที่เข้มแข็งทำให้การทำงานมีความยืดหยุ่น และส่งผลให้เกิดการบริหารจัดการเครือข่ายที่ดี

ในการนี้ยังพบว่า การมีเครือข่ายที่ดีทำให้กระบวนการประสานงานดีไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงทอง อินใจ, สมหมาย แจ่มกระจ่าง, ศรีวรรณ ยอดนิล, และน้ำทิพย์ คำแร่ (2559) ที่พบว่า การกำหนดบุคคลหลักสำหรับการประสานงาน เป็นหนึ่งในห้าขั้นตอนของกระบวนการดำเนินกิจกรรมจิตอาสาระหว่างผู้สูงอายุ จิตอาสา กับหน่วยงานแบบยั่งยืน เป็นไปในทิศทางเดียวกับการดำเนินงานของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุนี ซึ่งจะมีการกำหนดผู้ประสานงานประจำพื้นที่ในด้านต่าง ๆ แต่ละชุมชน เพื่อการสื่อสารกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ทำงานร่วมกัน สามารถกล่าวได้ว่า การมีจิตอาสา และการประสานงานที่มีประสิทธิภาพเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้การดำเนินงานของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุนีมีความราบรื่นและทำงานสอดคล้องประสานกัน ได้ด้วยดีเสมอมา

การสร้างระบบการกระจายอุปกรณ์ของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุนี นับว่าเป็นนวัตกรรมที่สร้างสรรค์ขึ้นมาจากประสบการณ์ในการดำเนินงาน โดยเริ่มต้นจากการค้นพบปัญหาด้านการบำรุงรักษา การเก็บรักษา การขนส่ง และการเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ โดยแนวคิดการกระจายอุปกรณ์นี้ ได้ประยุกต์มาจากการบริหารจัดการของศูนย์กระจายสินค้าในระบบธุรกิจแฟรนไชส์ สอดคล้องกับการศึกษาของวรพงษ์ ลากสถาพร, ชีรพรพรณ อึ้งภากรณ์, และคมกริช วงศ์แซ่ (2562) ที่พบว่า การมีศูนย์กระจายสินค้าที่มีประสิทธิภาพทำให้การดำเนินงานมีความรวดเร็ว รวมถึงกระบวนการจัดส่งที่รวดเร็ว ตรงเวลา เป็นหนึ่งปัจจัยด้านกระบวนการภายในที่สร้างความสำเร็จให้กับธุรกิจแฟรนไชส์ สามารถกล่าวได้ว่า การวางระบบการกระจายและการบำรุงรักษาอุปกรณ์ที่มีอยู่ในแต่ละชุมชน เป็นการตอบโจทย์ในแง่ของการเข้าถึงบริการและความรวดเร็วในการจัดส่ง รวมทั้งการดูแลรักษาอุปกรณ์ของศูนย์ป็นน้ำใจสาธุนี

“การเสริมพลังการทำงานจากความภูมิใจ” และ “การสร้างความสำเร็จที่ยั่งยืน” เป็นสองแก่นสาระที่สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ได้จากการทำงานร่วมกับ

กลุ่มจิตอาสาในศูนย์ปันน้ำใจสาธุ ของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุคลากรท้องถิ่นและบุคลากรทางการแพทย์ โดยความรู้สึภกาศภูมิโงกับความสำเร็จของการดำเนินงานความอ้อมใจกับการให้ และการมองเห็นผู้รับมีความสุขเป็นลิ่งเติมเต็มทางใจของการทำงานจิตอาสา ในการนี้ทำให้ผู้ร่วมงานด้วยสามารถรับรู้ความรู้สึกนั้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา ชลกาญจน์สกุล, พระครูสังฆรักษ์เอกกัทร อภินุโท, และประสิทธิ์ แก้วศรี (2565) ที่พบว่า จิตอาสาที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณซึ่งเป็นความผาสุกที่เกิดขึ้นจากการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต และเกิดความภกาศภูมิโง สำหรับแก่นสาระเรื่องการสร้างความสำเร็จที่ยั่งยืน เป็นการแสดงให้เห็นถึงการมีแนวคิดที่จะสืบสานการดำเนินงานของศูนย์ปันน้ำใจสาธุอย่างยั่งยืน โดยวิธีการที่ใช้เป็นการปลูกฝั่งการมีจิตอาสาช่วยเหลือผู้คนจากการทำให้เห็นเป็นแบบอย่าง และการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของคันสนีย์ กระจ่างโอม, สุดารัตน์ อุทธารัตน์, ณัฐสิทธิ์ ศรีนุรักษ์, และอุบลรัตน์ หยาไล่ (2559) ที่พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจของการสืบต่อเป็นทายาทเกษตรกร ประกอบด้วยระยะเวลาในการทำการเกษตรของครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการเกษตรจากแหล่งต่างๆ และทัศนคติต่อการประกอบอาชีพเกษตรกรของทายาทเกษตรกรจึงสามารถกล่าวได้ว่า แนวทางการสืบสานงานต่อของศูนย์ปันน้ำใจสาธุที่เน้นการเปิดประสบการณ์และการสร้างทัศนคติต่อการเป็นจิตอาสาที่มีความเหมาะสม

#### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชนควรรนำปัจจัยความสำเร็จในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การพัฒนาความร่วมมือ การประสานงานของภาคีเครือข่าย

และการเสริมสร้างกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวไปประยุกต์ใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในมุมมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวและผู้ดูแล

- 2.2 ควรมีการศึกษาผลของการนำรูปแบบการดำเนินงานของศูนย์ปันน้ำใจสาธุไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงใต้ สนับสนุนทุนการวิจัยนี้ และขอขอบคุณจิตอาสาศูนย์ปันน้ำใจสาธุ มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กองทัพอเรือในพระบรมราชินูปถัมภ์ และผู้ให้ข้อมูลในการทำวิจัย

#### เอกสารอ้างอิง

กัญนิกา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์, และพานิช แก่นกาญจน์. (2565). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 1-16.

ณัฐนิชา มณีสุวรรณ, และสุริยา ฟองเกิด. (2566). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดเตียงในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน. *วารสารมหาวิทยาลัยชัยวลิตกุล*, 36(2), 18-33.

ธัชพร กังสังข์. (2565). ระบบประกันการคุ้มครองการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่นกับทิศทางของประเทศไทย. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*, 8(1), 173-186.

- นิภาวรรณ เจริญลักษณ์, เริงวิชัย นิลโคตร, และชาติรี ลุนคำ. (2566). การวิจัยและพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาในการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางในชุมชน. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 11(3), 848–861.
- พวงทอง อินใจ, สมหมาย แจ่มกระจ่าง, ศรีวรรณ ยอดนิล, และน้ำทิพย์ คำแร่. (2559). *รายงานการวิจัยพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นแสนสุขและจิตอาสาผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก [https://buuir.buu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/1234567890/1879/2560\\_019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://buuir.buu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/1234567890/1879/2560_019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- เพ็ญภา ป่าละป็น. (2566). แนวทางการพัฒนาบทบาทของภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนส่งเสริมกลุ่มอาชีพกัญพัฒนา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 6(2), 55–67.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.
- วรพงษ์ ลากสถาพร, ชีรพรธณ อึ้งภากรณ์, และคมกริช วงศ์แข. (2562). ผลกระทบของกลยุทธ์การบริหารแฟรนไชส์ที่มีต่อความสำเร็จขององค์กรของธุรกิจแฟรนไชส์ในประเทศไทย. *วารสารเกษตรศาสตร์ธุรกิจประยุกต์*, 13(18), 41–52.
- ศันสนีย์ กระจ่างโหม, สุดารัตน์ อุทธารัตน์, ณัฐลธิ์ ศรีนุรักษ์, และอุบลรัตน์ หย่าใส่. (2559). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจของทายาทเกษตรกรในการสานต่ออาชีพเกษตรกรในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารเกษตร*, 32(1), 29–38.
- ศาสตรา เข็มบุบผา. (2565). การพัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสู่การดูแลระยะยาว อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 939–956.
- สุจิตรา ชลกาญจน์สกุล, พระครูสังฆรักษ์เอกภัทร อภินิโ, และประสิทธิ์ แก้วศรี. (2565). กระบวนการสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณแนวพุทธของจิตอาสาแต่งหน้าศพในจังหวัดระยอง. *วารสาร มจร ภาษาและวัฒนธรรม*, 2(1), 14–25.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Farber, M. (2017). *The foundation of phenomenology: Edmund Husserl and the quest for a rigorous science of philosophy*. New York: Routledge.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (10th ed.). London: Lippincott Williams & Wilkins.

## ปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท \* Predicting Factors of Caregiving Burden among Caregivers of Persons with Schizophrenia \*

อโนทัย จันทรใส, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) <sup>1</sup>

Anothai Jansai, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) <sup>1</sup>

ภัทรภรณ์ ภัทรสกุล, ประ.ด. (การพยาบาล) <sup>2</sup>

Patraporn Bhatarasakoon, Ph.D. (Nursing) <sup>2</sup>

สมบัติ สกุลพรรณ, ประ.ด. (หลักสูตรและการสอน) <sup>3</sup>      ชาลีนี สุวรรณยศ, ประ.ด. (การพยาบาล) <sup>4</sup>

Sombat Skulphan, Ph.D. (Curriculum and Instruction) <sup>3</sup>      Chalinee Suvanayos, Ph.D. (Nursing) <sup>4</sup>

Received: February 10, 2022    Revised: November 25, 2024    Accepted: December 4, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาภาระการดูแล และปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลระดับอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 110 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แบบประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>1</sup> Master's Thesis of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

<sup>2</sup> มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>3</sup> Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

<sup>4</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Anothai\_jansai@yahoo.com

<sup>2</sup> ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

<sup>2</sup> Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

<sup>3</sup> รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

<sup>3</sup> Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

<sup>4</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

<sup>4</sup> Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

มีค่าความเชื่อมั่น .83 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .88 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .84 และแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .83 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีภาระการดูแล คิดเป็นร้อยละ 63.64 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ ร้อยละ 10.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .106, p < .01$ )

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสาธารณสุขควรประเมินการรับรู้ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างเหมาะสม เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

**คำสำคัญ:** ภาระการดูแล ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแล

### Abstract

This predictive correlational research aimed to investigate caregiving burden and predicting factors of caregiving burden among caregivers of persons with schizophrenia. The samples were 110 caregivers of persons with schizophrenia who had come to receive services at the psychiatric clinic of the district hospitals in Chiang Mai Province. The research instruments included a caregiver demographic data questionnaire, the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) with a reliability of .83, a caregiving knowledge test with a reliability of .84, a social support questionnaire with a reliability of .88, a psychiatric family caregiving skills scale with a reliability of .84, and the Zarit Burden Interview (ZBI) with a reliability of .83. Data were collected from June to August 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that most caregivers of persons with schizophrenia perceived no caregiving burden (63.64%). Caregiving knowledge could statistically significantly predict the caregiving burden among caregivers of persons with schizophrenia which accounted for 10.60% ( $R^2 = .106, p < .01$ ).

This research suggests that healthcare providers should assess caregiving burden among caregivers of persons with schizophrenia as well as appropriately provide caregiving knowledge in order to decrease the perception of the caregiving burden.

**Keywords:** Caregiving burden, Caregivers of persons with schizophrenia, Caregiving knowledge

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง มีลักษณะความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม มีอาการทางจิต เช่น อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน (World Health Organization [WHO], 2013) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2018 ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2018) และจากรายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2560 พบว่า คนไทยป่วยด้วยโรคทางจิตเวชทั้งสิ้น 2,669,821 คน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทถึง 480,266 คน คิดเป็นร้อยละ 18 ซึ่งมากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และมีอัตราการกำเริบสูง โดยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 7.23 และภายใน 90 วัน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.19 (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2558 อ้างถึงในสุดาพร สติยอุทธร, 2559) แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีแนวโน้มการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคจิตเภทก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านบุคคล ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว โดยผลกระทบด้านบุคคลเป็นผลจากความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และเกิดภาวะทุพพลภาพ (disability) ในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (Harvey & Strassing, 2012) ส่วนผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางคนมีอาการหลงเหลืออยู่จนอาจถึงขั้นทุพพลภาพ บางคนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นประจำ ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น โดยครอบครัวและสังคมต้องมีส่วนในการรับผิดชอบร่วมกัน (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2561) สำหรับผลกระทบด้านครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยบางคนหลังกลับจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้านยังคงมี

อาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ทำให้บกพร่องในการดูแลตนเองและทักษะในการอยู่ร่วมกับสังคมและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านต่อจากบุคลากรด้านสุขภาพจิตจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัว (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2560) โดยพบว่า สถานการณ์หรือเหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความตึงเครียดที่ต้องเผชิญในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดการรับรู้ภาวะการดูแล (ดุยฎิ อุดมอิทธิพงศ์, พิชญา ชาญนคร, และศศิธร เก็มเส็น, 2563)

แนวคิดความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแล ของ Zarit (2008) กล่าวว่า ภาวะการดูแลเป็นความรู้สึกว่าถูกคุกคามและรบกวนความผาสุกของตนเอง ซึ่งเกิดจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งของผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลมีมุมมองของสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระจากการทบทวนวรรณกรรม เมื่อเปรียบเทียบความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Vasudeva, Sekhar, & Rao, 2013) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ บกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ไม่สามารถทำงานได้ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันมากขึ้น นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกกังวลต่ออาการของผู้ป่วยในระดับสูง สูญเสียรายได้เนื่องจากระยะเวลาในการทำงานลดลง จึงพบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลโรคเรื้อรังทางกายและโรคทางจิตเวชอื่นๆ ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระสูงย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระสูงมีโอกาสเกิดโรคทางจิตเวชได้

และส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย จนถึงขั้นทอดทิ้งผู้ป่วยโรคจิตเภทในที่สุด (Lasebikan & Ayinde, 2013) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแล แต่ผู้ดูแลแต่ละคนอาจเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลที่มากน้อยแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

จากการทบทวนการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่า ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล (Adeosun, 2013; Shamsaei, Cheraghi, & Bashirian, 2015) ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ความเรื้อรังของโรค (Shamsaei et al., 2015) และความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Grandón, Jenaro, & Lemos, 2008) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีทั้งทางบวกและทางลบ โดยปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ ได้แก่ อายุ การรับรู้สมรรถนะ (อัศววัฒน์ เพ็ญพวงภักดี, 2561) สัมพันธภาพในครอบครัว (วาสนา นามเหลา, 2559) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย (เสาวนีย์ คงนิรันดร, 2559) トラบาป ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และความแข็งแกร่งในชีวิต (เจมณัญญ์ ศรีพรหมภักดิ์, 2557) โดยการศึกษาต่างๆ ข้างต้นนั้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยถึงปานกลางกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะ สัมพันธภาพในครอบครัว トラบาป ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และ

ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ทั้งนี้มีบางปัจจัยที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ คือ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทั้งในระดับสูง (Shamsaei et al., 2015) และในระดับต่ำ (เสาวนีย์ คงนิรันดร, 2559) ส่วนปัจจัยความรุนแรงของการเจ็บป่วย พบเพียงการศึกษาในต่างประเทศเท่านั้น นอกจากนี้ บางปัจจัยที่แม้จะมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระดับต่ำ แต่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เนื่องจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดทักษะและมีความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระลดลง (เจมณัญญ์ ศรีพรหมภักดิ์, 2557) เช่นเดียวกับปัจจัยความรุนแรงของการเจ็บป่วย เพราะหากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางบวกกำเริบจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรงขึ้น มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และเป็นอาการสำคัญที่นำไปสู่การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อย ๆ ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระ (กริณี สังข์ประคอง, 2562; พิมพ์นา สิริเหมอนนต์, อัจฉราพร สีหรัญวงศ์, และอติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, 2555)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง คือ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท รวมทั้งปัจจัยที่แม้จะมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำแต่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และปัจจัยที่ยังไม่พบในการศึกษาความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในประเทศไทย ได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาการดูแล

และเตรียมผู้ดูแลให้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

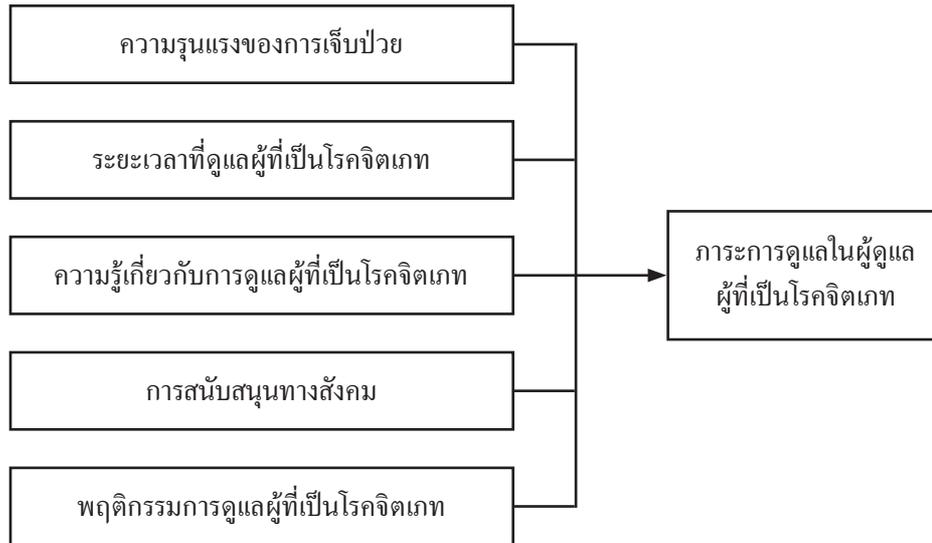
### สมมติฐานการวิจัย

ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแล ของ Zarit (2008) ที่เชื่อว่า ความรู้สึกเป็นภาระเป็นความรู้สึกว่าถูกคุกคามและรบกวนความผาสุกของตนเอง อันเกิดจากสถานการณ์หรือ

เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ว่าทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวพัฒนามาจากรูปแบบกระบวนการความเครียด (stress process model) ของ Pearlin et al. (1990 as cited in Zarit, 2008) ที่กล่าวว่า ภาระการดูแลเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากความเครียดของผู้ดูแลที่มีลักษณะเป็นพลวัต และเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่หลากหลาย ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระ จากแนวคิดร่วมกับการทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงมาก ระยะเวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ยาวนาน และต่อเนื่อง การขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแล การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และการมีพฤติกรรมดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ไม่เหมาะสม อาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ดูแลเมื่อต้องให้การดูแลนั้นๆ และประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งได้รับการวินิจฉัยตามหลักเกณฑ์การใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลระดับอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องโดยเป็นบิดา มารดา สามิ ภรรยา บุตรหลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน และไม่ได้รับค่าตอบแทน 2) ระยะเวลาที่ดูแลตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 3) อายุ 18–60 ปี 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 5) ไม่เป็นผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวนขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณทรากูร, 2553) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 110 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนโดยเลือกโรงพยาบาล 1 แห่ง จากแต่ละโซนของ

โรงพยาบาลแม่ข่าย ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ได้จำนวน 4 แห่ง โดยโซน 1 ได้โรงพยาบาลฝาง โซน 2 ได้โรงพยาบาลสันทราย โซน 3 ได้โรงพยาบาลสันกำแพง และโซน 4 ได้โรงพยาบาลจอมทอง จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ตามสัดส่วนของประชากร

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) ของ Overall and Gorham ปี ค.ศ. 1962 ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) จำนวน 18 ข้อ

มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ได้แก่ ไม่มีอาการ มีอาการเล็กน้อย เป็นบางครั้ง มีอาการเล็กน้อย มีอาการปานกลาง มีอาการค่อนข้างรุนแรง มีอาการรุนแรง และมีอาการรุนแรงมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ มีอาการทางจิตน้อย (18-36 คะแนน) และมีอาการทางจิตรุนแรง (มากกว่า 36 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ของสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lefley ปี ค.ศ. 1987 จำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-28 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับน้อย (ต่ำกว่า 19 คะแนน) ในระดับพอใช้ (19-20 คะแนน) ในระดับปานกลาง (21-22 คะแนน) ในระดับดี (23-24 คะแนน) และในระดับดีมาก (25 คะแนนขึ้นไป)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire [PRQ 2000]) ส่วนที่ 2 ของ Weinert ปี ค.ศ. 2000 ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยภัทราภรณ์ พุงป็นคำ และประภาศรี พุงมีผล (ประภาศรี พุงมีผล, 2548) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับความรัก ด้านการได้รับการยอมรับในคุณค่าของตนเอง ด้านการได้รับการยอมรับของสังคม และมีส่วนร่วมในสังคม ด้านการได้ช่วยเหลือและทำประโยชน์แก่ผู้อื่น และด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น

แบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ค่อนข้างเห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนในระดับต่ำ (15-45 คะแนน) ในระดับปานกลาง (46-75 คะแนน) และในระดับสูง (76-105 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของภัทราภรณ์ พุงป็นคำ, สิทธิลักษณ์ วรรณระพงษ์, ลำเนาวิเรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2548) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ชีวิตตามปกติ จำนวน 29 ข้อ ด้านการจัดการด้านอาการ จำนวน 11 ข้อ และด้านการบริหารจัดการเรื่องยา จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 50 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 47 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 แบบ จากคะแนน 0-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ผู้ป่วยทำได้เองหรือไม่มีสถานการณ์เกิดขึ้น ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติ ทราบและปฏิบัติบ้างแต่ไม่มั่นใจ และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการดูแลในระดับต่ำ (1.00-1.66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และในระดับสูง (2.34-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit Burden Interview [ZBI]) ของ Zarit and Zarit ปี ค.ศ. 1990 ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยชนัญชิตาคุณุฎี ทูลศิริ, รัชนิสร เสริณู, และวรรณรัตน์ ถาวัง (2554) จำนวน 22 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง บ้างครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาระการดูแล

(0–20 คะแนน) มีภาวะการดูแลในระดับน้อยถึงปานกลาง (21–40 คะแนน) ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (41–60 คะแนน) และในระดับรุนแรง (61–88 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดพฤติกรรม การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และแบบประเมินความรู้สึก เป็นการในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไปทดลองใช้กับ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล เชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นของ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลฯ ด้วยวิธีการของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .84 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดพฤติกรรม การดูแลฯ และแบบประเมินความรู้สึก เป็นการฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .83, .88, .84 และ .83 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 038/2021 วันที่ 25 พฤษภาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และ สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะ ได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสันทราย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจอมทอง เข้าพบหัวหน้า กลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าคลินิกจิตเวชของ โรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมขอความร่วมมือให้โรงพยาบาลเตรียมผู้ประสานงาน แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 4 คน เพื่อช่วยดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทในขณะที่ผู้วิจัยพบผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จากนั้นผู้วิจัยพบผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่คลินิกจิตเวช ในช่วงเวลาที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรอตรวจ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจง การพิทักษ์สิทธิ ให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตอบ แบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบวัด โดยใช้เวลา 30–40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง เดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2564

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และข้อมูลภาวะการดูแลในผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรุนแรงของการเจ็บป่วย ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูล พฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท วิเคราะห์ด้วย สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหา บัญญัติทำนายภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลฯ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.64 มีอายุอยู่ในช่วง 51–60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.27 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.77 ปี ( $SD = 12.76$ ) มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.91 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 68.18 มีรายได้อยู่ในช่วง 1,001–5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.27 โดยมีรายได้เฉลี่ย 5,921.82 บาท ต่อเดือน ( $SD = 6,178.77$ ) มีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็น โรคจิตเภทโดยเป็นเครือญาติอื่น ๆ (พี่สะใภ้ น้องสะใภ้ น้องเขย พี่เขย) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.18 และ

มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 1-5 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 โดยมีระยะเวลาที่ดูแลเฉลี่ย 7.88 ปี ( $SD = 5.59$ )

2. ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลฯ รับรู้ว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับน้อย ( $M = 21.85, SD = 4.11$ )

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลฯ ในระดับพอใช้ ( $M = 19.08, SD = 3.27$ )

4. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลฯ มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ( $M = 68.26, SD = 10.84$ )

5. พฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลฯ ในระดับปานกลาง ( $M = 2.13, SD = .23$ )

6. ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลฯ ส่วนใหญ่รับรู้ว่าไม่มีภาระการดูแลคิดเป็นร้อยละ 63.64 รองลงมา คือ รับรู้ว่ามีการ

การดูแลในระดับน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 27.27 รับรู้ว่ามีการดูแลในระดับปานกลางถึงรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 8.18 และรับรู้ว่ามีการดูแลในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ .91 ตามลำดับ โดยผู้ดูแลฯ มีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลในระดับไม่มีภาระการดูแล ( $M = 18.92, SD = 12.85$ )

7. ปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

7.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .326, p < .001$  และ  $r = .275, p < .01$  ตามลำดับ) ส่วนความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ( $n = 110$ )

ตัวแปร	ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	
	r	p
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	-.110	.127
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	.098	.154
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	.326	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.143	.068
พฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	.275	.002

7.2 อำนาจการทำนายของความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต่อการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ความรู้

เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ร้อยละ 10.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .106$ ,  $p < .01$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อำนาจการทำนายของความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต่อการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (n = 110)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	1.278	.357	.326	3.579	.001

Constant = 5.463, R = .326,  $R^2 = .106$ , adj.  $R^2 = .098$ , F = 12.808,  $p < .01$

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลในระดับไม่มีภาวะการดูแลทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลฯ มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 47.27) โดยมีอายุเฉลี่ย 46.77 ปี ซึ่งอายุที่มากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีวุฒิภาวะและความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น โดยผู้ที่มีอายุมากจะผ่านเรื่องราวต่างๆ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย จึงมีประสบการณ์ชีวิตที่มากกว่า (Neuman & Fawcett, 2002) ซึ่งการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านต้องใช้ประสบการณ์ในการดูแลและการแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในการดูแลทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ (ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2560) จึงทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นภาระ ประกอบกับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.18) จึงทำให้คู่สมรสมีส่วนช่วยในการแบ่งเบาภาระ

การดูแลและเป็นที่ยอมรับของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยเป็นเครือญาติอื่น ๆ (พี่สะใภ้ น้องสะใภ้ น้องเขย พี่เขย) มากที่สุด (ร้อยละ 28.18) ซึ่งมีความใกล้ชิดสนิทสนมและคุ้นเคยกัน จึงมีความผูกพันที่เอื้ออาทรห่วงใย และจริงใจต่อกัน ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสารมากกว่าที่จะเห็นว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นภาระของครอบครัว (สายใจ พัวพันธ์, 2554) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาลินี พิศณุ และธรรมนาถ เจริญบุญ (2562) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีภาระการดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติยาภรณ์ พิมวรรณ และนิสิตา นาทประยูทธ์ (2564) ที่พบว่า ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่มีภาระการดูแล

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ร้อยละ 10.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า หากผู้ดูแลฯ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

มาก จะส่งผลให้มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ดูแล เป็นผู้ที่ทำผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีโอกาสได้รับความรู้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจากบุคลากรทางสาธารณสุข จึงมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษา และการป้องกันกรกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลจึงมีแนวโน้มที่จะวางแผนให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่ตนจะสามารถทำได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเจมส์ ฮอร์น (2557) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่สามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลพาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตน้อยและมีอาการคงที่ จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแล เนื่องจากการรับประทานยาเป็นหัวใจสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตสงบและสามารถใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ (ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2560) ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบจากการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรง จึงไม่รับรู้ว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นภาระ ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตเภทกำเริบจนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา มีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่ผู้ป่วยไม่มีอาการโรคจิตเภทกำเริบ (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และชลธิชา เรืองวิริยะนันท์, 2562)

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็น

โรคจิตเภทได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.18) จึงมีคนช่วยเหลือในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และการที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับน้อย จึงทำให้รับรู้ว่ามีภาระการดูแล นอกจากนี้ ผู้ดูแล ยังมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 40) โดยมีระยะเวลาที่ดูแลเฉลี่ย 7.88 ปี อาจทำให้รับรู้ภาระการดูแลน้อย ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมานาน จะมีภาระการดูแลมากกว่า (สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์, 2559) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอัศวรัตน์ เพ็ญพวงกวัด (2561) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ คงนิรันดร (2559) ที่พบว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแล ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีภาระการดูแล (ร้อยละ 63.64) และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ประกอบกับผู้ดูแล มีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยเป็นเครือญาติอื่น ๆ (พี่สะใภ้ น้องสะใภ้ น้องเขย พี่เขย) มากที่สุด (ร้อยละ 28.18) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.18) จึงสะท้อนถึงสภาพสังคมและวัฒนธรรมของคนไทยที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในยามเจ็บป่วย (ภัทรภรณ์ พุงปันคำ, 2560) โดยครอบครัวที่มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันตั้งแต่เริ่มทราบข่าวการเจ็บป่วย มีการประคับประคองจิตใจและหาข้อมูลการรักษา ปรึกษากันเกี่ยวกับวิธีการรักษา พร้อมทั้งมีการผลักดันมาดูแลเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับไปอยู่ที่บ้าน ทั้งนี้ในกระบวนการรักษาโรคจิตเภทนั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจะเข้าสู่กระบวนการรักษา

แบบของกรรม จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากทุกฝ่ายและได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Napa, Tungpunkom, Sethabouppha, Klunklin, & Fernandez, 2017) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งกำลังใจของบุคคลในการเผชิญกับปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเป็นอย่างดี การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับแก่คนในครอบครัวและสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นการ (Brandt & Weinert, 1985)

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถทำนายภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลฯ ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีภาวะการดูแล (ร้อยละ 63.64) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลฯ ในระดับปานกลาง อีกทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตน้อย มีอาการคงที่และผู้ดูแลเป็นผู้ที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีโอกาสดูแลได้รับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจากบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่มีอาการกำเริบและไม่กลับเป็นซ้ำ หากผู้ดูแลมีพฤติกรรมกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ไม่สามารถจัดการกับอาการของโรคหรือเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นได้ ก็จะมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้นเป็นเรื่องยากลำบาก และเกิดการรับรู้ภาวะในการดูแล (ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ, 2560) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ คงนิรันดร (2559) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

#### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้นุคลากรทางสาธารณสุขควรมีการประเมิน

การรับรู้ภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจร่วมทำนายภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ เช่น ทักษะติดต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมาพบแพทย์ตามนัด

2.2 ควรมีการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการลดภาวะการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยเน้นกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัว

#### เอกสารอ้างอิง

- กฤษณี สังข์ประจง. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(2), 1–20.
- เขมณัฐ ศรีพรหมภักดิ์. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ตราบาป ความรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, และชลธิชา เรื่องวิริยะนันท์. (2562). ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 27(2), 95–106.
- ชนัญชิตาคุณฤ์ ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62–75.

- จิตยาภรณ์ พิมวรรณ, และนิสิตา นาทประยุทธ์. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(2), 203–216.
- คุณฉวี อุดมอิทธิพงษ์, พิษญา ชาญนกร, และศศิธร เก็มเส็น. (2563). ภาระของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ: บทความฟื้นฟูวิชาการ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 14(2), 48–68.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ประภาศรี พุ่มมีผล. (2548). *การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. (2561). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท: บทบาทและกระบวนการ*. เชียงใหม่: ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2544). โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ใน *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุง* (น. 1–10). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนต์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, และ อติทยา พรชัยเขตต์ โอว ของ. (2555). การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(2), 235–248.
- ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ. (2560). *การพยาบาลผู้ที่เป็โรคจิตเภท*. เชียงใหม่: สมาร์ทโคดดิ้ง แอนด์ เซอร์วิส.
- ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรรณนะพงษ์, ลำเนาวัลย์ เรืองยศ, ปริทรรศ ศิลปกิจ, และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2548). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: รูปแบบและโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ* (น. 124–125). เชียงใหม่: โรงแรมเวียงพิงค์.
- วาสนา นามเหลา. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีรับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิลาสินี พิเศษ, และธรรมนาถ เจริญบุญ. (2562). ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(4), 317–336.
- สายใจ พัวพันธ์. (2554). *ทฤษฎีการพยาบาล: ศาสตร์แห่งมนุษย์และการดูแลมนุษย์ของวัดสัน*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์. (2559). ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 31(3), 139–148.
- สุดาพร สถิตยยุทธการ. (2559). การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางการป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(3), 1–15.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). *ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เสาวนีย์ กงนรินทร์. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัครวัฒน์ เพ็ญวงแก้ว. (2561). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์*. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 12(28), 72–84.
- Adeosun, I. I. (2013). Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2013, 353809. doi:10.1155/2013/353809
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ: A social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277–280. doi:10.1097/00006199-198109000-00007
- Grandón, P., Jenaro, C., & Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158(3), 335–343. doi:10.1016/j.psychres.2006.12.013
- Harvey, P. D., & Strassnig, M. (2012). Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: Cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry*, 11(2), 73–79. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.05.004
- Lasebikan, V. O., & Ayinde, O. O. (2013). Family burden in caregivers of schizophrenia patients: Prevalence and socio-demographic correlates. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(1), 60–66. doi:10.4103/0253-7176.112205
- Napa, W., Tungpunkom, P., Sethabouppha, H., Klunklin, A., & Fernandez, R. (2017). A grounded theory study of Thai family caregiving process for relatives with first episode psychosis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 21(2), 158–170. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/74254/67459>
- Neuman, B., & Fawcett, J. (Eds.). (2002). *The Neuman systems model* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Shamsaei, F., Cheraghi, F., & Bashirian, S. (2015). Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(4), 239–245. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4801494/>
- Vasudeva, S., Sekhar, C. K., & Rao, P. G. (2013). Caregivers burden of patients with schizophrenia and bipolar disorder: A sectional study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(4), 352–357. doi:10.4103/0253-7176.122224
- World Health Organization. (2013). *Schizophrenia*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/schizophrenia>
- World Health Organization. (2018). *Schizophrenia*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Zarit, S. H. (2008). Diagnosis and management of caregiver burden in dementia. In C. Duyckaerts & I. Litvan. (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology* (pp. 101–106). Philadelphia, PA: Elsevier.

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแล ทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด\* Factors Related to Father Involvement in Caring for Preterm Infants in Neonatal Care Unit\*

รติพร บัวบาน, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)<sup>1</sup>

Ratiporn Buaban, M.N.S. (Pediatric Nursing)<sup>1</sup>

จิตติมา สุขเลิศตระกูล, ปร.ด. (การพยาบาล)<sup>2</sup>

เนตรทอง นามพรหม, ปร.ด. (การพยาบาล)<sup>3</sup>

Thitima Suklertrakul, Ph.D. (Nursing)<sup>2</sup>

Nethong Namprom, Ph.D. (Nursing)<sup>3</sup>

Received: July 3, 2024

Revised: November 15, 2024

Accepted: November 20, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของบิดา การรับรู้ความสามารถของบิดา และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลนครพนม รวมจำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาและทารกเกิดก่อนกำหนด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของบิดา มีค่าความเชื่อมั่น .72 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดา มีค่าความเชื่อมั่น .90 และ

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>\*</sup> Master's Thesis of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

<sup>1</sup> มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>1</sup> Master, Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

<sup>1</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Ratiporn.bua@gmail.com

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

<sup>2</sup> Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

<sup>3</sup> Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

แบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีค่าความเชื่อมั่น .94 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์อีต้า ( $\eta$ ) และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า บิดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 58.80 ระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\eta = .726, p < .01$ ;  $\eta = .757, p < .05$  และ  $r = .407, p < .001$  ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดควรมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้บิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคม  
คำสำคัญ: บิดาของทารกเกิดก่อนกำหนด การมีส่วนร่วมของบิดา การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด  
หออภิบาลทารกแรกเกิด การรับรู้ความสามารถของบิดา การสนับสนุนทางสังคมของบิดา

### Abstract

This descriptive correlational research aimed to explore father involvement in caring for preterm infants and to study the relationship among the personal data of fathers, father sense of competence, father social support, and father involvement in caring for preterm infants. The participants were 85 fathers of preterm infants admitted to the neonatal care unit at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital; the Health Promotion Center Region 1, Chiang Mai; Chiang Rai Prachanukroh Hospital; and Nakhon Phanom Hospital. The research instruments consisted of the personal data of fathers and preterm infants record form, the father sense of competence questionnaire with a reliability of .72, the father social support of preterm infants questionnaire with a reliability of .90, and the father involvement of preterm infants care questionnaire with a reliability of .94. Data were collected from July to October 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Eta correlation, and Pearson's product-moment correlation.

The research results revealed that 58.80% of fathers perform overall father involvement in caring for preterm infants at a moderate level. Education level, income, and father social support were positively statistically significantly related to father involvement in caring for preterm infants ( $\eta = .726, p < .01$ ;  $\eta = .757, p < .05$ ; and  $r = .407, p < .001$ , respectively).

This research suggests that nurses in neonatal care unit should appropriately encourage father involvement in caring for preterm infants and father social support.

**Keywords:** Father of preterm infants, Father involvement, Caring for preterm infants, Neonatal care unit, Father sense of competence, Father social support

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยพบอัตราการเกิดก่อนกำหนดของทารกเพิ่มขึ้นร้อยละ 5-18 ของจำนวนทารกที่เกิดทั้งหมด โดยมากกว่าร้อยละ 60 ของทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในแถบประเทศแอฟริกาและเอเชียใต้ (World Health Organization, 2018) สำหรับในประเทศไทย ยังไม่พบรายงานสถิติการเกิดก่อนกำหนด พบเพียงข้อมูลการเกิดก่อนกำหนดที่สัมพันธ์กับสถิติการเกิดของทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จากข้อมูลทางสถิติในช่วงปี พ.ศ. 2561-2563 พบอัตราการเกิดของทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 10.92, 9.92 และ 9.52 ของทารกเกิดมีชีพทั้งหมด ตามลำดับ (กรมอนามัย, 2564) ซึ่งมีอัตราการเกิดสูงกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่กำหนดเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 7 ของทารกเกิดมีชีพ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การเกิดก่อนกำหนดของทารกส่งผลกระทบต่อตัวทารก ซึ่งจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะทารกที่เกิดเมื่ออายุครรภ์น้อยและมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ อาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (Lissauer, Fanaroff, Miall, & Fanaroff, 2020) ทารกต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยทันทีหลังเกิด ต้องแยกจากบิดา ทำให้การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างทารกกับบิดาไม่ต่อเนื่อง (Koliouli, Gaudron, & Raynaud, 2016) บิดาเกิดความรู้สึกสูญเสีย แยกแยก กังวล และเครียด (Noergaard,

Ammentorp, Garne, Fenger-Gron, & Kofoed, 2018) ซึ่งเป็นประสบการณ์ทางลบที่อาจมีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาขณะทารกได้รับการรักษาในโรงพยาบาลได้

การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การมีกิจกรรมในการดูแลทารก เช่น การสัมผัสทารก การอุ้ม การพูดคุย การเปลี่ยนผ้าอ้อมและเสื้อผ้า การอาบน้ำ การเข้าเยี่ยมอาการทารก การสอบถามการดูแล การสนับสนุนด้านการเงิน (Clarkson, Gilmer, Moore, Dietrich, & McBride, 2019) ซึ่งส่วนใหญ่เน้นที่บทบาทของมารดา เนื่องจากสังคมคาดหวังว่าบทบาทของบิดาคือการทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัว (Noergaard et al., 2018) รวมถึงบิดารู้สึกว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกคือการเป็นผู้สนับสนุนทางการเงินและการให้ความยินยอมในเอกสารอนุญาตให้การดูแลรักษาทารก (Adama, Sundin, & Bayes, 2017) ทำให้การศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดามีค่อนข้างจำกัด ทั้งที่บิดาก็มีส่วนสำคัญต่อกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกและมีความต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด (ยศวิมล ถิ่นทิพย์, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, 2560)

การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารก ตามแนวคิดของ Lamb (2000) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้ามามีปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การที่บิดาเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับดูแลบุตรโดยตรง 2) การเอื้อให้สามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการ หมายถึง การที่บิดาให้เวลา มีความพร้อมในการเข้าร่วมทำกิจกรรมหรือดูแลบุตรทันที และ 3) การแสดงความรับผิดชอบ หมายถึง การที่บิดาหา

ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตร การให้ทรัพยากรสนับสนุน และการดูแลจัดการให้มีความพร้อมในการดำรงชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดา ได้แก่ อายุ โดยบิดาที่มีอายุน้อยจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกมากกว่าเมื่อเทียบกับบิดาที่มีอายุมาก (Clarkson et al., 2019) ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว โดยบิดาที่มีระดับการศึกษาสูงและมีรายได้ของครอบครัวมากจะเข้ามามีส่วนร่วมในระยะหลังบุตรเกิดมาก (แสงเดือนศิริพร, นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรง, 2563) 2) ปัจจัยด้านบิดา คือ การรับรู้ความสามารถของบิดา โดยบิดาที่รับรู้ความสามารถของตนเองมากจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกมาก (Clarkson et al., 2019) และ 3) ปัจจัยด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม โดยบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะเข้ามามีส่วนร่วมในระยะหลังบุตรเกิดมาก (แสงเดือนศิริพร และคณะ, 2563) โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าว เนื่องจากอาจมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

การรับรู้ความสามารถของบิดา ตามแนวคิดของ Gibaud-Wallston (1977) หมายถึง การที่บิดาตัดสินใจเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องการมีส่วนร่วมในการดูแลทารก ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้ด้านทักษะหรือความรู้ และ 2) การรับรู้ด้านคุณค่าการเป็นบิดาหรือความพอใจในบทบาทการเป็นบิดา โดยบิดาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะเกิดความมั่นใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (Clarkson et al., 2019) ทำให้บิดาสามารถให้การตอบสนองการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้อง

การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดทางจิตสังคมของ House (1981) หมายถึง การให้ทรัพยากรสนับสนุน

แก่บุคคล การสื่อสารอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่านั้น เช่น การแสดงความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง โดยการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บิดาต้องการการสนับสนุนข้อมูลแผนการรักษาทารก สนับสนุนให้เข้าเยี่ยมทารก ความสะดวกสบายในการเข้าเยี่ยม การอนุญาตให้มีส่วนร่วมในระยะแรกจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการสอนและการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลทารกจากมารดา หรือจากกลุ่มบิดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยกัน (Kim, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดพบว่า การศึกษาในต่างประเทศเป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของบิดาในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Adama et al., 2017) และพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด คือ อายุของบิดา และการรับรู้ความสามารถของบิดาในการดูแลทารก (Clarkson et al., 2019) แต่ด้วยความแตกต่างด้านความเชื่อ วัฒนธรรม และระบบการรักษายาบาล การนำผลการศึกษามาใช้ อาจไม่สอดคล้องหรือเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย สำหรับการศึกษานในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษามีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีหน้าที่ควรศึกษา เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการวางแผนการส่งเสริมให้บิดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อทารกต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของบิดา การรับรู้ความสามารถของบิดา และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

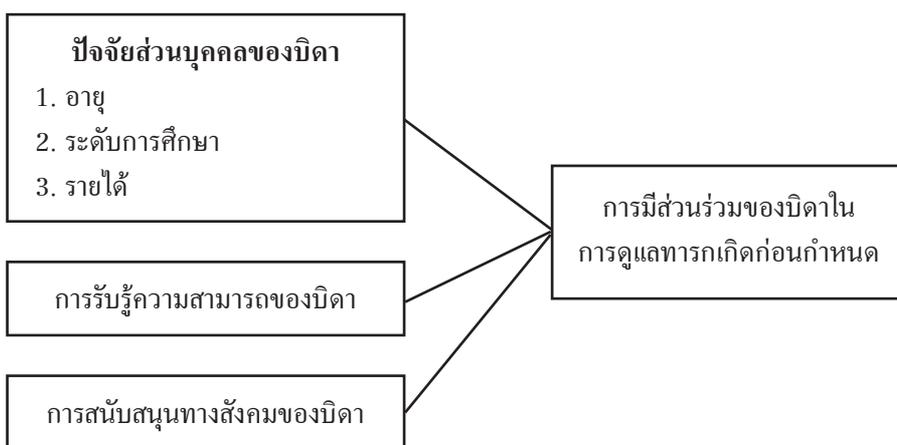
### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดา การรับรู้ความสามารถของบิดา และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยใช้แนวคิดของ Lamb (2000) และ

การทบทวนวรรณกรรม ซึ่งการมีส่วนร่วมของบิดาเป็นการปฏิบัติของบิดาในการเข้ามาช่วยเหลือและสนับสนุนการดูแลทารก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีปฏิสัมพันธ์ 2) การเอื้อให้สามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการ และ 3) การแสดงความรับผิดชอบ โดยปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ 2) ปัจจัยด้านบิดา คือ การรับรู้ความสามารถของบิดา ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Gibaud-Wallston (1977) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ ด้านทักษะหรือความรู้ และด้านคุณค่าการเป็นบิดาหรือความพอใจในบทบาทการเป็นบิดา ซึ่งทำให้บิดาตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และ 3) ปัจจัยด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคมของบิดา ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร หากบิดารับรู้ว่ามีบุคคลที่เกี่ยวข้องให้ความช่วยเหลือ อาจทำให้บิดามีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดของโรงพยาบาล 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 และ 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด) และโรงพยาบาลนครพนม (หอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18–60 ปี 2) บุตรเกิดก่อนกำหนดมีอายุหลังเกิด 3 วันขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดทันทีหลังเกิด โดยไม่มีความพิการแต่กำเนิด ไม่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีวิต และไม่มีความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด 3) สามารถฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางสำเร็จรูป โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน (Burns & Grove, 2009) เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากร

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร จำนวนครั้งของการเข้าเยี่ยมทารก และประสบการณ์การมีบุตรเกิดก่อนกำหนดและรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 9 ข้อ และข้อมูลส่วนบุคคลของ

ทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุครรภ์แรกเกิด อายุหลังเกิด น้ำหนักแรกเกิด น้ำหนักปัจจุบัน การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของบิดา (the Parenting Sense of Competence Scale in fathers [PSOC]) ของตติรัตน์ สุวรรณสุจริต, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์, Nan Gaylord, และปัญญารัตน์ ลากวงศ์วัฒนา (Suwansujarid, Vatanasomboon, Gaylord, & Lapvongwatana, 2013) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibaud-Wallston and Wandersman (1978) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ การรับรู้ด้านทักษะหรือความรู้ จำนวน 8 ข้อ และการรับรู้ด้านคุณค่าการเป็นบิดาหรือความพอใจในบทบาทการเป็นบิดา จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 1–6 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความสามารถในระดับต่ำ (15.00–40.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (40.01–65.00 คะแนน) และในระดับสูง (65.01–90.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของศุภกร ไชยนา, นันทพร แสนศิริพันธ์, และกรรณิการ์ กันระรักษา (2558) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) แบ่งออก

เป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 18 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เป็นจริงเลย เป็นจริงเล็กน้อย เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงส่วนมาก และเป็นจริงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนในระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดา ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอดของศุภกร ไชยนา และคณะ (2558) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lamb (2000) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ จำนวน 9 ข้อ ด้านการเอื้อให้สามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการ จำนวน 6 ข้อ และด้านการแสดงความรับผิดชอบ จำนวน 11 ข้อ รวมจำนวน 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่ตรงกับ การกระทำ ตรงกับการกระทำเล็กน้อย ตรงกับการกระทำปานกลาง และตรงกับการกระทำมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมในระดับน้อย (26-52 คะแนน) ในระดับปานกลาง (53-78 คะแนน) และในระดับมาก (79-104 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนด และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิด

ก่อนกำหนด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยกุมารแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด (2 คน) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านทารกแรกเกิด พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกแรกเกิด และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93, .96 และ .95 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับบิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .72, .90 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 007/2565 วันที่ 24 มกราคม 2565) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชุดที่ 5 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 053/65COA-NUR007/65 วันที่ 24 มกราคม 2565) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 13/2565 วันที่ 3 มีนาคม 2565) คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (เอกสารรับรอง เลขที่ ชร 0032.102/วิจัย/EC 283 วันที่ 12 เมษายน 2565) และคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครพนม (เอกสารรับรอง เลขที่ NP-EC11-No. 7/2565 วันที่ 22 มีนาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เข้าพบหัวหน้างานฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหออภิบาลทารกแรกเกิดแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก โรงพยาบาลนครพนม ที่ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัย แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 2 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล (ผู้วิจัยดำเนินการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่) โดยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ดูข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนดจากเวชระเบียนพร้อมบันทึกในแบบบันทึก จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกแบบสอบถาม และแบบประเมิน โดยใช้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม 2565

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา และทารกเกิดก่อนกำหนด ข้อมูลการรับรู้ความสามารถของบิดา ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของบิดา และข้อมูลการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาในเรื่องระดับการศึกษา และรายได้ กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์อันดับ (eta;  $\eta$ ) ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของ

บิดาในเรื่องอายุ การรับรู้ความสามารถของบิดา และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา พบว่า บิดามีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.41 โดยมีอายุเฉลี่ย 32.96 ปี ( $SD = 7.11$ ) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.12 มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.47 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.76 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 87.06 มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 51.76 มีบุตรจำนวน 1 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.88 ส่วนใหญ่มีการเข้าเยี่ยมทารกอยู่ในช่วง 1-10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 92.94 โดยมีการเข้าเยี่ยมเฉลี่ย 4.44 ครั้ง ( $SD = 7.02$ ) และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การมีบุตรเกิดก่อนกำหนดและรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด คิดเป็นร้อยละ 89.41

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.82 อายุครรภ์แรกเกิดอยู่ในช่วง 34-36 สัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.76 โดยมีอายุครรภ์แรกเกิดเฉลี่ย 32.93 สัปดาห์ ( $SD = 3.25$ ) ส่วนใหญ่มีอายุหลังเกิดอยู่ในช่วง 1-10 วัน คิดเป็นร้อยละ 81.18 โดยมีอายุหลังเกิดเฉลี่ย 10.09 วัน ( $SD = 12.87$ ) มีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 1,500-2,499 กรัม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.76 โดยมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,902.26 กรัม ( $SD = 676.52$ ) มีน้ำหนักปัจจุบันอยู่ในช่วง 1,500-2,499 กรัม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.23 โดยมีน้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 1,947.12 กรัม ( $SD = 649.71$ ) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก/ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวใน

ทารกแรกเกิด คิดเป็นร้อยละ 72.94 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน คือ การรักษาอุณหภูมิร่างกายในตู้อบ คิดเป็นร้อยละ 67.06 และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 1-14 วัน คิดเป็นร้อยละ 83.53 โดยมีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานเฉลี่ย 10.09 วัน ( $SD = 12.87$ )

3. การรับรู้ความสามารถของบิดา พบว่า บิดาส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 75.29 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถโดยรวมในระดับปานกลาง ( $M = 60.31, SD = 11.66$ )

4. การสนับสนุนทางสังคมของบิดา พบว่า บิดาส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 70.59 และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก ( $M = 3.99, SD = .65$ )

5. การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า บิดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวมในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.82 และมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวมในระดับปานกลาง ( $M = 72.74, SD = 14.24$ ) เมื่อจำแนกเป็น

รายด้าน พบว่า บิดาส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 65.88 ( $M = 17.56, SD = 7.59$ ) มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการเอื้อให้สามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.82 ( $M = 16.65, SD = 4.54$ ) และส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการแสดงความรับผิดชอบในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.06 ( $M = 38.53, SD = 6.32$ )

6. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา (อายุ ระดับการศึกษา และรายได้) การรับรู้ความสามารถของบิดา และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\eta = .726, p < .01$ ;  $\eta = .757, p < .05$  และ  $r = .407, p < .001$  ตามลำดับ) แต่อายุ และการรับรู้ความสามารถของบิดา ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา (อายุ ระดับการศึกษา และรายได้) การรับรู้ความสามารถของบิดา และการสนับสนุนทางสังคมของบิดา กับการมีส่วนร่วมของบิดา ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (n = 85)

ปัจจัย	การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	
	$\eta$	$p$
ระดับการศึกษา	.726	.003
รายได้	.757	.033
	r	p
อายุ	.029	.790
การรับรู้ความสามารถของบิดา	.074	.502
การสนับสนุนทางสังคมของบิดา	.407	< .001

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า บิดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยรวมในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 58.82) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า บิดาส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในระดับน้อย (ร้อยละ 65.88) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แม้ว่าบิดาจะได้เข้าเยี่ยมทารกด้วยตนเอง โดยมีการเข้าเยี่ยมเฉลี่ย 4.44 ครั้ง ระยะเวลาในการเข้าเยี่ยมแต่ละครั้งประมาณ 10 นาที แต่บิดาถูกจำกัดการมีส่วนร่วมในการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับทารกในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เพื่อป้องกันการติดเชื้อสู่ทารก ซึ่งระดับของการจำกัดขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละโรงพยาบาล โดยการศึกษาของ Adama et al. (2022) พบว่ามีการจำกัดการเข้าเยี่ยมและการให้ปฏิสัมพันธ์กับทารก สูงถึงร้อยละ 82.40 สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลที่ศึกษาที่มีนโยบายจำกัดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดากับทารกโดยตรง หรืออนุญาตให้มารดาเข้าเยี่ยมทารกเพียงคนเดียว นอกจากนี้ บิดาส่วนใหญ่

ไม่มีประสบการณ์การมีบุตรเกิดก่อนกำหนดและรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (ร้อยละ 89.41) ซึ่งการเกิดก่อนกำหนดของทารกเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดไว้ มีผลโดยตรงทั้งต่อทารกและครอบครัว (Ionio, Mascheroni, Colombo, Castoldi, & Lista, 2019) อาจมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกโดยตรง รวมถึงการที่ทารกส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก/ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (ร้อยละ 72.94) และได้รับการรักษาอุณหภูมิร่างกายในตู้อบ (ร้อยละ 67.06) แสดงให้เห็นว่า อาการของทารกส่วนใหญ่ยังไม่คงที่ หรือมีอาการที่ไม่แน่นอนที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ จึงอาจทำให้บิดาไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Sarapat, Fongkaew, Jintrawet, Mesukko, & Ray, 2017)

ผลการวิจัยพบว่า บิดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการเอื้อให้สามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการในระดับมาก เพียงร้อยละ 38.82 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดาเข้าเยี่ยมทารกเฉลี่ย 4.44 ครั้ง และระยะเวลาในการเข้าเยี่ยมแต่ละครั้งประมาณ 10 นาที

โดยเข้าเยี่ยมชมทารกด้วยตนเอง และเยี่ยมชมทารกผ่านทางวิดีโอคอล ซึ่งในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลให้เกิดนโยบายการจำกัดผู้ปกครองในการเข้าเยี่ยมชมทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยอนุญาตให้มารดาเข้าเยี่ยมได้ทุกครั้ง แต่บิดาเข้าเยี่ยมด้วยตนเองในครั้งแรก จากนั้นจะเป็นการเยี่ยมชมผ่านทางวิดีโอคอลหรือทางโทรศัพท์ โดยเยี่ยมชมตามเวลาที่กำหนด และใช้เวลาประมาณ 10 นาที สอดคล้องกับการศึกษาของ Adama et al. (2022) ที่พบว่า บิดาของทารกถูกจำกัดการเข้าหออภิบาลทารกแรกเกิดในหลายระดับ โดยบิดาที่เคยมีประสบการณ์การถูกจำกัดแบบบางส่วน กล่าวคือ ถูกจำกัดการเข้าเยี่ยม ถูกจำกัดการเข้าถึงข้างเตียงทารก หรือให้มีผู้ปกครองเพียงคนเดียวที่สามารถเข้าเยี่ยมได้ ทำให้บิดาเกิดประสบการณ์ความรู้สึกลบ และเกิดความเครียดมากกว่ากลุ่มอื่นๆ อาจทำให้การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกลดลง

ผลการวิจัยพบว่า บิดาส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการแสดงความรับผิดชอบในระดับมาก (ร้อยละ 87.06) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดามีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด (ร้อยละ 34.12) ซึ่งถือเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ด้วยตนเองในระดับสูง (คณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษา, 2565) ทำให้เกิดการแสวงหาข้อมูลการดูแลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือจากแหล่งต่างๆ ในการรับรู้อาการทารก รวมถึงการที่บิดามีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด (ร้อยละ 31.76) จึงสามารถดูแลช่วยเหลือด้านทรัพยากรต่างๆ ระหว่างทารกรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ยังพบว่า ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว ถึงร้อยละ 51.76 แสดงให้เห็นว่า บิดาอาจเป็นผู้นำครอบครัวที่ต้องการแสดงความรับผิดชอบในการดูแลทารก และมีอำนาจการตัดสินใจในเรื่องสำคัญภายในครอบครัวโดยเฉพาะในภาวะคับขัน เช่น การที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย (ปริศนา กาญจนกันทร และ สุพรรณณี ไชยอำพร, 2562)

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า บิดาที่มีการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น จะมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดามีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด (ร้อยละ 34.12) ซึ่งเป็นระดับการศึกษาที่มีความรู้ความสามารถระดับสูง เน้นทักษะด้านวิชาการและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสาขานั้นๆ เพื่อนำไปสู่การประยุกต์ใช้เป็นนักปฏิบัติการที่ดีและสร้างสรรค์ (คณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษา, 2565) ทำให้บิดามีความพร้อมในการเรียนรู้ และมีการพัฒนาความรู้และบทบาทในการเป็นบิดาที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน ศิริพร และคณะ (2563) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของบิดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังบุตรเกิด

ผลการวิจัยพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า บิดาที่มีรายได้มาก จะมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดามีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด (ร้อยละ 31.76) โดยมีอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย มากที่สุด (ร้อยละ 36.47) ซึ่งการมีรายได้ที่เพียงพอต่อครอบครัวจะสามารถสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นแก่ทารกขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Adama et al., 2017) และสามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนทางการเงินได้ (Clarkson et al., 2019) ทำให้บิดาเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมในการดูแลทารก ร่วมกับบทบาทของบิดาที่ถูกคาดหวังให้เป็นผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัว (Noergaard et al., 2018) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน ศิริพร และคณะ (2563) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังบุตรเกิด และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลัง

บุตรเกิดได้

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของบิดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า บิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของ House (1981) โดยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ทั้งจากภรรยา มารดาของตนเอง และบุคลากรทางการแพทย์ โดยบิดาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 87.06) และมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยายสูงถึงร้อยละ 48.24 ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสทำให้เกิดความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีความพึงพอใจต่อกัน พยายามช่วยเหลือกัน และหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยบิดาที่ได้รับการสนับสนุนจะได้รับความรู้สึกไว้วางใจจากมารดาและบุคลากรทางการแพทย์ เกิดความมั่นใจในบทบาทการเป็นบิดา (Bry & Wigert, 2019) และเกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกหลังเกิดร่วมกับมารดามากขึ้น การสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น การสนับสนุนให้บิดามีเวลาอยู่กับทารก มีการแสดงความรับผิดชอบต่อทารก (Bry & Wigert, 2019) รวมทั้งการที่บุคคลใกล้ชิดพร้อมที่จะช่วยเหลือแบ่งเบาภาระในด้านต่างๆ เช่น ด้านการเงิน ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร บิดาได้รับคำแนะนำ ข้อมูลต่างๆ ในการดูแลทารก รวมถึงการปฏิบัติตัว จากบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ โดยบิดาได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องกับทารกและความรู้สึกไม่แน่นอนทางอารมณ์ (Hearn, Clarkson, & Day, 2020) เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจหรือการจัดการกับปัญหาระหว่างทารกได้รับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด สำหรับการสนับสนุนด้านการประเมินค่า บิดาได้รับข้อมูลย้อนกลับ การยอมรับ ความไว้วางใจ และการยกย่องชมเชยจากบุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะภรรยา นำไปสู่การประเมินคุณค่าหรือบทบาทการเป็น

บิดาของตนอย่างมาก ทำให้เกิดการประเมินตนเองนำไปสู่พฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมในการดูแลทารกขณะรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิดมากขึ้น (Kim, 2018) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน ศิริพร และคณะ (2563) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของบิดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังบุตรเกิด และสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังบุตรเกิดได้

ผลการวิจัยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดามีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 49.41) โดยมีอายุเฉลี่ย 32.96 ปี และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การมีบุตรเกิดก่อนกำหนดและรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (ร้อยละ 89.41) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความสามารถในการจัดการรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หรืออาจขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่บิดาแต่ละคนเผชิญอยู่ (Koliouli et al., 2016) โดยทารกเกิดก่อนกำหนดแต่ละรายจะได้รับการรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันไป

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของบิดาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ทั้งนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ด้านนี้ได้แก่ การที่บิดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในระดับน้อย ซึ่งเป็นผลจากนโยบายการเข้าเยี่ยมของโรงพยาบาลในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทำให้บิดาไม่สามารถเข้าเยี่ยมทารกได้ จึงทำให้การรับรู้ความสามารถของบิดาในด้านความมั่นใจในบทบาทการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด เช่น การพูดคุย เล่น สัมผัส การอาบน้ำเช็ดตัว การช่วยเหลือให้นมทารก มีระดับน้อยลง (Clarkson et al., 2019) ประกอบกับการที่บุตรเกิดก่อนกำหนดและต้องรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดเป็นเหตุการณ์ที่ไม่เคยพบมาก่อน จึงอาจมีผลกระทบ

ต่อการเปลี่ยนผ่านบทบาทหน้าที่ของการเป็นบิดาได้ (Ionio et al., 2019) ร่วมกับสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลทารกแรกเกิด อาการของทารกที่ยังไม่คงที่ อาจทำให้บิดาไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล (Sarapat et al., 2017) สอดคล้องกับแนวคิดของ Gibaud-Wallston (1977) ที่กล่าวว่า บิดาจะเกิดการรับรู้คุณค่าการเป็นบิดาหรือความพึงพอใจในบทบาทการเป็นบิดาหลังจากได้เผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ตนได้พบ โดยประสบการณ์ที่บิดาได้พบอาจแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของอาการทารก ซึ่งอาจทำให้ระดับการรับรู้ความสามารถของบิดาลดลง และส่งผลต่อพฤติกรรม การแสดงออกในการมีส่วนร่วมของบิดา

#### ข้อเสนอแนะ

##### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดควรมีการวางแผนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้บิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ

##### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกในบิดากลุ่มอื่นๆ เช่น บิดาของทารกครบกำหนด ที่เข้ารับการรักษามในหออภิบาลทารกแรกเกิด บิดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ทารกจำหน่ายจากโรงพยาบาล 6-8 สัปดาห์

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยคัดสรรตัวแปรระดับการศึกษา รายได้ การสนับสนุนทางสังคมของบิดา และตัวแปรอื่นๆ เช่น ความเครียด ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารก สัมพันธภาพในครอบครัว

#### เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2564). *อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low birth weight rate) ระดับเขตสุขภาพ*. สืบค้นจาก <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/lbwr?year=2020>
- คณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษา. (2565). *เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก <https://www.ops.go.th/th/ches-downloads/edu-standard/item/6942-2022-07-22-03-17-22>
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. สืบค้นจาก [http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180914162453\\_1\\_.pdf](http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180914162453_1_.pdf)
- ปริศนา กาญจนกันทร, และสุพรรณิ ไชยอำพร. (2562). *ตัวแบบความสัมพันธ์ในครอบครัวไทยยุคโลกาภิวัตน์. วารสารพัฒนาสังคม, 21(2), 164-175.*
- ยศวิมล ถิ่นทิพย์, วนิดา เสนะสุทธิพันธ์, และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. (2560). *การศึกษาเปรียบเทียบความต้องการ และการได้รับการตอบสนองความต้องการของบิดาทารกเกิดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษามในหออภิบาลทารกแรกเกิด ตามการรับรู้ของบิดาและพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 35(2), 15-27.*
- ศุภกร ไชยนา, นันทพร แสนศิริพันธ์, และกรรณิการ์ กันธะรักษา. (2558). *ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอด. พยาบาลสาร, 42(1), 85-96.*
- แสงเดือน ศิริพร, นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรวง. (2563). *ปัจจัยทำนายการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังบุตรเกิด. พยาบาลสาร, 47(1), 45-55.*

- Adama, E. A., Koliouli, F., Provenzi, L., Feeley, N., van Teijlingen, E., Ireland, J., ... Khashu, M. (2022). COVID-19 restrictions and psychological well-being of fathers with infants admitted to NICU – An exploratory cross-sectional study. *Acta Paediatrica*, *111*(9), 1771–1778. doi:10.1111/apa.16455
- Adama, E. A., Sundin, D., & Bayes, S. (2017). Ghanaian fathers' experiences of caring for preterm infants; A journey of exclusion. *Journal of Neonatal Nursing*, *23*(6), 275–281. doi:10.1016/j.jnn.2017.05.003
- Bry, A., & Wigert, H. (2019). Psychosocial support for parents of extremely preterm infants in neonatal intensive care: A qualitative interview study. *BMC Psychology*, *7*(1), 76. doi:10.1186/s40359-019-0354-4
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Clarkson, G., Gilmer, M. J., Moore, E., Dietrich, M. S., & McBride, B. A. (2019). Cross-sectional survey of factors associated with paternal involvement in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(21–22), 3977–3990. doi:10.1111/jocn.14981
- Gibaud-Wallston, J. (1977). *Self-esteem and situational stress: Factors related to sense of competence in new parents* (Doctoral dissertation). Nashville: George Peabody College for Teachers.
- Gibaud-Wallston, J., & Wandersman, L. P. (1978). *Development and utility of the parenting sense of competence scale*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Toronto.
- Hearn, G., Clarkson, G., & Day, M. (2020). The role of the NICU in father involvement, beliefs, and confidence: A follow-up qualitative study. *Advances in Neonatal Care*, *20*(1), 80–89. doi:10.1097/ANC.0000000000000665
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Ionio, C., Mascheroni, E., Colombo, C., Castoldi, F., & Lista, G. (2019). Stress and feelings in mothers and fathers in NICU: Identifying risk factors for early interventions. *Primary Health Care Research & Development*, *20*, e81. doi:10.1017/S1463423619000021
- Kim, H. N. (2018). Social support provision: Perspective of fathers with preterm infants. *Journal of Pediatric Nursing*, *39*, 44–48. doi:10.1016/j.pedn.2018.01.017
- Koliouli, F., Gaudron, C. Z., & Raynaud, J. P. (2016). Life experiences of French premature fathers: A qualitative study. *Journal of Neonatal Nursing*, *22*(5), 244–249. doi:10.1016/j.jnn.2016.04.003
- Lamb, M. E. (2000). The history of research on father involvement. *Marriage & Family Review*, *29*(2–3), 23–42. doi:10.1300/J002v29n02\_03
- Lissauer, T., Fanaroff, A. A., Miall, L., & Fanaroff, J. (Eds.). (2020). *Neonatology at a glance* (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.

- Noergaard, B., Ammentorp, J., Garne, E., Fenger-Gron, J., & Kofoed, P. E. (2018). Fathers' stress in a neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 18(5), 413–422. doi:10.1097/ANC.0000000000000503
- Sarapat, P., Fongkaew, W., Jintrawet, U., Mesukko, J., & Ray, L. (2017). Perceptions and practices of parents in caring for their hospitalized preterm infants. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 21(3), 220–233. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/78177/72323>
- Suwansujarid, T., Vatanasomboon, P., Gaylord, N., & Lapvongwatana, P. (2013). Validation of the Parenting Sense of Competence Scale in fathers: Thai version. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 44(5), 916–926. Retrieved from <https://www.tn.mahidol.ac.th/seameo/2013-44-5/21-5865.pdf>
- World Health Organization. (2018). *Survive and thrive: Transforming care for every small and sick newborn*. Retrieved from [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/care-small-sick-newborns-survive-thrive/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care-small-sick-newborns-survive-thrive/en/)
-

# ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา\*

## Factors Related to Practices in Transmission Prevention among Pulmonary Tuberculosis Patients in the Thai-Myanmar Border Area \*

โสภา แซ่ยั้ง, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)<sup>1</sup>

Sopha Saeyang, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control)<sup>1</sup>

พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)<sup>2</sup>

อะเคือ อุณหเลขกะ, ปร.ด. (ระบาดวิทยา)<sup>3</sup>

Pimpaporn Klunklin, Ph.D. (Nursing)<sup>2</sup>

Akeau Unahalekhaka, Ph.D. (Epidemiology)<sup>3</sup>

Received: July 3, 2024

Revised: November 30, 2024

Accepted: December 2, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค กับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการรักษา

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

<sup>1</sup> มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>1</sup> Master, Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

<sup>1</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: rungaanothai@gmail.com

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

<sup>2</sup> Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

<sup>3</sup> ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

<sup>3</sup> Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

ที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา จำนวน 99 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่นในชาวไทยและชาวเมียนมา .84 และ .80 แบบสอบถามการรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่นในชาวไทยและชาวเมียนมา .80 และ .81 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มีค่าความเชื่อมั่นในชาวไทยและชาวเมียนมา .73 และ .81 และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีค่าความเชื่อมั่นในชาวไทยและชาวเมียนมา .80 และ .81 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์อันดับ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยรวมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.90 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .231, p < .05$  และ  $r_s = .425, p < .001$  ตามลำดับ) การรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.318, p < .01$ )

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรช่วยลดปัญหาอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทุกครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัด และประเมินการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเป็นระยะ

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยวัณโรคปอด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ชายแดนไทย-เมียนมา

## Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine practices in transmission prevention and the relationship of personal factors, perceived benefits of practice, perceived barriers of practice, knowledge on transmission prevention, and practices in transmission prevention among pulmonary tuberculosis patients. The samples were 99 pulmonary tuberculosis patients who attended a tuberculosis clinic of a general hospital in the Thai-Myanmar border area. The research instruments included a personal information questionnaire, a perceived benefit of practice questionnaire with reliabilities in Thai and Myanmar of .84 and .80, a perceived barrier of practice questionnaire with reliabilities in Thai and Myanmar of .80 and .81, a knowledge on transmission prevention test with reliabilities in Thai and Myanmar of .73 and .81, and a practice in transmission prevention questionnaire with reliabilities in Thai and Myanmar of .80 and .81. Data were collected from August to October 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean,

standard deviation, Eta correlation, Pearson's product-moment correlation, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that most pulmonary tuberculosis patients perform overall practices in transmission prevention at a high level (86.90%). Perceived benefits of practice and knowledge on transmission prevention were positively statistically significantly related to practices in transmission prevention among pulmonary tuberculosis patients ( $r_s = .231, p < .05$  and  $r_s = .425, p < .001$ , respectively). Perceived barriers of practice was negatively statistically significantly related to practices in transmission prevention among pulmonary tuberculosis patients ( $r_s = -.318, p < .01$ ).

This research suggests that healthcare providers should reduce the perceived barriers of practice for pulmonary tuberculosis patients, provide knowledge on transmission prevention during the follow-up, and periodically assess the practices in transmission prevention.

**Keywords:** Pulmonary tuberculosis patients, Transmission prevention, Thai-Myanmar border

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศ เป็น 1 ใน 10 สาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2019 ทั่วโลกพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวน 10 ล้านคน คิดเป็นอุบัติการณ์ 132 คนต่อแสนประชากร (World Health Organization [WHO], 2020) ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2562 มีอัตราการค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 53 เป็นร้อยละ 80 (กรมควบคุมโรค, 2564) ทั้งนี้ ผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ชายแดน เป็นปัญหาหนึ่งในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของประเทศไทย จังหวัดตากมีชายแดนติดกับสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา ทำให้มีแรงงานจากเมียนมาเข้าออกจำนวนมาก การควบคุมแรงงานต่างด้าวไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับแรงงานต่างด้าวพักอาศัยอยู่กันอย่างแออัด มีพฤติกรรมความเป็นอยู่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ จึงเกิดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนในชุมชนได้ง่าย (อดิเรก พันเขียว, 2559)

โดยอำเภอแม่สอดพบอุบัติการณ์ของวัณโรคสูงถึง 164 คนต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่สูงที่สุดในจังหวัดตาก (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โดยในปี พ.ศ. 2562 และ 2563 อำเภอแม่สอดพบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ชาวไทย จำนวน 209 คน และ 210 คน ตามลำดับ และพบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ชาวต่างชาติ จำนวน 232 คน และ 263 คน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) อีกทั้งอัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จยังต่ำกว่าร้อยละ 85 โดยพบอัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จในชาวต่างชาติ ในปี พ.ศ. 2562 และ 2563 คิดเป็นร้อยละ 81.70 เท่ากัน และอัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จในชาวไทย คิดเป็นร้อยละ 83.60 เท่ากัน (กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก, 2565) ซึ่งอัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จที่ต่ำดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดการดื้อยาของเชื้อวัณโรค และมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นได้

เชื้อวัณโรคปอดสามารถแพร่กระจายผ่านทางอากาศจากคนสู่คน เมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเชื้อในเสมหะหรือมีผลการตรวจเสมหะเป็นบวกไอหรือจามโดยไม่ปิดปากและจาม บ้วนเสมหะตามท้องถิ่นที่มี

ผู้คนพลุกพล่าน ไม่สวมหน้ากากอนามัยขณะอยู่ใกล้ชิดหรือพูดคุยกับผู้อื่น และเดินทางไปมาระหว่างไทยกับเมียนมา ทำให้มีโอกาสที่จะขาดการรักษ อาศัยอยู่ในหอพักหรือห้องเช่าที่มีผู้อาศัยอยู่อย่างแออัดและการระบายอากาศไม่ดี (นิตินัย สิม่าปัน, 2559) ทำให้เชื้อสามารถอยู่ในอากาศได้นานถึง 30 นาที เมื่อผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหายใจเข้าอาจได้รับเชื้อเข้าไปในปอดและติดเชื้อได้ (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564)

การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการตรวจเสมหะเป็นบวกที่สำคัญคือ การรับประทานยาต้านวัณโรคตามแผนการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นโดยสวมหน้ากากอนามัย การหลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้อื่น การปิดปากและจมูกทุกครั้งขณะไอหรือจาม การจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยภายในบ้านหรือที่ทำงาน โดยเปิดประตูหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก นำเครื่องนอนผึ่งแดด (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021; WHO, 2019) รวมทั้งการจัดการกระดาษทิชชูที่ใช้แล้วโดยการเผาทุกวัน (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564) แต่การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า สิ่งที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดปฏิบัติไม่ถูกต้อง ได้แก่ รับประทานยาไม่เป็นเวลา ลืมรับประทานยา (นิสาร์ดีน คำด้วง และศุภวรรณ พงศ์พัฒนาวุฒิ, 2561) รับประทานยาสมุนไพรเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (Ato & Sis, 2019) ไม่สวมหน้ากากอนามัย (Genakama, Hidayati, & Hadisyatmana, 2019) ไม่ปิดปากและจมูกขณะไอหรือจาม อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แออัด ไม่เปิดประตูและหน้าต่างเพื่อระบายอากาศ (นิตินัย สิม่าปัน, 2559; Ato & Sis, 2019) และบ้านเสมหะลงบนพื้นดินบริเวณที่มีคนพลุกพล่าน (นิตินัย สิม่าปัน, 2559)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติจะต้องมีความเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น

โรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อตนเอง ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีโดยไม่มีปัญหาอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย การเจ็บป่วย ซึ่งองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และปัจจัยร่วม ดังการศึกษาการปฏิบัติ การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ปัญหาอุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (สุมาพร กลัดเข็มเพชร, 2554) มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านวัณโรค (ทนันทพัทธ์ นาคนิกร, 2562) และมีความสัมพันธ์กับการรักษาวัณโรคปอด ขณะที่การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด (Gebremariam, Wolde, & Beyene, 2021; Tola, Karimi, & Yekaninejad, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา และการได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับวัณโรค มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการควบคุมวัณโรค (Huddart et al., 2018; Kigozi, Heunis, Engelbrecht, Janse van Rensburg, & van Rensburg, 2017) และความรู้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด (Kim & Yoo, 2019) ดังนั้น ปัจจัยเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลทั่วไปในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่เหมาะสมในผู้ป่วยวัณโรคปอดต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค กับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา

## สมมติฐานการวิจัย

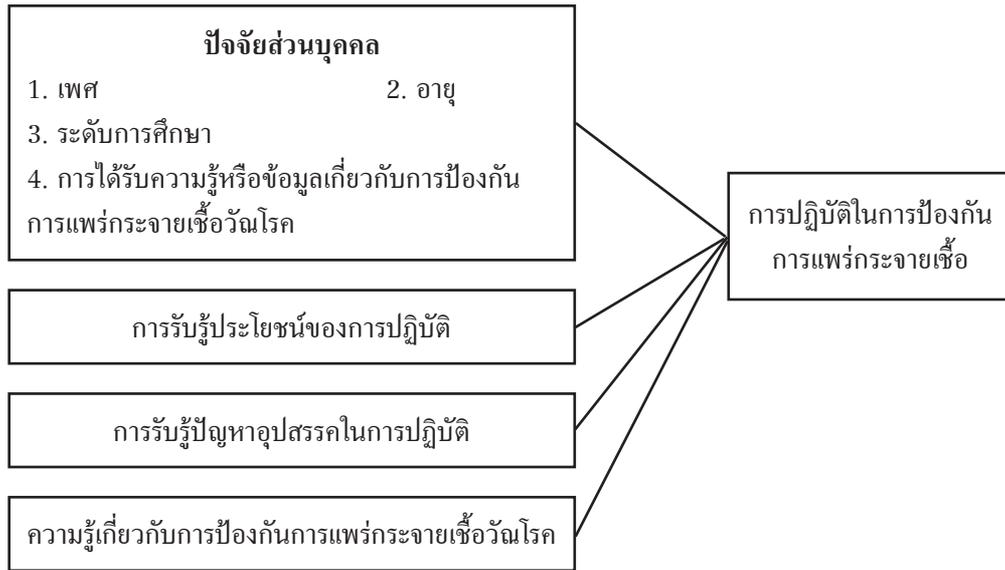
1. ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องเพศ ระดับการศึกษา และการได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา

2. ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา

3. การรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) ที่กล่าวถึงความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และปัจจัยร่วม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา และการได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ซึ่งเป็นตัวกำหนดให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีการปฏิบัติดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม และนำตัวแปรการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มาจากแนวทางการป้องกันและควบคุมวัณโรค ขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2019 แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) ค.ศ. 2021 และแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชนและครอบครัว ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2564 ประกอบด้วย การรับประทานยารักษาวัณโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น การจัดการสิ่งแวดล้อม และการจัดการขยะและการทำลายเชื้อ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดชาวไทยและชาวเมียนมาที่มารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยหรือภาษาเมียนมา 3) มีสติสัมปชัญญะดี และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่าการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 (Cohen, 1992) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 84 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบวัดไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 101 คน

เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ (ฉบับภาษาไทย และฉบับภาษาเมียนมา) มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และการได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ของประนอม นพคุณ (2551) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Becker (1974) ครอบคลุมการรับประทานยารักษาวัณโรค การรักษาวัณโรค การสวมหน้ากากอนามัย การแยกห้องนอนและการล้างมือ การกำจัดขยะ การเปิดประตูและหน้าต่างเพื่อระบาย

อากาศ การหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีคนแออัด และการปฏิบัติ ตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ และ ข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ (10.00-23.39 คะแนน) ในระดับปานกลาง (23.40-36.69 คะแนน) และในระดับสูง (36.70-50.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ปัญหาอุปสรรค ในการปฏิบัติกรป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยวัณโรค ของประนอม นพคุณ (2551) ที่ สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Becker (1974) ครอบคลุม การรับประทานยารักษาวัณโรค การรักษาวัณโรค เวลา ในการรับการรักษา ค่าใช้จ่าย การสวมหน้ากากอนามัย การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น การกำจัดเสมหะ การทำลายเชื้อโดยการต้ม และการแยกห้องนอน จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 2 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วน ข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ปัญหาอุปสรรคในระดับต่ำ (10.00-23.39 คะแนน) ในระดับปานกลาง (23.40-36.69 คะแนน) และในระดับสูง (36.70-50.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทาง การป้องกันและควบคุมวัณโรค ขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2019 แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

วัณโรคสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ของศูนย์ควบคุมและ ป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา ค.ศ. 2021 และแนวทาง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในชุมชนและ ครอบครัว ของกองวัณโรค กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2564 ครอบคลุมหนทางการแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ การจัดการสิ่งแวดล้อม การกำจัด เสมหะและการทำลายเชื้อ และการรับประทานยารักษา วัณโรค จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้ เลือกตอบว่าถูก ผิด หรือไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้ คะแนน คือ หากตอบว่าถูก ให้ 1 คะแนน และหาก ตอบว่าผิด หรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-11.99 คะแนน) ในระดับ ปานกลาง (12.00-15.99 คะแนน) และในระดับสูง (16.00-20.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ของประนอม นพคุณ (2551) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Becker (1974) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ด้านการจัดการขยะและ การทำลายเชื้อ ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม และด้าน การรับประทานยารักษาวัณโรค จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ได้ ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติในการป้องกันในระดับต่ำ (20.00-39.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (40.00-59.99 คะแนน) และในระดับสูง (60.00-80.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา แบบสอบถาม การรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกำรป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านไวรัสโคโรนา (2 คน) แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93, 1, .98 และ .94 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วทำการแปลจากภาษาไทยเป็นภาษาเมียนมา และการแปลย้อนกลับ โดยผ่านผู้แปล 3 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยไวรัสโคโรนาชาวไทยและชาวเมียนมา ที่มารับการรักษาที่คลินิกไวรัสโคโรนา โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (ชาวไทย 15 คน และชาวเมียนมา 15 คน) หากค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ๆ แบบสอบถามการรับรู้ปัญหาอุปสรรคๆ และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันๆ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าในชาวไทยเท่ากับ .84, .80 และ .80 ตามลำดับ และในชาวเมียนมาเท่ากับ .80, .81 และ .81 ตามลำดับ และหากค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ๆ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าในชาวไทยและชาวเมียนมาเท่ากับ .73 และ .81 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 033/2021 วันที่ 3 พฤษภาคม 2564) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา (เอกสารรับรอง เลขที่ 023/2564

วันที่ 1 กรกฎาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในพื้นที่ชายแดนไทย-เมียนมา เข้าพบหัวหน้าคลินิกไวรัสโคโรนา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกไวรัสโคโรนา ในวันและเวลาที่คลินิกเปิดทำการ (ทุกวันอังคาร เวลา 08.00-16.00 น.) แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ สำหรับกลุ่มตัวอย่างชาวเมียนมา ผู้วิจัยได้อธิบายผ่านล่าม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบวัด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม 2564

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องเพศ ระดับการศึกษา และการได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา กับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์อีตา (eta;  $\eta$ ) การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องอายุกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา กับ

การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ วิเคราะห์ ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูล มีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ทั้งนี้ได้รับแบบสอบถาม และแบบวัดที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 98.02

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56.56 มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.49 โดยมีอายุเฉลี่ย 44.58 ปี ( $SD = 13.50$ ) มีเชื้อชาติไทย คิดเป็นร้อยละ 55.55 มีการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.43 มีสถานภาพ สมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.56 มีอาชีพรับจ้าง ทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.40 และส่วนใหญ่ เคยได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อวัณโรค คิดเป็นร้อยละ 78.78

2. การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยรวม ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.90 และมีคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยรวม ในระดับสูง ( $M = 65.41, SD = 6.08$ ) เมื่อจำแนกเป็น รายด้าน พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่มีการปฏิบัติ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในระดับสูงทั้ง 4 ด้าน

ได้แก่ ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ไปสู่ผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 90.90 ด้านการจัดการขยะและการทำลาย เชื้อ คิดเป็นร้อยละ 63.64 ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม คิดเป็นร้อยละ 84.85 และด้านการรับประทานยารักษา วัณโรค คิดเป็นร้อยละ 88.89

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา และการได้รับความรู้หรือข้อมูล เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค) การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ปัญหาอุปสรรค ในการปฏิบัติ และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อวัณโรค กับการปฏิบัติในการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .231, p < .05$  และ  $r_s = .425, p < .001$  ตามลำดับ) การรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ ทางลบกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.318, p < .01$ ) แต่เพศ อายุ ระดับการศึกษา และการได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วย วัณโรคปอด ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา และการได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยไวรัสโคโรนา (n = 99)

ตัวแปร	การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	
	$\eta$	$p$
เพศ	.073	.929
ระดับการศึกษา	.196	.990
การได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา	.027	.899
	$r$	$p$
อายุ	.159	.116
	$r_s$	$p$
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	.231	.031
การรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ	-.318	.002
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา	.425	< .001

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยไวรัสโคโรนาส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยรวมในระดับสูง (ร้อยละ 86.90) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ผู้ป่วยไวรัสโคโรนาส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในระดับสูงทั้ง 4 ด้าน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยไวรัสโคโรนาส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา (ร้อยละ 78.78) โดยได้รับข้อมูลจากแพทย์พยาบาล รวมทั้งมีการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เข้าใจว่าต้องป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างไร จึงจะไม่แพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น ดังการศึกษาที่พบว่า การได้รับ

ข้อมูลเกี่ยวกับไวรัสโคโรนาที่ถูกต้องและชัดเจนจากแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยไวรัสโคโรนา จะช่วยให้ผู้ป่วยไวรัสโคโรนามีการปฏิบัติในการควบคุมไวรัสโคโรนาได้อย่างถูกต้อง (Kigozi et al., 2017) นอกจากนี้เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่สามารถแพร่กระจายเชื้อผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ และผ่านทางฝอยละออง น้ำมูก น้ำลาย ซึ่งส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ทำให้ประชาชนและผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคมายิ่งขึ้น โดยมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จากรัฐบาลประเทศไทย ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม การทำความสะอาดมือ การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น และการหลีกเลี่ยงการไปสถานที่ที่มีคนหนาแน่น ทำให้ผู้ป่วยไวรัสโคโรนามีการปฏิบัติในการสวมหน้ากากอนามัย การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิด

กับผู้อื่น และการทำความสะอาดมือมากขึ้น เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 จึงส่งผลต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสด้วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Malai and Malagi (2019) ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส เนื่องจากมีการรับรู้ต่อการรับประทุษร้ายรักษาวัณโรค และปฏิบัติตามสิ่งที่คิดว่าจะเป็นผลดีช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนใกล้ชิดและคนในชุมชน ตลอดจนการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลจะเลือกปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เมื่อบุคคลเชื่อว่าวิธีนั้นเป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และรับรู้ว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเองทางตรงหรือเกิดผลเสียทางอ้อม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Genakama et al. (2019) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรค โดยผู้ป่วยวัณโรคที่รับรู้ว่าการปิดปากและจุมกขณะไอหรือจาม การสวมหน้ากากอนามัย การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัว และการแยกห้องนอนกับคนในครอบครัวในระยะเวลาที่มีผลการตรวจเสมหะเป็นบวกจะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้คนในครอบครัวติดเชื้อ

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีการรับรู้ปัญหาอุปสรรคว่าเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ ความยากลำบากในการมาตรวจรักษา การกำจัดเสมหะ การแยกห้องนอนกับคนในครอบครัว การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อหน้ากากอนามัย และความไม่สบายใจจากการรับประทุษร้ายรักษาวัณโรค ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อลดลง ซึ่งพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรมหาแนวทางในการลดปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เช่น ช่วยคิดค้นนวัตกรรมในการกำจัดเสมหะที่พกพาได้สะดวก เพื่อลดความยุ่งยากในการหาสถานที่ในการกำจัดเสมหะ ให้ความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทุษร้ายรักษาวัณโรค การสนับสนุนหน้ากากอนามัย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) ที่กล่าวไว้ว่า หากบุคคลประเมินว่ามีสิ่งขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติมาก จะทำให้ยากต่อการปฏิบัติ ดังการศึกษาที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยวัณโรครับรู้ว่าการรับประทุษร้ายรักษาวัณโรคทำให้มีอาการข้างเคียงและเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาวัณโรคไม่ต่อเนื่อง (Tola et al., 2017) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Genakama et al. (2019) ที่พบว่า การรับรู้ปัญหาอุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัส

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอดมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับหนทางการแพร่กระจายเชื้อ การสวมหน้ากากอนามัย การปิดปากและจุมกเมื่อไอหรือจาม การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น การเปิดประตูและหน้าต่างให้อากาศ

ถ่ายเทได้สะดวก จะมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคที่ถูกต้องด้วย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Bloom (1956) ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ที่ดีเป็นพื้นฐานจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเอกพันธ์ คำภีระ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, และอะเคื่อ อูมলেখกะ (2564) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคปอดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2015) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคในประชาชน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา และการได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค) ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยไวรัสโรคปอด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยไวรัสโรคปอดทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความต้องการในการดูแลตนเองเหมือนกัน มีการหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและเข้าถึงข้อมูลได้ไม่แตกต่างกัน (นาตยา ดวงประทุม และเฟื่องฟ้า รัตนาคณหุตานนท์, 2562) โดยผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 49.49) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ และส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค (ร้อยละ 78.78) จึงเกิดการเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนและพัฒนาตัวเอง เมื่อมีการเจ็บป่วยจะรับรู้และมีความสนใจในการดูแลตนเอง และเรียนรู้ที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา การป้องกันและควบคุมโรค (Orem, 1995) ทำให้มีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gebremariam et al. (2021) ที่พบว่า เพศ อายุ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยารักษาไวรัสโรคในผู้ป่วยไวรัสโรคปอด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Malai and Malagi (2019) ที่พบว่า เพศ และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับ

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยไวรัสโรค

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรวางแนวทางในการลดปัญหาอุปสรรคในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เช่น สนับสนุนหน้ากากอนามัย แนะนำการจัดโซนแยกกับคนในครอบครัวในกรณีที่ไม่สามารถแยกห้องนอนได้ รวมทั้งควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทุกครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัด และมีการประเมินการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเป็นระยะ โดยการสอบถามหรือการสังเกต

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยไวรัสโรคไม่ปฏิบัติตามป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยลงไปหาสาเหตุโดยตรงจากสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย และสังเกตการจัดการสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค การจัดการขยะมูลฝอยและอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย ขณะที่ดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *กลุ่มรายงานมาตรฐานงานไวรัสโรค*. สืบค้นจาก [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=7a18700f863ca0f12e569688b0763db4](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=7a18700f863ca0f12e569688b0763db4)
- กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. (2565). *สถิติที่สำคัญ*. สืบค้นจาก <https://maesot.moph.go.th/site/page/VFhwblBRPT0=>
- กองไวรัสโรค กรมควบคุมโรค. (2564). *แนวทางการควบคุมไวรัสโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.

- ทนันพัทธ์ นาคนิกร. (2562). ความสัมพันธ์ของการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยวัณโรคต่อยาหลายขนานในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2557-2561. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 17(1), 72-80.
- นาดยา ดวงประทุม, และเฟื่องฟ้า รัตนาคณหุตานนท์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยขมิ้น อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 9(2), 53-67.
- นิตินัย สิม่าปัน. (2559). *ปฏิสัมพันธ์ทางพื้นที่และการแพร่ระบาดของวัณโรคบริเวณชายแดนไทย-เมียนมาร์ ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิสาร์ตัน คำด้วง, และศุภวรรณ พงษ์พัฒนานาฎ. (2561). ผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยวัณโรคปอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 10(2), 345-355.
- ประนอม นพคุณ. (2551). *ผลของการสอนด้วยสื่อประสมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคปอด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุมาพร กลัดเข็มเพชร. (2554). *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรค การตีตรา กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลตติยภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อดิเรก พันเจียว. (2559). การวิเคราะห์มาตรการป้องกันบรรเทาและแก้ไขผลกระทบ จากปัญหาแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*, 11(พิเศษ), 75-83.
- เอกพันธ์ คำภีระ, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, และอะเคือ อุดนเลขกะ. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดในชุมชน. *พยาบาลสาร*, 48(1), 174-186.
- Ato, M. L., & Sis, M. T. (2019). Assessment of knowledge, attitude and practice of tuberculosis transmission and prevention among tuberculosis patients at Kuyyu hospital, North Shoa Zone, Oromia Regional State, Ethiopia. *The Anatolian Journal of Family Medicine*, 2(3), 91-97. doi:10.5505/anatoljfm.2019.77487
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508. doi:10.1177/109019817400200407
- Bloom, B. S. (Ed.). (1956). *Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals - handbook 1: Cognitive domain*. New York: David McKay.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Questions and answers about tuberculosis*. Retrieved from [https://www.cdc.gov/tb/media/Question\\_Answers\\_About\\_TB\\_English.pdf](https://www.cdc.gov/tb/media/Question_Answers_About_TB_English.pdf)
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155

- Gebremariam, R. B., Wolde, M., & Beyene, A. (2021). Determinants of adherence to anti-TB treatment and associated factors among adult TB patients in Gondar city administration, Northwest, Ethiopia: Based on health belief model perspective. *Journal of Health, Population and Nutrition, 40*(1), 49. doi:10.1186/s41043-021-00275-6
- Genakama, A. T., Hidayati, L., & Hadisuyatmana, S. (2019). Prevention of TB transmission behavior with health promotion model. *Indonesian Journal of Community Health Nursing, 4*(2), 53–59. doi:10.20473/ijchn.v4i2.13056
- Huddart, S., Bossuroy, T., Pons, V., Baral, S., Pai, M., & Delavallade, C. (2018). Knowledge about tuberculosis and infection prevention behavior: A nine city longitudinal study from India. *PLoS One, 13*(10), e0206245. doi:10.1371/journal.pone.0206245
- Kigozi, N. G., Heunis, J. C., Engelbrecht, M. C., Janse van Rensburg, A. P., & van Rensburg, H. C. J. D. (2017). Tuberculosis knowledge, attitudes and practices of patients at primary health care facilities in a South African metropolitan: Research towards improved health education. *BMC Public Health, 17*(1), 795. doi:10.1186/s12889-017-4825-3
- Kim, Y. M., & Yoo, K. H. (2019). A correlational study on the knowledge, stress and self-care performance among tuberculosis patients. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education, 25*(3), 366–377. doi:10.5977/jkasne.2019.25.3.366
- Li, Z. T., Yang, S. S., Zhang, X. X., Fisher, E. B., Tian, B. C., & Sun, X. Y. (2015). Complex relation among health belief model components in TB prevention and care. *Public Health, 129*(7), 907–915. doi:10.1016/j.puhe.2015.04.008
- Malai, V., & Malagi, U. (2019). Knowledge and behavior among tuberculosis patients of Dharwad, Karnataka. *The Pharma Innovation Journal, 8*(2), 218–221. Retrieved from <https://www.thepharmajournal.com/archives/2019/vol8issue2/PartD/8-2-29-677.pdf>
- Orem, D. E. (1995). *Nursing concepts of practice* (5th ed.). Boston, MA: Mosby.
- Tola, H. H., Karimi, M., & Yekaninejad, M. S. (2017). Effects of sociodemographic characteristics and patients' health beliefs on tuberculosis treatment adherence in Ethiopia: A structural equation modelling approach. *Infectious Diseases of Poverty, 6*(1), 167. doi:10.1186/s40249-017-0380-5
- World Health Organization. (2019). *WHO guidelines on tuberculosis infection prevention and control: 2019 update*. Geneva: Author.

World Health Organization. (2020). *Global tuberculosis report 2020*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>

---

## ปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น\* Factors Predicting Fear of Childbirth among Adolescent Pregnant Women \*

นงลักษณ์ ปิ่นใหญ่, พย.ม. (การผดุงครรภ์) <sup>1</sup>

Nongluk Pinyai, M.N.S. (Midwifery) <sup>1</sup>

จิรวรรณ ดีเหลือ, วท.ด. (ระบาดวิทยาคลินิก) <sup>2</sup>

นันทพร แสนศิริพันธ์, พย.ด. (การพยาบาล) <sup>3</sup>

Jirawan Deeluea, Ph.D. (Clinical Epidemiology) <sup>2</sup>

Nantaporn Sansiriphun, Ph.D. (Nursing) <sup>3</sup>

Received: September 27, 2024

Revised: December 25, 2024

Accepted: December 26, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความกลัวการคลอดบุตร และปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการวางแผนการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลลำพูน รวมจำนวน 105 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .83 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .93 และแบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร มีค่าความเชื่อมั่น .92 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงเดือนมิถุนายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>\*</sup> Master's Thesis of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

<sup>1</sup> มหบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>1</sup> Master, Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

<sup>1</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: annykojung@gmail.com

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

<sup>2</sup> Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

<sup>3</sup> รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

<sup>3</sup> Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความกลัวการคลอดบุตรในระดับรุนแรง และระดับรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 36.19 และ 32.38 ตามลำดับ และมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดบุตรเท่ากับ 75.05 ( $SD = 17.53$ ) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก สามารถร่วมกันทำนายความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 15.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .154$ ,  $p < .001$ )

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรมีการประเมินความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในระยะตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม เพื่อลดความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

**คำสำคัญ:** ความกลัวการคลอดบุตร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การวางแผนการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

### Abstract

This predictive correlational research aimed to explore the fear of childbirth and the predicting factors among adolescent pregnant women including self-esteem, social support, and planned pregnancy. The samples were 105 adolescent pregnant women who attended the antenatal clinic at Health Promotion Center Region 1, Chiang Mai, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province, Lamphun Hospital, and Lamphun Hospital. The research instruments included a personal data questionnaire, the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) with a reliability of .83, a social support questionnaire with a reliability of .93, and the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DQE) Version A with a reliability of .92. Data were collected from November 2021 to June 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, interquartile range, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that adolescent pregnant women had fear of childbirth at high and very high levels, 36.19% and 32.38%, respectively, and the mean score was 75.05 ( $SD = 17.53$ ). Self-esteem and high social support could statistically significantly predict the fear of childbirth among adolescent pregnant women at 15.40% ( $R^2 = .154$ ,  $p < .001$ ).

This research suggests that healthcare providers should assess fear of childbirth among adolescent pregnant women as well as appropriately promote self-esteem and social support during pregnancy. This will help reduce the fear of childbirth among adolescent pregnant women.

**Keywords:** Fear of childbirth, Self-esteem, Social support, Planned pregnancy, Adolescent pregnant women

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความกลัวการคลอดบุตร เป็นการตอบสนองด้านอารมณ์และความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์ที่เฉพาะเจาะจงกับการคลอด แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ กลัวในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น และกลัวในสิ่งที่เกิดขึ้นแล้ว โดยความกลัวในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นเกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้สึกไม่แน่นอน และมีความหวาดหวั่นใจต่อสถานการณ์การคลอดบุตรที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่รู้ไม่สามารถควบคุมและหลีกเลี่ยงได้ (Wijma, Wijma, & Zar, 1998) มักเป็นความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดในหญิงตั้งครรภ์แรก มีสาเหตุจากความกลัวการเจ็บครรภ์คลอด ความกลัวการสูญเสียความสามารถของตนเอง และความกลัวว่าจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในระยะคลอด (Saisto, Ylikorkala, & Halmesmäki, 1999) ส่วนความกลัวในสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วเกิดจากการรับรู้โดยตรงจากประสบการณ์ทางลบระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดที่ผ่านมา ส่งผลให้เกิดความกลัวว่าจะเกิดเหตุการณ์ซ้ำในครรภ์ถัดไป (Wijma et al., 1998) มักเป็นความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดในหญิงตั้งครรภ์หลัง มีสาเหตุจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์หรือขณะคลอด การบาดเจ็บและความเจ็บปวดทุกข์ทรมานในการคลอดครั้งก่อน ทารกได้รับบาดเจ็บหรือเสียชีวิตตั้งแต่แรกเกิดหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (Bryanton, Beck, & Morrison, 2022)

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (World Health Organization, 2020) ซึ่งมักมีความกลัวการคลอดบุตรจากการคาดเดาหรือการจินตนาการมากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังขาดวุฒิภาวะทางจิตใจ อารมณ์สังคม และสติปัญญา รวมทั้งขาดความอดทน ควบคุมตนเองได้น้อย มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ และขาดทักษะในการแก้ปัญหา (Nader, 2011) จึงไม่สามารถจัดการอารมณ์หรือความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม เมื่อการตั้งครรภ์เข้าสู่ไตรมาสที่ 3 ซึ่งเป็นระยะใกล้คลอด

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีการรับรู้ต่อผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Kliegman, Stanton, St. Geme, & Schor, 2020) จึงไม่สามารถจัดการกับความกลัวได้ ส่งผลให้เกิดความกลัวการคลอดบุตร จากการศึกษาของเรวดี เป้นัย้อย, ศศิธร พุ่มดวง, และเบญญาภา ธิติมภาพงษ์ (2558) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 14–19 ปี มีความกลัวการคลอดบุตรในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.54 และระดับรุนแรงขึ้นไป ร้อยละ 50.26 โดยมีความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บปวดในระยะคลอด กลัวการถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวในห้องคลอด กลัวแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในห้องคลอด กลัวว่าจะเกิดการคลอดยาก กลัวการรักษาหรือหัตถการที่จะได้รับในระหว่างคลอด กลัวอันตรายต่อตนเองและทารก และกลัวตนเองไม่มีความสามารถในการคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ปราบดิน, ศศิธร พุ่มดวง, และเบญญาภา ธิติมภาพงษ์ (2560) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 10–19 ปี มีความกลัวการคลอดในระดับปานกลาง ร้อยละ 31.54 และระดับรุนแรงขึ้นไป ร้อยละ 43.08

ความกลัวการคลอดบุตรของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เกิดการคลอดก่อนกำหนด ใช้ระยะเวลาในการคลอดยาวนาน เพิ่มการใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยเหลือการคลอด เพิ่มการผ่าตัดคลอด และเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (Ali, Seif, & Kibusi, 2022) ส่วนผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกขาดพลังอำนาจ ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และรู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการที่จะคลอดบุตร เกิดความรู้สึกหวาดกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอด และเลือกที่จะผ่าตัดคลอดมากกว่าการคลอดเอง (Nilsson & Lundgren, 2009) และความกลัวการคลอดบุตรที่เกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Räsänen et al., 2013) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะ

ค้ำยัน ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ทารก มีน้ำหนักตัวน้อย และเกิดการเสียชีวิตในครรภ์ได้ (Ali et al., 2022)

จากการศึกษาของ Saisto and Halmesmaki (2003) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถี่ การคลอดบุตรมี 3 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ คือ ความเจ็บปวดในการคลอด 2) ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประสบการณ์การคลอด ความกลัวการเป็นบิดามารดา ในอนาคต และความพึงพอใจต่อคู่สมรส และ 3) ปัจจัย ด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม และความไม่มั่นคง ทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับ ความถี่การคลอดบุตร ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา (Laurson, Hedegaard, & Johansen, 2008) อายุครรภ์ (Rouhe, Salmela-Aro, Gissler, Halmesmaki, & Saisto, 2011) ลำดับการคลอด ประสบการณ์การคลอด ที่สนใจต่อการคลอด (Stoll & Hall, 2013) และการวางแผนการตั้งครรภ์ (Mortazavil & Agah, 2018; Phunyammalee, Buayaem, & Boriboonhirunsarn, 2019) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ ให้ความหมาย และคาดการณ์ สถานการณ์ของการคลอดบุตรและความถี่การคลอด บุตรแตกต่างกัน (Fisher, Hauck, & Fenwick, 2006) และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถี่การคลอด บุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตวิทยา คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัจจัยด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม (จิราภรณ์ ปราบดิน และคณะ, 2560; Mortazavil & Agah, 2018; Çitak Bilgin, Coşkun, Coşkuner Potur, İbar Aydın, & Uca, 2021) และปัจจัยส่วนบุคคล คือ การวางแผนการตั้งครรภ์ (Mortazavil & Agah, 2018; Phunyammalee et al., 2019)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกของ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับความพึงพอใจในตนเอง

การยอมรับนับถือตนเอง และการเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1965) มีผลต่อความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือ สถานการณ์ต่างๆ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำกว่าวัยรุ่นผู้ใหญ่ เนื่องจาก ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ในวัยเรียน ครอบครัวและสังคม ไม่ยอมรับ (กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ชุตินา ปัญญาพินิจกูร, และสุวลักษณ์ อัครเดชา, 2561) จึงเกิดความรู้สึกผิด อับอาย ซึมเศร้า ไม่พึงพอใจในตนเอง และรู้สึกว่าตนเอง ไร้ค่า (Laurenzi et al., 2020) จากการศึกษาของ จิราภรณ์ ปราบดิน และคณะ (2560) พบว่า ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความถี่ การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของหญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน จากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ สามีน บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท และบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแล ในระยะตั้งครรภ์ โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออก เป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า (House, 1981) เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้ม ที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่นผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในกรณีที่ครอบครัวไม่ยอมรับหรือ ไม่มีสามี หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะขาดแหล่งสนับสนุนที่ สำคัญในชีวิต ทำให้เกิดความถี่การคลอดบุตรมาก สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ปราบดิน และคณะ (2560) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ ทางลบกับความถี่การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

การวางแผนการตั้งครรภ์ เป็นการเตรียมการหรือ ไม่ได้เตรียมการที่จะให้เกิดการตั้งครรภ์ครั้งนี้ หญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์โดยขาดการคุมกำเนิด จะเกิดการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน การตั้งครรภ์ที่เกิดจากการวางแผนทำให้หญิงตั้งครรภ์ มีความพร้อมที่จะเผชิญกับการคลอด มักให้ความหมาย ของการคลอดในทางบวก และมองเป็นความท้าทาย

จึงรู้สึกว่าการคลอดบุตรน้อย ดังการศึกษาที่พบว่าหญิงที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มีความกลัวการคลอดบุตรมากกว่าหญิงที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (Phunyammalee et al., 2019) และการศึกษาที่พบว่าหญิงที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มีความกลัวการคลอดบุตรในระดับปานกลาง 2.22 เท่า ของหญิงที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (Mortazavil & Agah, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่า การไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์แรก (Çitak Bilgin et al., 2021)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และความสามารถในการทำนายความกลัวการคลอดบุตรจากปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการวางแผนการตั้งครรภ์ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการวางแผนการตั้งครรภ์ เพื่อลดความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

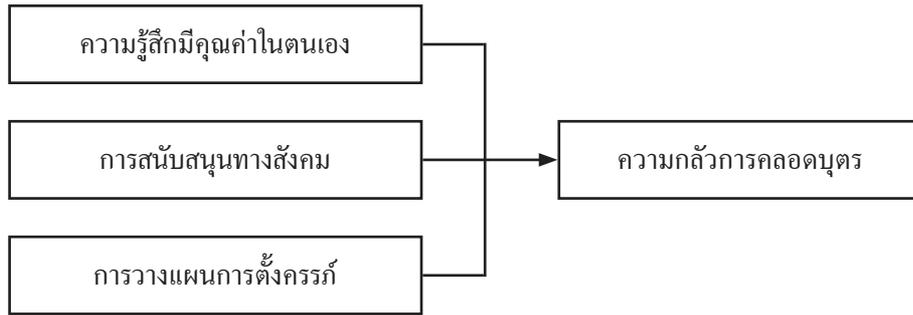
1. เพื่อศึกษาความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการวางแผนการตั้งครรภ์

### สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการวางแผนการตั้งครรภ์ สามารถร่วมกันทำนายความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความกลัวการคลอดบุตร ของ Wijma et al. (1998) ที่กล่าวว่าความกลัวการคลอดบุตรเป็นความรู้สึกหวาดหวั่นใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับการคลอดบุตรที่จะเกิดขึ้นและคาดการณ์ว่าเป็นสิ่งคุกคามหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ส่วนปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตร ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Saisto and Halmesmaki (2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Rosenberg (1965) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับความพึงพอใจในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง และการเห็นคุณค่าในตนเอง หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ อาจทำให้เกิดความกลัวการคลอดบุตรมาก ส่วนปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ House (1981) โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย อาจทำให้เกิดความกลัวการคลอดบุตรมาก และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ เป็นความตั้งใจที่จะให้เกิดการตั้งครรภ์ครั้งนี้ หากการตั้งครรภ์เกิดจากความไม่ตั้งใจหรือไม่ได้วางแผน อาจทำให้เกิดความกลัวการคลอดบุตรมาก ซึ่งคาดว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการวางแผนการตั้งครรภ์ น่าจะสามารถร่วมกันทำนายความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลลำพูน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 10–19 ปี 2) อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป 3) ตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุครรภ์ 4) สัญชาติไทย อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power เลือกใช้สถิติ linear multiple regression: fixed model,  $R^2$  deviation from zero โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .20 (จากการศึกษาของจิราภรณ์ ปราบดิน และคณะ [2560]) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 และจำนวนปัจจัยทำนายเท่ากับ 3 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 90 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่ใช้แบบสอบถามหรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 105 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามสัดส่วนของประชากร

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สถานที่พักอาศัย อายุครรภ์ ปัจจุบัน ลำดับการตั้งครรภ์ การวางแผนการตั้งครรภ์ และการได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับการคลอด จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale [RSEI]) ของ Rosenberg (1965) ฉบับภาษาไทย โดยนุชจรี อิมมาก (2552) จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10–40 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของจิรวารณ นิรมิตภาย (2551) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่จริง เล็กน้อย ปานกลางมาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตรในระยะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตรในระยะตั้งครรภ์ของวิจมา แบบ เอ (the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire [W-DQE] Version A) (Wijma et al., 1998) ฉบับภาษาไทย โดยกชกร ตัมพิวิบูลย์ (Tampawiboon, 2005) จำนวน 33 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 19 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 0-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย ตรงกับความรู้สึกเล็กน้อย ตรงกับความรู้สึกบางส่วน ตรงกับความรู้สึกปานกลาง ตรงกับความรู้สึกมาก และตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-165 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความกลัวการคลอดบุตรในระดับเล็กน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 คะแนน) ในระดับปานกลาง (38-65 คะแนน) ในระดับรุนแรง (66-83 คะแนน) และในระดับรุนแรงมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 84 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความกลัวการคลอดบุตร ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .83, .93 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 089/2564 วันที่ 31 สิงหาคม 2564) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 1/2565 วันที่ 12 ตุลาคม 2564) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 001/65 วันที่ 10 มกราคม 2565) คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง (เอกสารรับรอง เลขที่ 130/64 วันที่ 22 พฤศจิกายน 2564) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน (เอกสารรับรอง เลขที่ 029/2564 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน เข้าพบหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เติร์ยมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โรงพยาบาล

ลำปาง และโรงพยาบาลลำพูน แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 3 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล (ผู้วิจัยดำเนินการที่โรงพยาบาลนครพิงค์ และดำเนินการร่วมกับผู้ช่วยผู้วิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่) โดยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงเดือนมิถุนายน 2565

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความถี่การคลอดบุตร วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม นำเสนอด้วยค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ โดยพบว่า คะแนนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับคะแนนความถี่การคลอดบุตร จึงแบ่งคะแนนออกเป็น 2 กลุ่ม ตามจุดตัดที่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 คือ กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (82–98 คะแนน) และกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (48–81 คะแนน) และวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนการหาปัจจัยทำนายความถี่การคลอดบุตร วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 17–19 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.43 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.48 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80 ไม่มีอาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.14 มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ

10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.57 มีรายได้ไม่เพียงพอ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.24 พักอาศัยอยู่ที่บ้านบิดามารดาของฝ่ายชาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.52 อายุครรภ์ปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 32–36 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 72.38 โดยมีอายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ย 35.25 สัปดาห์ ( $SD = 2.26$ ) ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 99.05 ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 69.52 และเคยได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับการคลอด คิดเป็นร้อยละ 69.52

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ 29.66 ( $SD = 3.52$ )

3. การสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในช่วง 48–98 คะแนน (Med = 82, IQR = 16) เมื่อแบ่งคะแนนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากและระดับน้อย พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 52.38 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 47.62

4. ความถี่การคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความถี่การคลอดบุตรในระดับรุนแรง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.19 รองลงมา คือ ระดับรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 32.38 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.43 ตามลำดับ และมีคะแนนเฉลี่ยความถี่การคลอดบุตรในระดับรุนแรง ( $M = 75.05, SD = 17.53$ )

5. ปัจจัยทำนายความถี่การคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก สามารถร่วมกันทำนายความถี่การคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้ร้อยละ 15.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .154, p < .001$ ) ส่วนการวางแผนการตั้งครรภ์ ไม่สามารถทำนายความถี่การคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยทำนายความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (n = 105)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	t	p
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-1.314	.470	-2.790	.006
การสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (82-98 คะแนน)*	-7.958	3.300	-2.410	.018

Constant = 118.183, SE<sub>est</sub> = ±16.282, R = .393, R<sup>2</sup> = .154, adj. R<sup>2</sup> = .137, F = 9.250, p < .001

\* เทียบกับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (48-81 คะแนน)

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความกลัวการคลอดบุตรในระดับรุนแรง มากที่สุด (ร้อยละ 36.19) และมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการคลอดบุตรในระดับรุนแรง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 99.05) และเคยได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับการคลอด (ร้อยละ 69.52) ประกอบกับอยู่ในช่วงวัยที่ขาดวุฒิภาวะทางจิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ขาดความอดทน ควบคุมตนเองได้น้อย มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ และขาดทักษะในการแก้ปัญหา (Nader, 2011) เมื่อเกิดความกลัวการคลอดบุตร หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีการรับรู้ต่อผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Kliegman et al., 2020) จึงไม่สามารถจัดการกับความกลัวได้ ส่งผลให้เกิดความกลัวการคลอดบุตรในระดับที่รุนแรงกว่าหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ปราบดิน และคณะ (2560) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความกลัวการคลอดในระดับรุนแรงขึ้นไป

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก สามารถร่วมกันทำนายความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 15.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่ามีผลทางลบ แสดงว่า

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก จะมีความกลัวการคลอดบุตรน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับความพึงพอใจในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง และการเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1965) หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีการรับรู้ในความสามารถของตนเอง รู้สึกมีพลัง และมีความมั่นใจในตนเองในการเผชิญสถานการณ์ แต่หากมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง รู้สึกไม่มีพลัง หรือรู้สึกว่าคนอื่นอยู่เหนือตนเอง โดยเฉพาะในสถานการณ์การคลอดบุตรที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและความไม่สบายที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดความกลัวการคลอดบุตรได้ (Nilsson & Lundgren, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Saisto and Halmesmaki (2003) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความกลัวการคลอดบุตรทางช่องคลอดมากกว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ปราบดิน และคณะ (2560) ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

การสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก สามารถทำนายความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ โดยมีผลทางลบ แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีความกลัวการคลอด

บุตรน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากบุคคลใกล้ชิด จะได้รับความรัก ความห่วงใย มีการสนทนาเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ได้รับการสนับสนุน ด้านการเงินและสิ่งของ ทำให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย เกิดการยอมรับและสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ช่วยให้สามารถเผชิญสถานการณ์ขณะตั้งครรภ์และขณะคลอดบุตรได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีความกลัว การคลอดบุตรลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Çitak Bilgin et al. (2021) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการคลอดบุตร ในหญิงตั้งครรภ์แรกคลอด และสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ปราบดิน และคณะ (2560) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

สำหรับการวางแผนการตั้งครรภ์ ไม่สามารถทำนายความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยอมรับในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ และได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งการได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากสามี ครอบครัว เพื่อนสนิท การได้รับบริการและการดูแล เมื่อเข้ารับการฝากครรภ์จากบุคลากรสุขภาพ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย เกิดการยอมรับตนเอง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง และมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น จึงมั่นใจว่าตนเองจะสามารถเผชิญและผ่านเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ นอกจากนี้ การวิจัยครั้งนี้ยังศึกษาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจึงมีความสนใจในการคลอดที่กำลังจะเกิดขึ้นมากกว่าเหตุการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Çitak Bilgin et al. (2021) ที่พบว่า การไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการคลอดบุตรในหญิง

ตั้งครรภ์แรกคลอด เนื่องจากเกิดการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการวางแผนจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความพร้อมในการเผชิญกับการคลอด และมักให้ความหมายในทางบวกกับการคลอด และมองการคลอดเป็นความท้าทาย จึงรู้สึกกลัวการคลอดบุตรน้อย และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Mortazavil and Agah (2018) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ทุกกลุ่มวัยในประเทศอิหร่านที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ จะเกิดความกลัวการคลอดบุตรในระดับปานกลาง คิดเป็น 2.22 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรสุขภาพควรมีการประเมินความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และมีการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในระยะตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม เพื่อลดความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

1.2 อาจารย์พยาบาลควรมีการนำผลการวิจัยไปใช้ในการให้ความรู้แก่นักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับความกลัวการคลอดบุตร การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์ เพื่อลดความกลัวการคลอดบุตร

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลหรือโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยลดความกลัวการคลอดบุตรในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

### เอกสารอ้างอิง

กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ชุตินา ปัญญาพินิจกูร, และสุวลักษณ์ อัครเดชา. (2561). บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 1-7.

- จิราวรรณ นิรมิตเกษ. (2551). *ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวด้านจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมาก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราภรณ์ ปราบดิน, ศศิธร พุ่มดวง, และเบญญาภา ธิติมาพงษ์. (2560). ความกลัวการคลอดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในไตรมาสที่ 3. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 40(2), 96–106.
- นุชจรี อิ่มมาก. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เรวดี เป็น้อย, ศศิธร พุ่มดวง, และเบญญาภา ธิติมาพงษ์. (2558). ความกลัวการคลอดและกลวิธีการจัดการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(4), 34–43.
- Ali, M. H., Seif, S. A., & Kibusi, S. M. (2022). The influence of fear during pregnancy, labour and delivery on birth outcome among post-delivery women: A case control study in Zanzibar. *The East African Health Research Journal*, 6(2), 147–154. doi:10.24248/eahrj.v6i2.693
- Bryanton, J., Beck, C. T., & Morrison, S. (2022). When fear surrounding childbirth leads women to request a planned cesarean birth. *Western Journal of Nursing Research*, 44(7), 643–652. doi:10.1177/01939459211010192
- Çıtak Bilgin, N., Coşkun, H., Coşkuner Potur, D., İbar Aydın, E., & Uca, E. (2021). Psychosocial predictors of the fear of childbirth in Turkish pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(2), 123–131. doi:10.1080/0167482X.2020.1734791
- Fisher, C., Hauck, Y., & Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social Science & Medicine*, 63(1), 64–75. doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.065
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Kliegman, R. M., Stanton, B. F., St. Geme, J. W., & Schor, N. F. (2020). *Nelson's textbook of pediatrics* (21th ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Laurenzi, C. A., Gordon, S., Abrahams, N., du Toit, S., Bradshaw, M., Brand, A., ... Skeen, S. (2020). Psychosocial interventions targeting mental health in pregnant adolescents and adolescent parents: A systematic review. *Reproductive Health*, 17(1), 65. doi:10.1186/s12978-020-00913-y
- Laursen, M., Hedegaard, M., & Johansen, C. (2008). Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(3), 354–360. doi:10.1111/j.1471-0528.2007.01583.x

- Mortazavil, F., & Agah, J. (2018). Childbirth fear and associated factors in a sample of pregnant Iranian women. *Oman Medical Journal*, 33(6), 497–505. doi:10.5001/omj.2018.91
- Nader, K. (2011). Trauma in children and adolescents: Issues related to age and complex traumatic reactions. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(3), 161–180. doi:10.1080/19361521.2011.597373
- Nilsson, C., & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), e1–e9. doi:10.1016/j.midw.2007.01.017
- Phunyammalee, M., Buayaem, T., & Boriboonhirunsarn, D. (2019). Fear of childbirth and associated factors among low-risk pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(6), 763–767. doi:10.1080/01443615.2019.1584885
- Räsänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: A population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*, 3(11), e004047. doi:10.1136/bmjopen-2013-004047
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Gissler, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2011). Mental health problems common in women with fear of childbirth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(9), 1104–1111. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.02967.x
- Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201–208. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12694113/>
- Saisto, T., Ylikorkala, O., & Halmesmäki, E. (1999). Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*, 94(5 Pt 1), 679–682. doi:10.1016/s0029-7844(99)00413-5
- Stoll, K., & Hall, W. A. (2013). Attitudes and preferences of young women with low and high fear of childbirth. *Qualitative Health Research*, 23(11), 1495–1505. doi:10.1177/1049732313507501
- Tampawiboon, K. (2005). *Effects of childbirth preparation on fear, labor pain coping behaviors, and childbirth satisfaction in primiparas* (Master's thesis). Bangkok: Mahidol University.
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ: A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 19(2), 84–97. doi:10.3109/01674829809048501

World Health Organization. (2020). *Adolescent pregnancy*. Retrieved from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

---

## ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเข้ารับบริการทันตกรรม ของหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้ง อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์\* Effects of Behavioral Change Program for Dental Services among Hmong Pregnant Women in Khaokho District, Phetchabun Province \*

บุษกร วราอัศวปติ, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)<sup>1</sup>

Busakorn Wara-asawapati, M.P.H. (Public Health)<sup>1</sup>

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, ปร.ด. (วิทยาศาสตร์สุขภาพ)<sup>2</sup>

Supaporn Sudnongbua, Ph.D. (Health Science)<sup>2</sup>

Received: July 3, 2024

Revised: December 21, 2024

Accepted: December 22, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้งที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเขาค้อ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 62 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้ง อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ มีค่าความเชื่อมั่น .86 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ มีค่าความเชื่อมั่น .82 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ มีค่าความเชื่อมั่น .94 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ มีค่าความเชื่อมั่น .92

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

<sup>1</sup> Master's Thesis of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

<sup>1</sup> มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

<sup>1</sup> Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

<sup>1</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Graziros@hotmail.co.th

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

<sup>2</sup> Associate Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

และแบบบันทึกการเข้ารับบริการทันตกรรม ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test, independent *t*-test, Chi-square test และ crude odds ratio

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 7.344, p < .001; t = 6.461, p < .001; t = 7.408, p < .001$  และ  $t = 7.040, p < .001$  ตามลำดับ) 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 6.190, p < .001; t = 7.850, p < .001; t = 7.142, p < .001$  และ  $t = 5.405, p < .001$  ตามลำดับ) และ 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุม 3.39 เท่า (COR = 3.39, 95% CI = 1.18–9.71,  $p < .05$ )

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้งไปใช้ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น และประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บริการทันตกรรม หญิงตั้งครรภ์ ชนเผ่าม้ง

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a behavioral change program for dental services among Hmong pregnant women. The participants consisted of 62 Hmong pregnant women who attended the antenatal clinic at Khaokho Hospital and Lomkao Crown Prince Hospital, Phetchabun Province. They were equally divided into an experimental group ( $n = 31$ ) and a control group ( $n = 31$ ). The research instruments included the behavioral change program for dental services among Hmong pregnant women, the equipment for running the program, a general information questionnaire, a perceived severity of periodontitis questionnaire with a reliability of .86, a perceived susceptibility of periodontitis questionnaire with a reliability of .82, a response efficacy of preventing periodontitis questionnaire with a reliability of .94, a self-efficacy expectation of preventing periodontitis questionnaire with a reliability of .92, and a dental service record form.

The implementation and data collection were conducted from August to November 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, independent *t*-test, Chi-square test, and crude odds ratio.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of perceived severity of periodontitis, perceived susceptibility of periodontitis, response efficacy of preventing periodontitis, and self-efficacy expectation of preventing periodontitis than before the experiment ( $t = 7.344, p < .001; t = 6.461, p < .001; t = 7.408, p < .001; \text{ and } t = 7.040, p < .001, \text{ respectively}$ ); 2) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of perceived severity of periodontitis, perceived susceptibility of periodontitis, response efficacy of preventing periodontitis, and self-efficacy expectation of preventing periodontitis than the control group ( $t = 6.190, p < .001; t = 7.850, p < .001; t = 7.142, p < .001; \text{ and } t = 5.405, p < .001, \text{ respectively}$ ); and 3) after the experiment, the experimental group had 3.39 times more likely to dental services than the control group ( $\text{COR} = 3.39, 95\% \text{ CI} = 1.18\text{--}9.71, p < .05$ ).

This research suggests that healthcare providers should implement the behavioral change program for dental services among Hmong pregnant women for all targeted groups and appropriately apply it in other areas.

**Keywords:** Behavioral change program, Dental services, Pregnant women, Hmong people

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีกลุ่มชาติพันธุ์ประมาณ 56 กลุ่มกระจายตัวในพื้นที่ 67 จังหวัด ซึ่งจำแนกตามพื้นที่และลักษณะการตั้งถิ่นฐานได้ 4 ลักษณะ ได้แก่ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง กลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานในที่ราบ กลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในป่า และกลุ่มชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานในทะเล โดยส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพตามวิถีชีวิตและที่อยู่อาศัย เนื่องจากวิถีชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับทรัพยากรธรรมชาติ กลุ่มชาติพันธุ์มีความแตกต่างจากคนไทยทั่วไปทั้งด้านประเพณี วัฒนธรรม และภาษา ตลอดจนความเชื่อทางศาสนา จึงทำให้ขาดความรู้สึกรู้สึกในการเป็นพลเมืองไทย และจากการตั้งถิ่นฐานที่มีความกระจัดกระจาย ซึ่งส่วนใหญ่มีถิ่นฐานในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร พื้นที่อนุรักษ์ เกาะแก่ง และพื้นที่บริเวณ

ชายแดน โดยมีการอพยพโยกย้ายถิ่นอยู่เสมอ ส่งผลให้กลุ่มชาติพันธุ์ขาดสถานะบุคคลทางกฎหมาย ทำให้มีกเสียดสิทธิ์และโอกาสในหลาย ๆ ด้าน รวมทั้งการเข้าไม่ถึงบริการสาธารณะสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็น (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558)

อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีจำนวนกลุ่มชาติพันธุ์มากกว่า 15,000 คน เป็นกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ประกอบด้วยชนเผ่าม้ง (แม้ว) ชนเผ่าเมี่ยน (เย้า) และชนเผ่าลีซอ (สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดเพชรบูรณ์, 2558) โดยส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าม้งที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน 8 บ้านเข็กน้อย ตำบลเข็กน้อย ซึ่งถือว่าเป็นชุมชนเผ่าม้งที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นชุมชนเผ่าม้งที่ใหญ่ที่สุดในโลก (วิศัลย์ โฆษิตานนท์, 2560) ทั้งนี้ อัตราการตั้งครรภ์ของอำเภอเขาค้อสูงเป็น

อันดับ 3 ของจังหวัดเพชรบูรณ์ แต่จำนวนประชากรสูงเป็นอันดับ 9 จาก 11 อำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2561) โดยหญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและสรีรวิทยา และทางชีวเคมี รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ยังทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเกิดภาวะเหงือกอักเสบที่มีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากการตั้งครรภ์ (Kurien et al., 2013) หากหญิงตั้งครรภ์ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทันตสุขภาพและไม่ได้รับการดูแลช่องปากอย่างเหมาะสม อาจทำให้เกิดโรคฟันผุ ฟันสึกกร่อน และเหงือกอักเสบ โดยโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์อาจลุกลามมากขึ้นจนมีการทำลายอวัยวะปริทันต์ ทำให้เกิดเป็นโรคปริทันต์อักเสบได้ ซึ่งปัญหาสุขภาพช่องปากทำให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลต่อสุขภาพทั้งของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยทำให้หญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และทารกได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักตัวน้อย (กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย, 2563) ดังการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีสถานะปริทันต์อักเสบจะเพิ่มปัจจัยเสี่ยงของน้ำหนักทารกแรกคลอดที่น้อย มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีสถานะปริทันต์อักเสบถึง 17 เท่า (สุอัมพร คำทวี, 2563) นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากมีโอกาสนำให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปสู่ภาวะครรภ์เป็นพิษได้ (สิริลักษณ์ วงษานาว์, 2557) ซึ่งเชื้อแบคทีเรียที่ก่อให้เกิดโรคฟันผุและโรคปริทันต์ของแม่ที่มีจำนวนมากสามารถถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ (Saddki, Bachok, Hussain, Zainudin, & Sosroseno, 2008)

จากการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 พบว่าประเทศไทยมีหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 58.28 โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจฟันและวางแผนการรักษา ได้รับการบริการทันตกรรม

ร้อยละ 80.66 ซึ่งการสำรวจของจังหวัดเพชรบูรณ์พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์จำนวน 3,962 คน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 54.07 โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจฟันและวางแผนการรักษา ได้รับการบริการทันตกรรมร้อยละ 60.68 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2561) ส่วนอำเภอเขาค้อ มีหญิงตั้งครรภ์จำนวน 654 คน ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้งจำนวน 420 คน หญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าลีซอจำนวน 7 คน หญิงตั้งครรภ์กลุ่มชาติพันธุ์อื่น ๆ จำนวน 7 คน และหญิงตั้งครรภ์เชื้อชาติไทยจำนวน 220 คน (โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์, 2561) โดยหญิงตั้งครรภ์ในอำเภอเขาค้อได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 52.10 และหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจฟันและวางแผนการรักษา ได้รับการบริการทันตกรรมร้อยละ 62.45 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2561) และพบว่า หญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้งได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 57.14 แต่หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจฟันและวางแผนการรักษา ได้รับการบริการทันตกรรมเพียงร้อยละ 10.84 จากข้อมูลจะเห็นว่า หญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้งมีจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด แต่มีหญิงตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 10.84 ที่เข้ารับบริการทันตกรรมขณะตั้งครรภ์ และพบว่า หญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้งเป็นโรคปริทันต์ขณะตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 87.80 (โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์, 2561) ซึ่งการเข้ารับบริการทันตกรรมในชนเผ่าม้งยังคงเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากชนเผ่าม้งมีวิถีชีวิต ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม และภาษาที่แตกต่างจากคนไทยทั่วไป และยังมีความเชื่อว่าผีหรือวิญญาณบรรพบุรุษจะคอยส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของชนเผ่า (วรภัทร กระทุ้, อัมพวรรณ ศรีวิไล, และพอใจ พัทธินิตย์ธรรม, 2561)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้งขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Motivation Prevention Theory) ของ Rogers (1983) เนื่องจากทฤษฎีนี้มีพื้นฐานเกิดจากความกลัว การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองเผชิญอยู่ และเห็นว่าสิ่งนั้นเป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมที่เน้นให้หญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้งเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ จนทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับบริการทันตกรรม ซึ่งคาดว่าผลของโปรแกรมจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้งเข้ารับบริการทันตกรรมเพิ่มมากขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

### สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

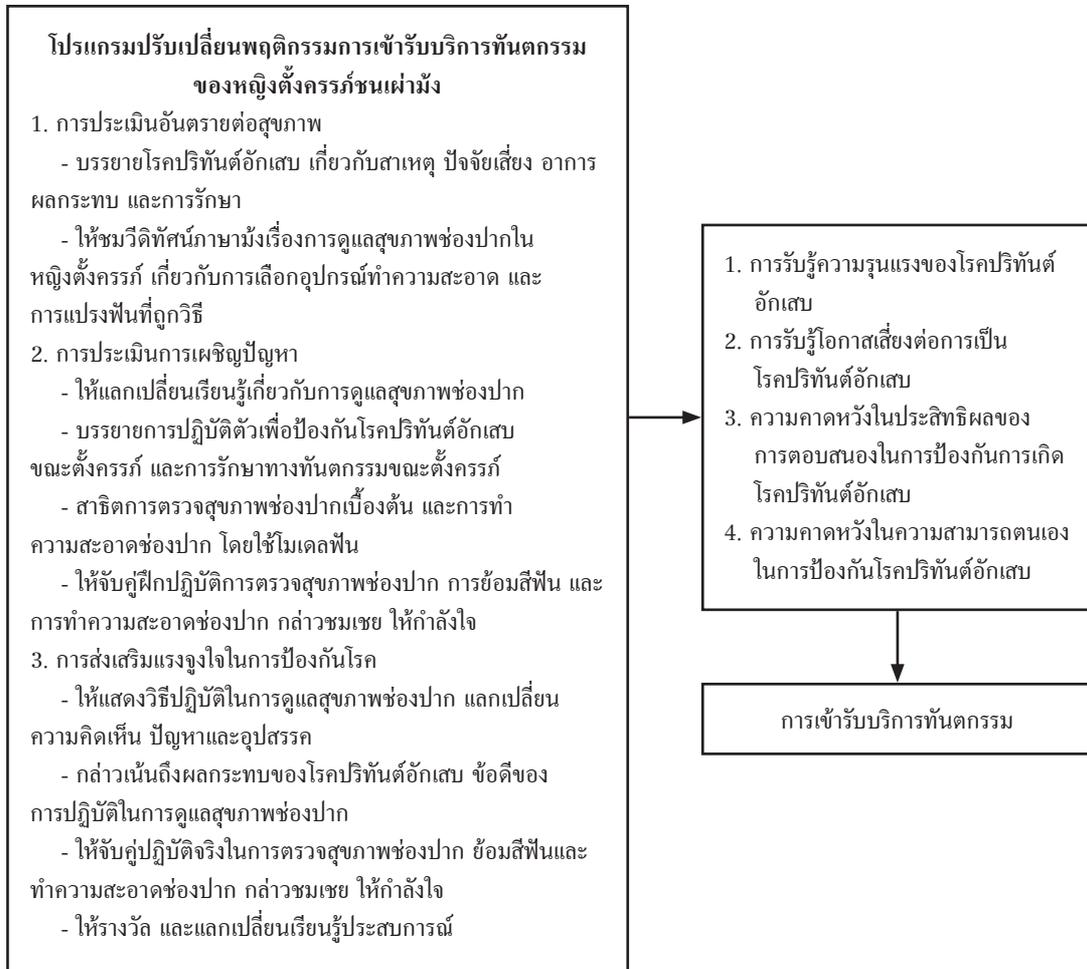
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ของ Rogers (1983) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ แบบที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และแบบที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) ได้แก่ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรค และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค โดยจัดกิจกรรมให้หญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้งที่มาตรวจสุขภาพช่องปาก เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ โดยกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ ข้อมูล คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก สาเหตุและการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ และการชี้ให้เห็นถึงผลกระทบของโรคปริทันต์อักเสบขณะตั้งครรภ์

ผ่านการชมวีดิทัศน์ การบรรยาย และการฝึกปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งการกระตุ้นให้มีความตั้งใจในการเข้ารับบริการทันตกรรม ซึ่งช่วยให้

หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเข้ารับบริการทันตกรรมในที่สุด สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



**แผนภาพที่ 1** กรอบแนวคิดในการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็น

หญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้งที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 420 คน (โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์, 2561) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อายุครรภ์ 15–28 สัปดาห์ 3) ไม่เป็นโรคปริทันต์

อักเสบ และไม่ได้รับการรักษาทางทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดฟัน การรักษารากฟัน 4) ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เป็นโรคที่ทำให้เกิดปัญหาเลือดออก เช่น โรคเลือดต่าง ๆ 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด ได้แก่ โรคครรภ์เป็นพิษ โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะแท้งคุกคาม ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และภาวะแพ้ท้องอย่างรุนแรง 6) ได้รับอนุญาตจากแพทย์ที่ดูแลการตั้งครรภ์ และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ย้ายออกจากพื้นที่ 2) ยุติการตั้งครรภ์ เช่น การแท้ง 3) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด และ 4) ขอลอนตัวจากการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม n4Studies version 1.4.2 สูตร testing two dependent proportions (Ngamjarus & Chongsuvivatwong, 2014) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 62 คน โดยกำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้งที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเขาถือเป็นกลุ่มทดลอง และหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้งที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่าเป็นกลุ่มควบคุม จัดกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ตามอายุ และอายุครรภ์

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้ง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ของ Rogers (1983) ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ครั้ง (ทุกครั้งมีผู้ช่วยทันตแพทย์ที่เป็นชนเผ่าม้งร่วมด้วย เพื่อความไว้วางใจ และการเข้าถึงที่มากขึ้นทั้งเรื่องภาษาและวัฒนธรรม) ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ใช้เวลา 60 นาที ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจง

วัตถุประสงค์ ระยะเวลา และการปฏิบัติกิจกรรมตลอด การเข้าร่วมการวิจัย พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 2) ผู้วิจัยบรรยายประกอบสไลด์เรื่องโรคปริทันต์อักเสบ เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ ผลกระทบ และการรักษา และ 3) ผู้วิจัยให้ชมวีดิทัศน์ภาษาม้งที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับการเลือกอุปกรณ์ทำความสะอาด และการแปรงฟันที่ถูกต้อง

กิจกรรมครั้งที่ 2 ใช้เวลา 60 นาที ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยให้เล่าวิธีการเลือกอุปกรณ์ทำความสะอาด วิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัญหาและอุปสรรค โดยผู้วิจัยกล่าวเน้นถึงผลกระทบของโรคปริทันต์อักเสบ 2) ผู้วิจัยบรรยายประกอบแผ่นพับ เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคปริทันต์อักเสบขณะตั้งครรภ์ และการรักษาทางทันตกรรมขณะตั้งครรภ์ 3) ผู้วิจัยสาธิตการตรวจสุขภาพช่องปากเบื้องต้น และการทำความสะอาดช่องปาก โดยใช้โมเดลฟัน และ 4) ผู้วิจัยให้จับคู่ฝึกปฏิบัติการตรวจสุขภาพช่องปาก การข้อมสีฟัน และการทำความสะอาดช่องปาก กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ

กิจกรรมครั้งที่ 3 ใช้เวลา 60 นาที ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยขออาสาสมัครในการแสดงวิธีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยใช้โมเดลฟัน ให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหาและอุปสรรค 2) ผู้วิจัยกล่าวเน้นถึงผลกระทบของโรคปริทันต์อักเสบ ข้อดีของการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกวิธี ขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งการมาพบทันตแพทย์เป็นประจำ 3) ผู้วิจัยให้จับคู่ปฏิบัติจริงในการตรวจสุขภาพช่องปาก และผู้วิจัยทำการตรวจซ้ำเพื่อประเมินว่าปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ จากนั้นให้ข้อมสีฟันและทำความสะอาดช่องปาก กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ และ 4) ผู้วิจัยให้รางวัลแก่ผู้ที่ตรวจสุขภาพช่องปากได้ถูกต้อง และผู้ที่ทำความสะอาดช่องปากได้โดยไม่เหลืลสีข้อมฟัน จากนั้นให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์

1.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ประกอบด้วยโมเดลฟัน แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน กระจก แก้วน้ำ และเมล็ดสีย้อมฟัน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ จำนวน การตั้งครรภ์ จำนวนการคลอด อายุครรภ์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว สวัสดิการรักษายาบาล ระยะทางเข้ารับบริการทันตกรรม และพาหนะในการเดินทาง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับต่ำ (8-23 คะแนน) ในระดับปานกลาง (24-31 คะแนน) และในระดับสูง (32-40 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับต่ำ (8-23 คะแนน) ในระดับปานกลาง (24-31 คะแนน) และในระดับสูง (32-40 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความคาดหวังในประสิทธิผลในระดับต่ำ (8-23 คะแนน) ในระดับปานกลาง (24-31 คะแนน) และในระดับสูง (32-40 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความคาดหวังในความสามารถในระดับต่ำ (8-23 คะแนน) ในระดับปานกลาง (24-31 คะแนน) และในระดับสูง (32-40 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบบันทึกการเข้ารับบริการทันตกรรม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับบันทึกว่าหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการทันตกรรมหรือไม่

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้ง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และแบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์คณะทันตแพทยศาสตร์ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ และทันตแพทย์ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของโปรแกรมฯ เท่ากับ 1 และได้คำตัดสินความสอดคล้อง (IOC) ของแต่ละชุดอยู่ในช่วง .67-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงฯ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลฯ และ

แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถฯ ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้งที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชคนไทย จังหวัดพิษณุโลก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .86, .82, .94 และ .92 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 543/2019 และ IRB No. 0517/62 วันที่ 15 ตุลาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล** มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาค้อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า สาธารณสุขอำเภอเขาค้อ และสาธารณสุขอำเภอหล่มเก่า เข้าพบพยาบาลประจำฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และทันตบุคลากรที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานแม่และเด็ก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลเขาค้อ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ

และแบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถตนเอง ในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาประมาณ 25 นาที จากนั้นให้ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้ง โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และแบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถตนเอง ในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาประมาณ 25 นาที จากนั้นให้ได้รับการบริการตามปกติ โดยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคในช่องปาก ขณะตั้งครรภ์ และการดูแลสุขภาพช่องปาก

4. ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลเขาค้อ ให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินชีวิตตามปกติ

5. ในสัปดาห์ที่ 14 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลเขาค้อ ให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงฯ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลฯ และแบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถฯ หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นผู้วิจัยดูข้อมูลการเข้ารับบริการทันตกรรมจากฐานข้อมูลการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลและสมุดทะเบียนของฝ่ายทันตกรรม แล้วบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก

6. ในสัปดาห์ที่ 14 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า ให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงฯ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลฯ และแบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถฯ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นผู้วิจัยดูข้อมูลการเข้ารับบริการทันตกรรมจากฐานข้อมูลการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลและสมุดทะเบียนของฝ่ายทันตกรรม แล้วบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2563

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test การเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ crude odds ratio

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 27.81 ปี ( $SD = 6.24$ )

ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.26 คลอดครั้งที่ 1 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.48 มีอายุครรภ์ 15 สัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.03 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.48 มีอาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.71 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000–10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.61 สวัสดิการรักษายาบาลส่วนใหญ่คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คิดเป็นร้อยละ 87.10 มีระยะทางเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่า 20 กิโลเมตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.16 และส่วนใหญ่ใช้รถยนต์ส่วนตัวเป็นพาหนะในการเดินทาง คิดเป็นร้อยละ 96.77 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุเฉลี่ย 28.45 ปี ( $SD = 6.29$ ) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.81 เท่ากัน คลอดครั้งที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.03 มีอายุครรภ์ 15 สัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.26 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.26 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม คิดเป็นร้อยละ 64.52 มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000–10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.71 สวัสดิการรักษายาบาลส่วนใหญ่คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คิดเป็นร้อยละ 83.87 ส่วนใหญ่มีระยะทางเข้ารับบริการทันตกรรมน้อยกว่า 5 กิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 64.52 และทั้งหมดใช้รถยนต์ส่วนตัวเป็นพาหนะในการเดินทาง คิดเป็นร้อยละ 100

2. การเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยความคาดหวัง

ในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 7.344, p < .001$ ;  $t = 6.461, p < .001$ ;  $t = 7.408, p < .001$  และ  $t = 7.040, p < .001$  ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 31)						
การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ	27.90	3.62	34.61	3.60	7.344	< .001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคฯ	29.23	3.42	34.42	2.69	6.461	< .001
ความคาดหวังในประสิทธิผลฯ	28.19	3.80	35.26	3.29	7.408	< .001
ความคาดหวังในความสามารถตนเองฯ	30.32	4.16	36.61	3.35	7.040	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 31)						
การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ	29.16	4.41	28.71	3.90	1.165	.253
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคฯ	29.55	3.56	28.97	2.77	1.006	.322
ความคาดหวังในประสิทธิผลฯ	29.45	4.09	29.42	3.15	.038	.970
ความคาดหวังในความสามารถตนเองฯ	31.81	4.09	31.90	3.51	.131	.896

3. การเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง

ต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ

สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 6.190, p < .001; t = 7.850, p < .001; t = 7.142, p < .001$  และ  $t = 5.405, p < .001$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		t	p
	M	SD	M	SD		
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ	27.90	3.62	29.16	4.41	1.227	.224
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคฯ	29.23	3.42	29.55	3.56	.364	.717
ความคาดหวังในประสิทธิภาพฯ	28.19	3.80	29.45	4.09	1.255	.214
ความคาดหวังในความสามารถตนเองฯ	30.32	4.16	31.81	4.09	1.416	.162
<b>หลังการทดลอง</b>						
การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ	34.61	3.60	28.71	3.90	6.190	< .001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคฯ	34.42	2.69	28.97	2.77	7.850	< .001
ความคาดหวังในประสิทธิภาพฯ	35.26	3.29	29.42	3.15	7.142	< .001
ความคาดหวังในความสามารถตนเองฯ	36.61	3.35	31.90	3.51	5.405	< .001

4. การเปรียบเทียบโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลองพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีโอกาสเข้ารับ

บริการทันตกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุม 3.39 เท่า (COR = 3.39, 95% CI = 1.18–9.71,  $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

การเข้ารับ บริการทันตกรรม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	$\chi^2$	p	COR (95% CI)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เข้ารับบริการ	22 (62.86)	13 (37.14)	5.314	.021	3.39 (1.18–9.71)
ไม่เข้ารับบริการ	9 (33.33)	18 (66.67)			

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคปริทันต์ อักเสบ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็น โรคปริทันต์อักเสบ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้ง กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าม้งที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยให้ความรู้ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพช่องปาก สาเหตุของการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความรุนแรง และผลกระทบของการเป็น โรคปริทันต์อักเสบขณะตั้งครรภ์ ผ่านกิจกรรมการฟัง การบรรยายพร้อมภาพประกอบ (สไลด์ และวีดิทัศน์ ภาษาม้ง) นอกจากนี้ ในการปฏิบัติยังมีการฝึกตรวจ สุขภาพช่องปาก การย้อมสีฟัน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพช่องปากในปัจจุบัน มีการตอบคำถาม และ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม โดยกิจกรรมที่จัดขึ้นช่วย กระตุ้นหญิงตั้งครรภ์ให้มีความเชื่อและรับรู้ว่าตนเอง อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคปริทันต์อักเสบ และรับรู้ ถึงความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งเป็นไปตาม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ของ Rogers (1983) กล่าวคือ การที่จะรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น มักเกิด จากการรับรู้ถึงอันตรายในระดับที่สูงมากกว่าการกระตุ้น

ตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา ของอรุณรัตน์ ชื่นปลัด, ยินดี พรหมศิริไพบูลย์, และ วันเพ็ญ แก้วปาน (2560) และการศึกษาของวงษ์ทิพ อินัน (2558) ที่พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของ โรค และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการ ตอบสนองในการป้องกันการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ และคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเอง ในการป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลอง ได้ชมวีดิทัศน์และฟังการบรรยายเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อลดโอกาสเสี่ยง ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติ ตัวเพื่อป้องกันโรคปริทันต์อักเสบ ทำให้กลุ่มทดลอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง จากการฝึกปฏิบัติจริงในการตรวจสุขภาพช่องปากและ การทำความสะอาดช่องปากด้วยตนเอง พร้อมทั้งมี การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ที่ปฏิบัติตัว ถูกต้อง และถ่ายทอดการปฏิบัติของตนเองให้ผู้เข้าร่วม ฟัง และตลอดการเข้าร่วม ผู้วิจัยมีการให้ความรู้เพิ่มเติม และให้คำปรึกษาในรายที่พบอุปสรรคในการปฏิบัติ จึงทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ซึ่งช่วยให้ กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ว่าคุณสามารถปฏิบัติ

พฤติกรรมกำป้องกันโรคริทันต์อ้กเสบได้อย่างถูคต้องรวมท้้งมี้การกล่าวชมเชยและให้กำล้ใจแก่ผู้เข้าร่วมทุกคน ทำให้หญิงตั้งครรรค์เชื่อกำหากสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูควิธีและสมำเสมอร่วมกับการเข้ารับบริการทันตกรรม จะช่วยลดความรุนแรงและความเสีงของโรคริได้ ทำให้เกิดความคาคหวังว่าจะสามารถป้องกันโรคริทันต์อ้กเสบ และทำให้เกิดผลดีท้้งต่อตนเองและทารก ซึ่งผลการวิจัยคร้้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ ช้่นปลัด และคณะ (2560) ที่พบวำ หลังการทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขที่ไ้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความคาคหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมในการป้องกันกำเกิดโรคริฟันผุ และคะแนนเฉลี่ยความคาคหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันกำเกิดโรคริฟันผุ สูงกวำก่อนการทดลอง และสูงกวำกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยพบวำ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีโอกาสเข้ารับบริการทันตกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุม 3.39 เท่า ซึ่งเ็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ท้้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยไ้จัดกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรรค์ชนเผำม้ง โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคริ (Rogers, 1983) ร่วมกับการลดอุปสรรคทางภาษาและวัฒนธรรมของชนเผำม้งต่อการเข้ารับบริการทันตกรรม ด้วยการไ้ใช้วิธีท้ศน้ภาษาม้ง และมีผู้ช่วยทันตแพทย์ชนเผำม้งเข้าร่วมด้วยตลอดโปรแกรม ทำให้เกิดความไว้วางใจและเข้าใจกันท้้งสองฝำย ทำให้ช่วยกระตุ้นหญิงตั้งครรรค์ชนเผำม้งกลุ่มทดลองให้เกิดกำรับรู้ความรุนแรงของโรคริทันต์อ้กเสบ กำรับรู้โอกาสเสีงต่อการเป็นโรคริทันต์อ้กเสบ ความคาคหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันกำเกิดโรคริทันต์อ้กเสบ และความคาคหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรคริทันต์อ้กเสบ จึงนำไปสู่กำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำเข้ารับบริการทันตกรรมในช่วงตั้งครรรค์ที่มากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยคร้้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนักสำรวจ

โภกาส, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, และเบญญพร บรรณสาร (2561) ที่พบวำ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมกำส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคริ มีคะแนนเฉลี่ยกำรับรู้ความรุนแรงของโรคริเมเรีงปากมดลูก กำรับรู้โอกาสเสีงของการเป็นโรคริเมเรีงปากมดลูก กำรับรู้ความเชื่อกำมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับกำตรวจสอบกล้องปากมดลูก และกำรับรู้ความเชื่อกำมั่นในความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อรับกำตรวจสอบกล้องปากมดลูก สูงกวำก่อนการทดลอง และสูงกวำกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมารับกำตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัดสูงกวำกลุ่มควบคุม

#### ข้อเสนอแนะ

##### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรรำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรรค์ชนเผำม้ง ไปใช้ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้ำหมายมากยิ่งขึ้นรวมท้้งประยุกต์ใช้ในพื้นท้ี่อื่น ๆ ตามความเหมาะสม

##### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยคร้้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามกำเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรรค์ชนเผำม้งในระยะ 3 เดือน หรือ 6 เดือน หลังไ้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำเข้ารับบริการทันตกรรมของหญิงตั้งครรรค์ชนเผำม้ง เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมด้ำนความคงทนของการปฏิบัติพฤติกรรม

#### เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). *แผนแม่บทการพัฒนากลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย (พ.ศ. 2558-2560)*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.  
กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย. (2563). *สื่อมัลติมีเดียกรมอนามัย*. สืบค้นจาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/>

- นักสุวรรณ โอภาส, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, และเบญญพร บรรณสาร. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อกรับรู้การป้องกันโรคมาเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 339–347.
- โรงพยาบาลเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. (2561). *รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. เพชรบูรณ์: ผู้แต่ง.
- วงษ์ทิพ อินปั้น. (2558). ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุบาลปราจีนบุรี. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร*, 10(1), 131–142.
- วรภัทร กระทุ้ง, อัมพรพรรณ ศรีวิไล, และพอลใจ พัทธนิษฐ์ธรรม. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยของผู้ปกครองชาวเมืองและการมารับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนชั้นพื้นฐานในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร: วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 26(2), 146–154.
- วิศิษฐ์ โยฆิตานนท์. (2560). *ชนเผ่าม้งบ้านเข็กน้อย*. สืบค้นจาก <https://wisonk.wordpress.com/2017/12/17/ชนเผ่าม้งบ้านเข็กน้อย/>
- สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดเพชรบูรณ์. (2558). *จังหวัดเพชรบูรณ์เปิดศูนย์วัฒนธรรม 3 ชนเผ่าส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม*. สืบค้นจาก [http://www.sac.or.th/databases/ethnicredb/news\\_detail.php?id=1782](http://www.sac.or.th/databases/ethnicredb/news_detail.php?id=1782)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. (2561). *รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. เพชรบูรณ์: ผู้แต่ง.
- ศิริลักษณ์ วงษาเนา. (2557). *โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากโดยการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามีต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเหงือกอักเสบในหญิงตั้งครรภ์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุ่อมพร คำทวิ. (2563). สภาวะสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(2), 154–163.
- อรุณรัตน์ ชื่นปลัด, ยินดี พรหมศิริไพบุลย์, และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2560). ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคฟันผุของอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารกรมการแพทย์*, 42(4), 99–108.
- Kurien, S., Kattimani, V. S., Sriram, R. R., Sriram, S. K., Rao, V. K. P., Bhupathi, A., ... Patil, N. (2013). Management of pregnant patient in dentistry. *Journal of International Oral Health*, 5(1), 88–97. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3768073/>
- Ngamjarus, C., & Chongsuvivatwong, V. (2014). *n4Studies: Sample size and power calculations for android*. The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program - The Thailand Research Fund, Prince of Songkla University.

Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A sourcebook* (pp. 153–177). New York: Guilford.

Saddki, N., Bachok, N., Hussain, N. H., Zainudin, S. L., & Sosroseno, W. (2008). The association between maternal periodontitis and low birth weight infants among Malay women. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36(4), 296–304. doi:10.1111/j.1600-0528.2007.00383.x

---

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง\*

### Factors Related to Infection Prevention Practices among Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis\*

จันทร์เพ็ญ ปะวะโพตะโก, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)<sup>1</sup>  
Junpen Pawapotako, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control)<sup>1</sup>  
นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, ประ.ด. (ระบาดวิทยา)<sup>2</sup>      นงค์ครานู วิเศษกุล, ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์)<sup>3</sup>  
Nongyao Kasatpibal, Ph.D. (Epidemiology)<sup>2</sup>      Nongkran Viseskul, Ph.D. (Nursing)<sup>3</sup>

Received: May 17, 2022    Revised: November 29, 2024    Accepted: December 6, 2024

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว และการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว กับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่มารับบริการที่คลินิกล้างไตของโรงพยาบาล 2 แห่งในจังหวัดสกลนคร รวมจำนวน 247 คน เครื่องมือ การวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

<sup>1</sup> มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>1</sup> Master, Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

<sup>1</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: peemon2009@hotmail.com

<sup>2</sup> ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

<sup>2</sup> Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

<sup>3</sup> รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

<sup>3</sup> Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

มีค่าความเชื่อมั่น .72 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติกรป้องกันการติดเชื้อ มีค่าความเชื่อมั่น .77 แบบสอบถามการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติกรป้องกันการติดเชื้อ มีค่าความเชื่อมั่น .98 และแบบสอบถามการปฏิบัติกรป้องกันการติดเชื้อ มีค่าความเชื่อมั่น .80 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกรป้องกัน การติดเชื้อ ทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติกรป้องกันการติดเชื้อ การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับ การปฏิบัติกรป้องกันการติดเชื้อ และการปฏิบัติกรป้องกันการติดเชื้อโดยรวม ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 63.97, 79.76, 84.21 และ 97.98 ตามลำดับ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกรป้องกันการติดเชื้อ และทัศนคติ เกี่ยวกับการปฏิบัติกรป้องกันการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกรป้องกันการติดเชื้อใน ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .341, p < .001$  และ  $r_s = .214, p < .05$  ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรมีการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ และเสริมสร้างทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับ การป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วย ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การปฏิบัติ ความรู้ ทัศนคติ การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว การป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

## Abstract

This descriptive correlational research aimed to study personal factors, knowledge, attitudes, family support, and practices in prevention of continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD)-related infection and to examine the correlation among personal factors, knowledge, attitudes, family support, and practices in prevention of CAPD-related infection among patients undergoing CAPD. The samples were 247 patients undergoing CAPD from the CAPD clinics at two hospitals in Sakon Nakhon Province. The research instruments included a personal factor questionnaire, a knowledge test with a reliability of .72, an attitude questionnaire with a reliability of .77, a family support questionnaire with a reliability of .98, and a practice in prevention of CAPD-related infection questionnaire with a reliability of .80. Data were collected from September to December 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that the patients undergoing CAPD had knowledge, attitudes, family support, and practices in prevention of CAPD-related infection at a high level (63.97%, 79.76%, 84.21, and 97.98, respectively). Knowledge and attitudes were positively statistically significantly related to practices in prevention of CAPD-related infection among patients undergoing CAPD ( $r_s = .341, p < .001$  and  $r_s = .214, p < .05$ , respectively).

This research suggests that healthcare providers should periodically promote knowledge in prevention of CAPD-related infection as well as enhance positive attitudes toward prevention of CAPD-related infection among patients undergoing CAPD. This will help reduce the incidence of CAPD-related infection.

**Keywords:** Practices, Knowledge, Attitudes, Family support, Infection prevention, Patients undergoing CAPD

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease [ESRD]) เป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (United States Renal Data System, 2019) เกิดจากเนื้อไตถูกทำลายอย่างช้าๆ จนไตไม่สามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติ มีผลให้การทำงานของไตลดลง ทำให้เกิดภาวะคั่งของของเสีย เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบ และมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาทดแทนไต (Bern, Curhan, & Motwani, 2019) ซึ่งการรักษาทดแทนไตในปัจจุบันมี 3 วิธี ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis [CAPD]) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis [HD]) และการปลูกถ่ายไต (renal transplantation [RT]) (โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์, 2558) สำหรับประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา ได้กำหนดนโยบายให้การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นทางเลือกแรก (peritoneal dialysis first policy) ในการรักษาทดแทนไต ทำให้ผู้ป่วยล้างไตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในช่วงปี พ.ศ. 2559–2561 พบผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจำนวน 26,681 คน 28,260 คน และ 30,024 คน

ตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562) การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นนี้ นอกจากนโยบายของรัฐแล้ว อาจเนื่องจากการมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและเป็นการรักษาทดแทนไตที่เลียนแบบธรรมชาติของไตมากที่สุด ซึ่งแพทย์จะผ่าตัดหน้าท้องเพื่อใส่ท่อล้างไตส่วนปลายด้านในไว้ในช่องท้อง ส่วนปลายด้านนอกไว้เชื่อมต่อกับถุงน้ำยาล้างไต โดยมีอุปกรณ์หลัก 3 ชิ้น ได้แก่ สายวางช่องท้อง (Tenckhoff catheter) สายเชื่อมระหว่างถุงน้ำยากับสายวางช่องท้อง (transfer set) และถุงน้ำยาล้างไต (dialysis solution bag) (เฉลิมศักดิ์ กาญจนบุษย์, ชีรภาพ ฐานิสโร, อธิศพันธ์ จุลกัทพิพะ, และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2551) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะล้างไตเองที่บ้าน เนื่องจากทำได้ง่ายและไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ

อย่างไรก็ตาม การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีหลายขั้นตอน ผู้ป่วยต้องล้างไตวันละ 3–4 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อจากการล้างไตสูง (ชวัช เตียววิไล และรสสุคนธ์ ตันติวิจิตรเวช, 2563) ซึ่งการติดเชื้อที่สำคัญและพบได้บ่อย คือ การติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง โดยการศึกษาในต่างประเทศพบอัตราการติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง 0.29 ครั้งต่อปี (Lichodziejewska-

Niemierko et al., 2019) สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์การติดเชื้อที่เยื่อหุ้มช่องท้องสูงกว่าในต่างประเทศ คือ 0.58 ครั้งต่อปี (สรารุณี บุญสุข, 2558) ซึ่งการติดเชื้อดังกล่าวมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย (host) โดยการมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยลำไส้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อสูง และโรคอ้วน เป็นสาเหตุของการติดเชื้อร้อยละ 34 และพบว่า ผู้ป่วยลำไส้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มช่องท้อง 1.64 เท่า (จิตชนก เรือนก้อน และคณะ, 2560) 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไต จากการศึกษา พบว่า การเปลี่ยนน้ำยาล้างไตในห้องที่มีระบบการถ่ายเท อากาศไม่ดี และการมีสัตว์เลี้ยงในบ้าน เพิ่มโอกาสเสี่ยง ต่อการติดเชื้อ 3 เท่า และ 3.43 เท่า ตามลำดับ และ 3) ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรค (agent) โดยเชื้อกลุ่มแบคทีเรีย เป็นสาเหตุของการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มช่องท้องมากที่สุด (สรารุณี บุญสุข, 2558) การติดเชื้อที่เยื่อหุ้มช่องท้อง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยลำไส้ โดยการติดเชื้อที่ เยื่อหุ้มช่องท้องเป็นระยะเวลานานมีผลต่อการปรับเปลี่ยน โครงสร้างและการทำงานของเยื่อหุ้มช่องท้อง ทำให้ การแลกเปลี่ยนของเสียของเยื่อหุ้มเซลล์ล้มเหลว ส่งผล ให้ต้องเปลี่ยนวิธีการล้างไตไปเป็นการฟอกเลือดแทน (Li et al., 2016) และพบการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 16 (Wu et al., 2016) สำหรับประเทศไทย พบว่ามีการ ติดเชื้อที่เยื่อหุ้มช่องท้องร้อยละ 0.39 ต้องถอดสายสวน ออกร้อยละ 14 ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาทดแทนไต ร้อยละ 7 และทำให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาสูงถึง ร้อยละ 93 (จิตชนก เรือนก้อน และคณะ, 2560)

การติดเชื้อจากการล้างไตส่วนใหญ่สามารถป้องกัน ได้จากการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด และสม่ำเสมอ ซึ่งการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่ สำคัญประกอบด้วย 6 หมวดกิจกรรม ได้แก่ 1) การทำ ความสะอาดมือ โดยเฉพาะในขั้นตอนการล้างไต 2) การป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา

ล้างไต ผู้ป่วยต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในขั้นตอน การเชื่อมต่อสายล้างไต 3) การสังเกตอาการผิดปกติ ผู้ป่วยและญาติต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ จากการล้างไตอย่างสม่ำเสมอ 4) การดูแลแผลบริเวณ ทางออกของสาย โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ และ รมั้ดระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ 5) การดูแลภาวะโภชนาการ ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามแนวทางการรับประทานอาหาร ที่กำหนดอย่างเคร่งครัด และ 6) การดูแลสุขอนามัย ส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม เช่น การอาบน้ำ การคัดแยก ขยะ (ทวิ ศิริวงศ์, 2550; สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ, 2552) ซึ่งการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ทั้ง 6 หมวดกิจกรรมนี้ ผู้ป่วยลำไส้ต้องปฏิบัติอย่าง เคร่งครัดเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อและส่งผลกระทบต่อ รุนแรง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การติดเชื้อ ในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องส่วนใหญ่ เกิดจากการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยลำไส้มีการล้างมือที่ไม่ถูกต้องร้อยละ 24 ลืมสวมหน้ากากอนามัยขณะล้างไตร้อยละ 32 สถานที ล้างไตไม่เหมาะสมร้อยละ 40 ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยง ต่อการเกิดการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มช่องท้องเพิ่มขึ้น 4.04 เท่า (วัช ธิยวิไล และรสสุคนธ์ ดันติวิจิตเวช, 2563) ซึ่ง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปฏิบัติการป้องกันการ ติดเชื้อที่ไม่ถูกต้องนี้อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ เป็นตัวกำหนดคุณภาพ และ การตัดสินใจของบุคคล ซึ่งแต่ละช่วงอายุมีความ แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายเสื่อมลง ทำให้ เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติ (Curtin, Mapes, Schatell, & Burrows-Hudson, 2005) โดยพบว่า ผู้ป่วยลำไส้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี มีความเสี่ยงต่อ การติดเชื้อที่เยื่อหุ้มช่องท้องเพิ่มขึ้น (จิตชนก เรือนก้อน และคณะ, 2560) ระดับการศึกษา เป็นสิ่งสำคัญต่อ การพัฒนาความรู้ของบุคคล (เอกรัตน์ เชื้ออินตา, 2540) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับต่ำจะปฏิบัติตาม แนวทางการป้องกันการติดเชื้อน้อยกว่าผู้ป่วยที่มี

การศึกษาระดับสูง ทำให้มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อมากกว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับสูง (Wearne et al., 2017) และประสบการณ์การล้างไต โดยประสบการณ์การเกิดโรคที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลและรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองมากขึ้น (พวงผกา รอดฉวาง, 2544) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยล้างไตที่มีประสบการณ์ล้างไตช่วงเวลา 1-5 ปี มีการจัดการตัวเองดี มีการปรับตัว และเรียนรู้การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรค (สุชาติ วิระเดช, 2554) 2) ด้านความรู้ เมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความเข้าใจ ค่านิยม และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ จนเกิดความชำนาญและสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง (Bloom, Engelhart, Furst, Hill, & Krathwohl, 1956) เมื่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีความรู้ในการจัดการตนเองในระดับสูง ทำให้มีการจัดการตนเองในระดับดี (อาทิตยา อติวิชญานนท์, ภาวนา กิริติยดวงศ์, และ สุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2558) ความรู้จึงอาจเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยให้ผู้ป่วยล้างไตเกิดการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อได้ถูกต้อง 3) ทักษะคิด เป็นความรู้สึก ความคิด หรือความเชื่อของบุคคล เป็นเหตุจูงใจให้บุคคลมุ่งมั่น ตั้งใจปฏิบัติ โดยทักษะคิดเกิดขึ้นได้ทั้งทางบวกและทางลบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Triandis, 1971) ซึ่งพบว่า ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย (กนิษฐา จันทรคณา และฉัฐวิณั ลิทธิศิริอรรด, 2560) ทักษะคิดจึงอาจมีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และ 4) การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยสนับสนุนประคับประคองให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติ โดยช่วยในการจัดการเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง เช่น การจัดเตรียมเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการล้างไตเป็นการรักษาที่เกิดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วยทั้งหมด ความสำเร็จส่วนหนึ่งเกิดจากแรงสนับสนุน

จากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้การล้างไตดำเนินต่อไป (Baumgart et al., 2020) การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวจึงอาจมีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อทั้ง 4 ปัจจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การศึกษาที่ผ่านมามีส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยจะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนวิธีการหรือวางแผนกลยุทธ์ในการเพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยล้างไตปฏิบัติได้ถูกต้องและเหมาะสม เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ทักษะคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ทักษะคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

## สมมติฐานการวิจัย

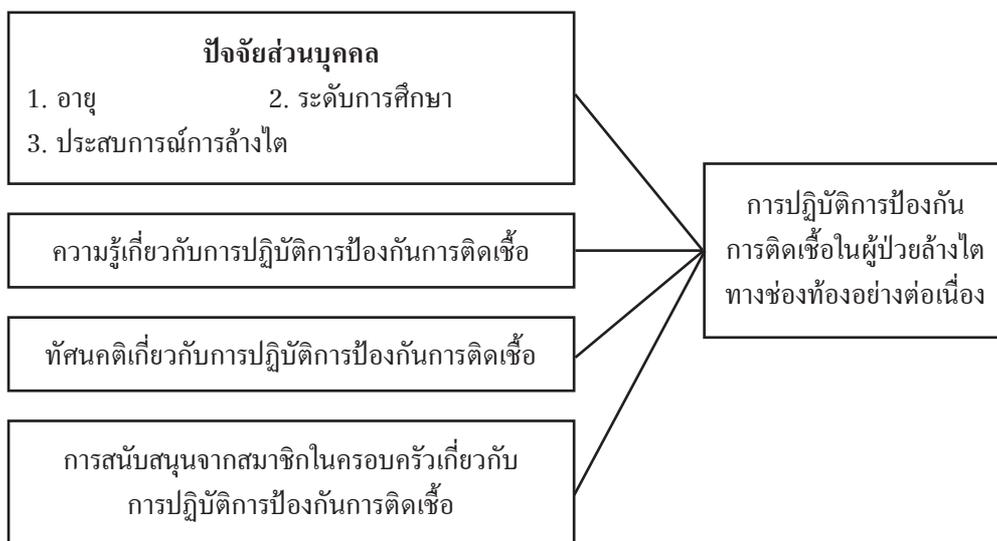
ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ทักษะคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และการสนับสนุนจากสมาชิก

ในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติกำรป้องกันการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกำรป้องกันการติดเชื้อ ในผู้ป่วยลำงไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการปฏิบัติ กำรป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยลำงไตทางช่องท้องอย่าง ต่อเนื่อง ของสำนักรงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2552) ร่วมกับกำรทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย 6 หมวดกิจกรรม ได้แก่ 1) กำรทำความสะอาดมือ 2) กำรป้องกันกำรปนเปื้อนจากกำรเปลี่ยนถ้ำยน้ำยา

ลำงไต 3) กำรสังเกตอาการผิดปกติ 4) กำรดูแลแผล บริเวณทางออกของสาย 5) กำรดูแลภาวะโภชนาการ และ 6) กำรดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม และจากกำรทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และประสมการณ์การลำงไต ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกำรป้องกันการติดเชื้อ ท้ศนคติ เกี่ยวกับการปฏิบัติกำรป้องกันการติดเชื้อ และกำรสนับสนุน จากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับกำรปฏิบัติกำรป้องกัน การติดเชื้อ อาจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกำรป้องกัน การติดเชื้อในผู้ป่วยลำงไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหา ความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาทดแทนไตด้ววิธี การลำงไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในจังหวัดสกลนคร

จำนวน 603 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารด้วภาษาไทย ได้เข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูด และการมองเห็น 3) อาศัยอยู่กับุญาติหรือครอบครัว และ 4) ยินยอม เข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างด้วสูตรของ Yamane (1973) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับ

ร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 241 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบวัดไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 266 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกภาค 1 ภาค ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ได้ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลือกจังหวัด 1 จังหวัด ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ได้จังหวัดสกลนคร จากนั้นเลือกโรงพยาบาล 2 แห่งที่มีคลินิกล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (จากจำนวน 3 แห่ง) ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามสัดส่วนของประชากร

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประสบการณ์การล้างไต การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวนครั้งที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง แหล่งของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ประสบการณ์การติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และจำนวนครั้งที่ของประสบการณ์การติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 34 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-34 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น

3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (น้อยกว่า 21 คะแนน) ในระดับปานกลาง (21-27 คะแนน) และในระดับสูง (มากกว่า 27 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติในระดับต่ำ (14-28 คะแนน) ในระดับปานกลาง (29-42 คะแนน) และในระดับสูง (43-56 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่มีการสนับสนุน การปฏิบัติเลย มีการสนับสนุนการปฏิบัติบ้าง มีการสนับสนุนการปฏิบัติบางครั้ง และมีการสนับสนุนการปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในระดับน้อย (15-30 คะแนน) ในระดับปานกลาง (31-45 คะแนน) และในระดับมาก (46-60 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของแพรวพรรณ โกสินทร, อะเคื่อ อุดมলেখกะ, และนางเยาว์ เกษตรภิบาล (2558) จำนวน 30 ข้อ และผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 14 ข้อ รวมจำนวน 44 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 หมวดกิจกรรม ได้แก่ การทำความสะอาดมือ จำนวน 4 ข้อ การป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต จำนวน

14 ข้อ การสังเกตอาการผิดปกติ จำนวน 4 ข้อ การดูแลแผลบริเวณทางออกของสาย จำนวน 4 ข้อ การดูแลภาวะโภชนาการ จำนวน 4 ข้อ และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 33 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติในระดับต่ำ (0-44 คะแนน) ในระดับปานกลาง (45-88 คะแนน) และในระดับสูง (89-132 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกำหนัดป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติกำหนัดป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง แบบสอบถามการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติกำหนัดป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และแบบสอบถามการปฏิบัติกำหนัดป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (2 คน) และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .98, .95, .98 และ .96 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา สมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ

ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .72 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติฯ แบบสอบถามการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติฯ และแบบสอบถามการปฏิบัติฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .77, .98 และ .80 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 092/2564 วันที่ 10 กันยายน 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เข้าพบหัวหน้าศูนย์ล้างไตของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกล้างไตในวันที่มารับบริการฉีดยาอิริโทรโพอิตินแนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ มอบแบบสอบถามและแบบวัดพร้อมซอง ให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปตอบ โดยใช้เวลา 2 สัปดาห์ เมื่อตอบเสร็จให้ใส่ในซองปิดผนึก และส่งคืนในกล่องที่ตั้งไว้หน้าคลินิกล้างไต ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม 2564

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกำหนัดป้องกันการติดเชื้อ ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติกำหนัดป้องกันการติดเชื้อ ข้อมูลการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติกำหนัดป้องกันการติดเชื้อ

และข้อมูลการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และค่ามัธยฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ กับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ทั้งนี้ได้รับแบบสอบถามและแบบวัดที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 247 คน คิดเป็นร้อยละ 92.86

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ป่วยลำไส้อักเสบทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยลำไส้อักเสบ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.04 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.46 ( $M = 54.80, SD = 12.10, Med = 56$ ) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 84.21 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 78.54 มีอาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.39 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.96 ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวชาย คิดเป็นร้อยละ 76.92 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.15 มีประสบการณ์การล้างไตน้อยกว่า 31 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.08 ( $M = 42.70, SD = 30.10, Med = 38$ ) ทั้งหมดเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยได้รับความรู้จำนวน 3-4 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.68 และทั้งหมดได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 100 มีประสบการณ์การติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 52.23 โดยมีประสบการณ์จำนวน 1 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.88

2. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ

ในผู้ป่วยลำไส้อักเสบทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยลำไส้อักเสบ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติฯ ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 63.97 รองลงมา คือ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.98 โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติฯ ต่ำสุด-สูงสุด คือ 17-34 คะแนน และค่ามัธยฐาน 29 คะแนน

3. ทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยลำไส้อักเสบทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยลำไส้อักเสบ ส่วนใหญ่มีทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติฯ ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 79.76 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.24 โดยมีคะแนนทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติฯ ต่ำสุด-สูงสุด คือ 31-56 คะแนน และค่ามัธยฐาน 50 คะแนน

4. การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยลำไส้อักเสบทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยลำไส้อักเสบ ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติฯ ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 84.21 รองลงมา คือ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 7.69 โดยมีคะแนนการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติฯ ต่ำสุด-สูงสุด คือ 15-60 คะแนน และค่ามัธยฐาน 58 คะแนน

5. การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยลำไส้อักเสบทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยลำไส้อักเสบ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 97.98 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 2.02 โดยมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อต่ำสุด-สูงสุด คือ 72-132 คะแนน และค่ามัธยฐาน 118 คะแนน เมื่อจำแนกเป็นรายหมวดกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยลำไส้อักเสบ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในระดับสูงทั้ง 6 หมวดกิจกรรม ได้แก่ การทำความสะอาดมือ คิดเป็นร้อยละ 95.55 การป้องกันการปนเปื้อนจากการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต คิดเป็นร้อยละ 97.57 การสังเกตอาการผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 95.95 การดูแลแผลบริเวณทางออกของสาย

คิดเป็นร้อยละ 80.57 การดูแลภาวะโภชนาการ คิดเป็น ร้อยละ 78.95 และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและ สิ่งแวดล้อม คิดเป็นร้อยละ 94.33

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การล้างไต) ความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ทักษะคิด เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และการ สนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อ กับ การปฏิบัติการป้องกันการ ติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ

และทักษะคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันการ ติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = .341, p < .001$  และ  $r_s = .214, p < .05$  ตามลำดับ) แต่อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การล้างไต และการสนับสนุนจากสมาชิก ในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงใน ตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การล้างไต) ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ทักษะคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการ ติดเชื้อ และการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ กับ การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (n = 247)

ปัจจัย	การปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ	
	$r_s$	$p$
อายุ	.030	.637
ระดับการศึกษา	.104	.104
ประสบการณ์การล้างไต	.017	.794
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ	.341	< .001
ทักษะคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ	.214	.010
การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ	.010	.874

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ โดยรวมและรายหมวดกิจกรรมในระดับสูง รวมทั้งมี

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและ ทักษะคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อใน ระดับสูงเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยล้างไตฯ ทั้งหมด เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจาก การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับความรู้ จากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการมีนโยบายการให้

บริการการล้างไตที่ดี มีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติ การล้างไตไว้อย่างชัดเจน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ, 2552) โดยกำหนดเป็นนโยบายตามแนวคิด proactive strategy เริ่มจากการใช้กระบวนการ empowerment บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะด้าน โรคไต และการสร้างเครือข่ายของทีมผู้ป่วยล้างไตทาง ช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติซ้ำทั้งก่อนและหลังการวางสาย มีการประเมินเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่าง ต่อเนื่องได้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีระบบการติดตามเยี่ยม อย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ และการโทรศัพท์เยี่ยมจากบุคลากรคลินิกโรคไตเรื้อรัง อีกทั้ง ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์ปรึกษากรณีพบปัญหาหรือเกิด ความผิดปกติจากการล้างไตได้ (เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ และคณะ, 2556) ทำให้ผู้ป่วยล้างไตมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้องในระดับสูง รวมทั้งมีการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้องสูง ตามไปด้วย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Bloom et al. (1956) ที่ระบุว่า เมื่อนักคนไข้ได้รับความรู้และมีการฝึกฝน อย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยล้างไตที่มีความรู้ที่ถูกต้องจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ด้านความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติป้องกันการ ติดเชื้อจากการล้างไต และเป็นเหตุจูงใจให้มีความ มุ่งมั่นตั้งใจที่จะปฏิบัติตามความคิดความเชื่อนั้น ทำให้ ผู้ป่วยมีการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทาง ช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อธิบายตามแนวคิดของ Bloom (Bloom et al., 1956) ได้ว่า การที่บุคคลได้รับความรู้และมีการฝึกฝนอยู่เป็น ประจำ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้าง ถาวร ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อใน ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยการกำหนด

เป็นนโยบายที่ชัดเจนทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้จาก บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอย่างสม่ำเสมอ มีการฝึกปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยล้างไตมีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด จึงส่งผลให้ การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทาง ช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่บ้านสูงตามไปด้วย ความรู้จึง เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่อง ท้องอย่างต่อเนื่องสามารถปฏิบัติภารกิจล้างไตเองที่บ้าน ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดการติดเชื้อ เกิดผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ดีต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา ของกิตติมา แดงสาขา, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และ พรธรวดี พุทธิวัฒนะ (2562) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับ การรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาภาวะแทรกซ้อน ทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีการ กำหนดเป้าหมายตามแผนการรักษาที่ชัดเจน มีการให้ ความรู้จากบุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสาขาโรคไต และมีระบบนัดติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ส่งผลให้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการปฏิบัติตามแนวทางการ รักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยได้ถูกต้อง

ผลการวิจัยพบว่า ทักษะคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทาง ช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีความเชื่อต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติป้องกันการ ติดเชื้อ จึงเป็นเหตุจูงใจให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นตั้งใจ ในการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสาธารณสุข (Triandis, 1971) โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องอย่าง ต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยล้างไตมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ เกี่ยวกับการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อ นำไปสู่ การปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ การส่งเสริมทัศนคติทางบวก เช่น หากผู้ป่วยล้างไต เชื่อว่าการล้างมือครบ 7 ขั้นตอน เป็นวิธีปฏิบัติที่สำคัญ ในการป้องกันการติดเชื้อในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต

ผู้ป่วยจะไม่ลดขั้นตอนการล้างมือ การให้ความรู้และการฝึกทักษะการล้างไตจึงควรให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ และฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐา จันทรคณา และนัจฉวีณ์ ลิทธิศิริอรอด (2560) ที่พบว่า ทักษะคิดต่อการปฏิบัติดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย และสามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายได้

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อยุ่ระดับการศึกษา และประสบการณ์การล้างไต ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้และการเน้นย้ำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อไม่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกช่วงวัยมีพฤติกรรมมารับประทานยาในระดับดีมากเหมือนกัน อายุจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยได้ (ศรีธธา ประภอบชัย, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, และพีระ บูรณะกิจเจริญ, 2557) ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ประภาส ขำมาก, สมรัตน์ ขำมาก, และมาลิน แก้วมูณี, 2558) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสบการณ์การเกิดโรคแตกต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน (สมรัตน์ ขำมาก, 2559)

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี

มากที่สุด (ร้อยละ 38.46) โดยมีอายุเฉลี่ย 54.80 ปี จึงยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ และมีการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อในระดับสูง ทำให้มีการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติมา แต่งสาขา และคณะ (2562) ที่พบว่า การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรมีการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ และเสริมสร้างทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะประเด็นที่ยังมีความเชื่อไม่ถูกต้อง เพื่อลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการสังเกตในการประเมิน

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

### เอกสารอ้างอิง

กนิษฐา จันทรคณา, และนัจฉวีณ์ ลิทธิศิริอรอด. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและความสุขของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้าย. *วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 9(17), 1-13.

- กิตติมา แดงสาขา, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และพรรณวดี พุชวิวัฒนะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 25(1), 87-101.
- ชิตชนก เรือนก้อน, ขจรศักดิ์ นพคุณ, เศรษฐพล ปัญญาทอง, พงศ์ศักดิ์ ดำนเดชา, สุรพล โนชยวงศ์, เกียรติเกรียงไกร โกยรัตโกศล, ... ศิริยุทพัฒน์ โสภณ. (2560). *การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง: การรักษา การเฝ้าระวัง และการป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการล้างไตทางช่องท้องโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4785?locale-attribute=th>
- เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, ชีรภาพ ฐานิสโร, อธิศพันธุ์ จุลกทัฬพะ, และสมชาย เข็มมอ่อง. (2551). CAPD Apparatus, access devices, implantation techniques and surgical complications. ใน สมชาย เข็มมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, อนุตตรจิตตินันท์, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, ดุสิตล้ำเลิศกุล, และประเสริฐ ธนกิจจารุ (บ.ก.), *Textbook of peritoneal dialysis* (น. 133-188). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน.
- เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, ประทีป ธนกิจเจริญ, สมชาย เข็มมอ่อง, ประเสริฐ ธนกิจจารุ, สมทรง จิระวารินันท์, นันทกา จันทวานิช, และเกรียง ตั้งสง่า. (2556). วิวัฒนาการและความก้าวหน้าของงาน CAPD ในระดับสากลและในประเทศไทย. ใน เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์ (บ.ก.), *ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง (Textbook of practical peritoneal dialysis)* (น. 1-23). กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พรีนซ์.
- ทวี ศิริวงศ์. (2550). องค์ความรู้พื้นฐานของการล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง (Basic knowledge on CAPD). ใน ชลธิ์ พงศ์สกุล และทวี ศิริวงศ์ (บ.ก.), *Update on CAPD 2007* (น. 1-21). โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธวัช เตยวิไล, และรสสุคนธ์ ตันติวิจิตเวช. (2563). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธาราม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(1), 51-64.
- ประภาส จำมาก, สมรัตน์ จำมาก, และมาลิน แก้วมณี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(3), 74-91.
- พวงผกา รอดฉวาง. (2544). *ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องจากการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- แพรวพรรณ โกสินทร, อะเคื้อ อุลมเลทกะ, และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2558). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *พยาบาลสาร*, 42(พิเศษ), 1-12.
- โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์. (2558). *การป้องกัน และการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังและไตวาย*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- ศรัทธา ประกอบชัย, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, และพีระ บวรณะกิจเจริญ. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(4), 43-51.

- สมรัตน์ ขำมาก. (2559). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอเสด็จพระ จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 153-169.
- สราวุฒิ บุญสุข. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7*, 13(2), 15-29.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องในชุมชน*. สงขลา: ราชบัณฑิตยสถาน.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). *จำนวนผู้ป่วย CAPD สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสกลนคร*. สืบค้นจาก <http://ucapps4.nhso.go.th/CKDWebReport>
- สุธาสนี วีระเดชะ. (2554). *การจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อาทิตย์ อติวิชญานนท์, ภาวนา กิรติยุดวงศ์, และสุภาภรณ์ ด้วงแพง. (2558). ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *รวมารับดีพยาบาลสาร*, 21(2), 172-185.
- เอกรัตน์ เชื้ออินฉา. (2540). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Baumgart, A., Manera, K. E., Johnson, D. W., Craig, J. C., Shen, J. I., Ruiz, L., ... Tong, A. (2020). Meaning of empowerment in peritoneal dialysis: Focus groups with patients and caregivers. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 35(11), 1949-1958. doi:10.1093/ndt/gfaa127
- Berns, J. S., Curhan, G. C., & Taylor, E. N. (2019). *Patient education: Chronic kidney disease (Beyond the basics)*. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/chronic-kidney-disease-beyond-the-basics#H6>
- Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. A. (1956). *Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals – handbook 11: Affective domain*. New York: David McKay.
- Curtin, R. B., Mapes, D., Schatell, D., & Burrows-Hudson, S. (2005). Self-management in patients with end stage renal disease: Exploring domains and dimensions. *Nephrology Nursing Journal*, 32(4), 389-395. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16180780/>
- Li, P. K., Szeto, C. C., Piraino, B., de Arteaga, J., Fan, S., Figueiredo, A. E., ... Johnson, D. W. (2016). ISPD peritonitis recommendations: 2016 Update on prevention and treatment. *Peritoneal Dialysis International*, 36(5), 481-508. doi:10.3747/pdi.2016.00078

- Lichodziejewska-Niemierko, M., Chmielewski, M., Wojtaszek, E., Suchowierska, E., Gołembiewska, E., Grajewska, M., ... Bronk, M. (2019). Current epidemiology and practice patterns in prevention and treatment of PD-related infections in Poland. *International Urology and Nephrology*, *51*(2), 335–341. doi:10.1007/s11255-018-2057-9
- Triandis, H. C. (1971). *Attitude and attitude change*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- United States Renal Data System. (2019). *Incidence, prevalence, patient characteristics, and treatment modalities*. Retrieved from <https://usrds-adr.niddk.nih.gov/2022/end-stage-renal-disease/1-incidence-prevalence-patient-characteristics-and-treatment-modalities>
- Wearne, N., Kilonzo, K., Effa, E., Davidson, B., Nourse, P., Ekrikpo, U., & Okpechi, I. G. (2017). Continuous ambulatory peritoneal dialysis: Perspectives on patient selection in low- to middle-income countries. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, *10*, 1–9. doi:10.2147/IJNRD.S104208
- Wu, X., Yang, X., Liu, X., Yi, C., Guo, Q., Feng, X., ... Yu, X. (2016). Patient survival and technique failure in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients with prior stroke. *Peritoneal Dialysis International*, *36*(3), 308–314. doi:10.3747/pdi.2014.00030
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper & Row.
-

## ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุโขทัย\* The Effectiveness of Motivation Enhancing Program for Disease Prevention among Elderly People with Risk of Stroke in Sukhothai Province\*

รัตนาภรณ์ เอี่ยมพรม, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)<sup>1</sup>

Rattanaporn Aeimprome, M.P.H. (Public Health)<sup>1</sup>

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, ป.ร.ด. (วิทยาศาสตร์สุขภาพ)<sup>2</sup>

Supaporn Sudnongbua, Ph.D. (Health Science)<sup>2</sup>

Received: July 4, 2024

Revised: December 22, 2024

Accepted: December 23, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 52 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แบบคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้และความคาดหวังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น .83 และเครื่องมือวัดสุขภาพ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ Chi-square test, Fisher's exact test, Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U test

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

<sup>1</sup> Master's Thesis of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

<sup>1</sup> มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

<sup>1</sup> Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

<sup>1</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: beerattanaporn@gmail.com

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

<sup>2</sup> Associate Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -4.463, p < .001$ ;  $Z = -4.464, p < .001$ ;  $Z = -4.463, p < .001$ ;  $Z = -4.400, p < .001$  และ  $Z = -4.307, p < .001$  ตามลำดับ) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -4.612, p < .001$ ;  $Z = -4.978, p < .001$ ;  $Z = -4.856, p < .001$ ;  $Z = -4.121, p < .001$  และ  $Z = -4.629, p < .001$  ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า นุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อื่นๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบท เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effectiveness of a motivation enhancing program for disease prevention among elderly people with risk of stroke. The participants consisted of 52 elderly people with risk of stroke in Sukhothai Province who were equally divided into an experimental group ( $n = 26$ ) and a control group ( $n = 26$ ). The research instruments included a motivation enhancing program for disease prevention among elderly people with risk of stroke, a heart disease and stroke risk screening form, a general information questionnaire, a perception and expectation of stroke prevention questionnaire with a reliability of .80, a stroke prevention behavior questionnaire with a reliability of .83, and the equipment for health assessment. The implementation and data collection were conducted from March to June 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, Chi-square test, Fisher's exact test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-Whitney U test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of perceived severity of stroke, perceived susceptibility of stroke, self-efficacy expectation of stroke prevention behavior, expectation of good outcomes of stroke prevention behavior, and stroke prevention behavior than before the experiment ( $Z = -4.463, p < .001$ ;  $Z = -4.464, p < .001$ ;  $Z = -4.463, p < .001$ ;  $Z = -4.400, p < .001$ ; and  $Z = -4.307, p < .001$ , respectively); and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of perceived severity of stroke, perceived susceptibility of stroke, self-efficacy expectation of stroke prevention behavior, expectation of good outcomes of stroke prevention behavior, and stroke prevention behavior than the control group ( $Z = -4.612, p < .001$ ;  $Z = -4.978, p < .001$ ;  $Z = -4.856, p < .001$ ;  $Z = -4.121, p < .001$ ; and  $Z = -4.629, p < .001$ , respectively).

This research suggests that healthcare providers should implement this motivation enhancing program for disease prevention for elderly people with risk of stroke in other settings according to the contexts. This will help the elderly people with risk of stroke enhance their stroke prevention behavior.

**Keywords:** Elderly people with risk of stroke, Stroke prevention behavior, Motivation enhancing program for disease prevention

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2017 พบประมาณ 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 6.50 ล้านคน (World Stroke Organization, 2017) และในปี ค.ศ. 2018 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.50 (ณัฐวิวัฒน์ พันธุ์มุง, 2561) ส่วนในประเทศไทยพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2556–2558 คนไทยมีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราตายต่อแสนประชากรจาก 35.90 เพิ่มขึ้นเป็น 38.70 และ 43.30 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยจังหวัดสุโขทัยมีอัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 272 คน คิดเป็นร้อยละ 5.49 ส่วนอำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย มีอัตราอุบัติใหม่ จำนวน

21 คน คิดเป็นร้อยละ 7.22 จะเห็นได้ว่า อัตราอุบัติใหม่ ของอำเภอทุ่งเสลี่ยมสูงกว่าของจังหวัดสุโขทัย เมื่อตรวจสอบข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งเสลี่ยม ในช่วงปี 2557–2561 พบว่า อัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มที่มีโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนทั่วไป โดยผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเมื่ออายุมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งส่งผลให้ผนังหลอดเลือดเสื่อมลง ขาดความยืดหยุ่น ประกอบกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้ เป็นสาเหตุให้เพิ่มโอกาสในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น (รัตนภรณ์ ศิริเกตม, สุรชาติ สิทธิปกรณ, และพร้อมจิตร์ ท่อนบุญเหิม, 2558) โดยโรคหลอดเลือด

สมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญทั้งในเพศหญิงและเพศชาย และเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวยุวมทั้งระบบสุขภาพไทยในปัจจุบันเป็นอย่างมาก (อังคณา บุญศรี และสุกัญญา ทองบุผา, 2563) ซึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแต่ละบุคคลนั้น สิ่งสำคัญ คือ การรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค โดยบุคคลต้องมีการปฏิบัติในการป้องกันตัวเองเพื่อไม่ให้เกิดความผิดปกติด้านสุขภาพ

การดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอทุ่งเสลี่ยม ประกอบด้วย การคัดกรอง การให้สุศึกษา และการเยี่ยมบ้านในผู้ที่ยังควบคุมโรคประจำตัวไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาว่าควรทำการศึกษาเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers (1995 อ้างถึงในเบญจมาศ สุขศรีเพ็ง, 2555) เนื่องจากแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคคลกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมต่างๆ และเป็นสิ่งชี้้นำให้มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ซึ่งทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม และ 2) การประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค และความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรค ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ดี นำไปสู่การมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

## สมมติฐานการวิจัย

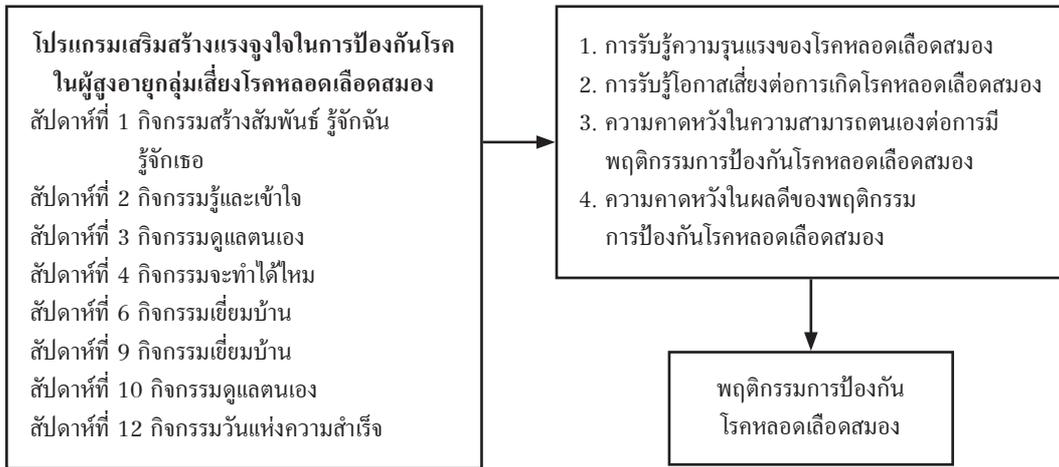
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรค ของ Rogers (1995 อ้างถึงในเบญจมาศ สุขศรีเพ็ญ, 2555) ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และ 2) การประเมินการเผชิญปัญหา ได้แก่ ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค และความคาดหวังในผลดีของการป้องกัน

โรค โดยจัดกิจกรรมต่างๆ ที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องและเหมาะสมสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดสุโขทัย ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับสูงขึ้นไป ตามแบบคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและ

หลอดเลือดสมอง ของกรมการแพทย์ (2558) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาการสื่อสาร 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด 2) ย้ายออกจากพื้นที่ 3) มีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาจากแพทย์ทันที และ 4) ขอลถอนตัวจากการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยประยุกต์ใช้

สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน และเป็น การทดสอบสมมติฐานทางเดียว (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2548) แทนค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .09 (จากการศึกษาของรัตนภรณ์ ศิริเกตุ และคณะ [2558]) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน (กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 42 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20 ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 26 คน รวมจำนวน 52 คน โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของอำเภอทุ่งเสลี่ยมเป็น กลุ่มทดลอง และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของอำเภอสวรรคโลกเป็น กลุ่มควบคุม จัดกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ตามเพศ รอบเอว และระดับความดันโลหิต

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ของ Rogers (1995 อ้างถึงในเบญจมาศ สุขศรีเพ็ง, 2555) ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ รู้จักฉัน รู้จักเธอ ใช้เวลา 60 นาที ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ และข้อตกลงในการประชุมกลุ่ม 2) ผู้วิจัยให้ประเมินปัญหาของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง และให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 3) ผู้วิจัยให้ร่วมกัน ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา และลดระดับความเสี่ยง ต่อโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมรู้และเข้าใจ ใช้เวลา 70 นาที ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยบรรยายเรื่องโรค หลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ

ผลกระทบ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค โดยใช้ ภาพพลิก แผ่นพับ และวีดิทัศน์ จากนั้นให้ผู้สูงอายุ ตัวแบบที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบเล่าพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสม ให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยซักถามและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2) ผู้วิจัยให้ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับ ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาได้ สำเร็จ และวีดิทัศน์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาส เสี่ยง ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง และ 3) ผู้วิจัยมอบคู่มือการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ และสมุดบันทึก

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมดูแลตนเอง ใช้เวลา 30 นาที โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างกำกับตัวเองเพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยศึกษาคู่มือฯ และบันทึกการกำกับตัวเองลงในสมุดบันทึก ทั้งนี้ให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ ช่วยติดตามความก้าวหน้า หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมจะทำได้ไหม ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตามเป้าหมายที่ ตั้งไว้ ให้คำแนะนำในรายที่พบอุปสรรค และให้กำลังใจ จากนั้นแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม ให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา และประสบการณ์ในการกำกับตนเอง

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ใช้เวลา 30 นาที โดยผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน ทบทวนข้อมูลจาก สมุดบันทึก สอบถามอุปสรรคที่เกิดขึ้น กล่าวชมเชย ให้กำลังใจ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม เพื่อป้องกันโรคได้ ผู้วิจัยร่วมหาสาเหตุ ให้คำปรึกษา ให้ความรู้เพิ่มเติม และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือก แนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันโรค

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมวันแห่งความสำเร็จ ใช้เวลา 20 นาที โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถาม แสดง ความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมโปรแกรม และให้กำลังใจ ในการปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองต่อไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่ม ตัวอย่าง คือ แบบคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและ

หลอดเลือดสมอง ของกรมการแพทย์ (2558) จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่ามีหรือไม่มี สำหรับเกณฑ์การแปลผลความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความเสี่ยง (มีปัจจัยเสี่ยง  $\leq 2$  ข้อ) มีความเสี่ยงสูง (มีปัจจัยเสี่ยง 3-4 ข้อ) และมีความเสี่ยงสูงมาก (มีปัจจัยเสี่ยง  $\geq 5$  ข้อ)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

3.2 แบบสอบถามการรับรู้และความคาดหวัง ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นตาม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ประกอบด้วย การรับรู้ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวัง ในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมจำนวน 24 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้/ความคาดหวังในระดับต่ำ (24-56 คะแนน) ในระดับปานกลาง (57-89 คะแนน) และในระดับสูง (89-120 คะแนน)

3.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการลดหรืองดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมจำนวน 9 ข้อ

ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยปานกลาง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในระดับต่ำ (9-20 คะแนน) ในระดับปานกลาง (21-32 คะแนน) และในระดับสูง (33-45 คะแนน)

3.4 เครื่องมือวัดสุขภาพ ประกอบด้วย เครื่องชั่งน้ำหนักแบบมีสเกลวัดส่วนสูง ใช้สำหรับประเมินค่าดัชนีมวลกาย สายวัดรอบเอว และเครื่องวัดความดันโลหิต

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามการรับรู้และความคาดหวังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการจัดการโรคเรื้อรัง และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของโปรแกรมฯ เท่ากับ 1 และได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแต่ละชุดอยู่ในช่วง .67-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามการรับรู้และความคาดหวังในการป้องกันโรคฯ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80 และ .83 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 026/2020 และ IRB No. 0562/62 วันที่ 15 มกราคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล** มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย สาธารณสุขอำเภอทุ่งเสลี่ยม และสาธารณสุขอำเภอสวรรคโลก เข้าพบเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. ที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการจัดกิจกรรมแก่กลุ่มทดลอง

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมของ รพ.สต. ในพื้นที่ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ผู้วิจัยประเมินค่าดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต แล้วกรอกข้อมูลในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ส่วนที่เหลือ) แบบสอบถามการรับรู้และความคาดหวังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาประมาณ 25 นาที จากนั้นให้ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคใน

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ รู้จักกันรู้จักเธอ

4. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมของ รพ.สต. ในพื้นที่ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ผู้วิจัยประเมินค่าดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว และวัดความดันโลหิต แล้วกรอกข้อมูลในแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ส่วนที่เหลือ) แบบสอบถามการรับรู้และความคาดหวังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาประมาณ 25 นาที จากนั้นให้ดำเนินชีวิตตามปกติ

5. ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมของ รพ.สต. ในพื้นที่ ให้เข้าร่วมกิจกรรมรู้และเข้าใจ และกิจกรรมจะทำได้ใหม่ตามลำดับ โดยในสัปดาห์ที่ 3 ให้เข้าร่วมกิจกรรมดูแลตนเอง (ที่บ้าน) ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินชีวิตตามปกติ

6. ในสัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมเยี่ยมบ้าน และในสัปดาห์ที่ 10 ให้เข้าร่วมกิจกรรมดูแลตนเอง (ที่บ้าน) ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินชีวิตตามปกติ

7. ในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ห้องประชุมของ รพ.สต. ในพื้นที่ ให้เข้าร่วมกิจกรรมวันแห่งความสำเร็จ และให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้และความคาดหวังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 20 นาที

8. ในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ห้องประชุมของ รพ.สต. ในพื้นที่ ให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้และความคาดหวังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลอง (post-test) โดยให้

เวลาประมาณ 20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2563 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยจัดกิจกรรมในโปรแกรมให้แก่กลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.77 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.23 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.38 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.85

ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 15,000 บาท ต่อปี คิดเป็นร้อยละ 61.54 มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์/น้ำหนักเกิน คิดเป็นร้อยละ 88.46 มีรอบเอวเกิน คิดเป็นร้อยละ 42.31 ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 69.23 สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 15.38 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 57.70 และส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 65.38 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.77 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.77 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 96.15 มีสถานภาพสมรส ม่าย/หย่า/แยก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 15,000 บาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 73.10 มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์/น้ำหนักเกิน คิดเป็นร้อยละ 76.92 มีรอบเอวเกิน คิดเป็นร้อยละ 46.15 ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท คิดเป็นร้อยละ 69.23 สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 11.54 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 23.08 และส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 80.77

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวัง

ในผลดีของพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -4.463, p < .001$ ;  $Z = -4.464, p < .001$ ;  $Z = -4.463, p < .001$ ;  $Z = -4.400, p < .001$  และ  $Z = -4.307, p < .001$  ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาส

เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Wilcoxon signed-rank test	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
กลุ่มทดลอง (n = 26)						
การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ	19.92	3.75	27.92	2.46	-4.463	< .001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯ	19.46	3.87	27.58	2.26	-4.464	< .001
ความคาดหวังในความสามารถตนเองฯ	19.15	3.73	27.69	2.65	-4.463	< .001
ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมฯ	20.15	2.96	27.77	2.76	-4.400	< .001
พฤติกรรมกำรป้องกันโรคฯ	27.38	6.43	41.62	3.95	-4.307	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 26)						
การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ	23.35	4.80	23.38	3.52	-.148	.882
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯ	23.23	4.11	23.08	2.89	-.706	.480
ความคาดหวังในความสามารถตนเองฯ	22.46	3.98	23.19	2.35	-.763	.445
ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมฯ	23.50	4.46	23.92	2.72	-.122	.903
พฤติกรรมกำรป้องกันโรคฯ	31.88	7.38	33.35	6.43	-.580	.562

3. การเปรียบเทียบการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในความสามารถ

ตนเองต่อการมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมกำรป้องกันโรค

หลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -3.292, p < .01$ ;  $Z = -4.167, p < .001$ ;  $Z = -3.715, p < .001$ ;  $Z = -3.889, p < .001$  และ

$Z = -2.423, p < .05$  ตามลำดับ) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -4.612, p < .001$ ;  $Z = -4.978, p < .001$ ;  $Z = -4.856, p < .001$ ;  $Z = -4.121, p < .001$  และ  $Z = -4.629, p < .001$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มทดลอง (n = 26)		Mann-Whitney U test	
	M	SD	M	SD	Z	p
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ	19.92	3.75	23.35	4.80	-3.292	.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯ	19.46	3.87	23.23	4.11	-4.167	< .001
ความคาดหวังในความสามารถตนเองฯ	19.15	3.73	22.46	3.98	-3.715	< .001
ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมฯ	20.15	2.96	23.50	4.46	-3.889	< .001
พฤติกรรม การป้องกันโรคฯ	27.38	6.43	31.88	7.38	-2.423	.015
<b>หลังการทดลอง</b>						
การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ	27.92	2.46	23.38	3.52	-4.612	< .001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฯ	27.58	2.26	23.08	2.89	-4.978	< .001
ความคาดหวังในความสามารถตนเองฯ	27.69	2.65	23.19	2.35	-4.856	< .001
ความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมฯ	27.77	2.76	23.92	2.72	-4.121	< .001
พฤติกรรม การป้องกันโรคฯ	41.62	3.95	33.35	6.43	-4.629	< .001

## การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งให้ผู้สูงอายุตัวแบบที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบเล่าพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมแล้วให้กลุ่มทดลองพูดคุยซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรง นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้ประเมินปัญหาของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับได้รับทราบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุตัวแบบที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ทำให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อและรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ง่าย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิรา กาวไสง และรุจิรา ดวงสงค์ (2557) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรม

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยกลุ่มทดลองได้ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยง ส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพื่อใช้สำหรับการทบทวนเมื่อดูแลและกำกับตนเองที่บ้าน โดยมี อสม.ในพื้นที่ช่วยติดตามความก้าวหน้า อีกทั้งผู้วิจัยมีการให้ความรู้เพิ่มเติมและให้คำปรึกษาในรายที่พบอุปสรรคในการปฏิบัติ ซึ่งช่วยให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตน่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง นอกจากนี้ การที่กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และได้ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาได้สำเร็จ รวมทั้งได้รับคำชมเชยและกำลังใจเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ถูกต้อง ทำให้เกิดความคาดหวังว่าการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้นก่อให้เกิดผลดีทั้งต่อตนเองและครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชลธิรา กาวไสง และรุจิรา ดวงสงค์ (2557) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับการศึกษาของพิเชษฐ์ หอสูติสิมา (2562) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรม ที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มความคาดหวังในความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและความคาดหวังในผลดีของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้มากขึ้น โดยเฉพาะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา การร่วมกันสะท้อนคิดและอภิปรายเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การได้พูดคุยกับผู้สูงอายุตัวแบบ ซึ่งผู้วิจัยได้สังเกตและร่วมอภิปรายด้วย ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปริตี้ ศดา, วาโรณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูยศรี (2562) ที่พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

#### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้  
บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อื่น ๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบท เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้น

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคในประชากรกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคเบาหวาน อีกทั้งนำโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคไปประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพต่างๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในรูปแบบอื่นเพิ่มเติม

#### เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2558). *คู่มือคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ชลธิรา กาวไชสง, และรุจิรา ดวงสงค์. (2557). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลชุมพวง อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 29(3), 295-303.
- ณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง. (2561). *ประเด็นสารธรรมรงค์วัน อัมพาทโลก ปี 2561*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/news/announcement-detail.php?id=13251&gid=16>
- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (2555). *ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory)*. สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/115747>

- ปรีดี ยศดา, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนูยศรี. (2562). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารพยาบาล*, 68(4), 39–48.
- พิเชษฐ์ หอสูติสิมา. (2562). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยงตำบลจระเข้หิน อำเภอกมบุรี จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2560. *วารสารวิชาการ สคร. 9*, 25(2), 56–66.
- รัตนภรณ์ ศิริเกตม, สุรชาติ ลิทธิปกรณ์, และพร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม. (2558). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 30(3), 299–304.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2548). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ภาควิชาชีวิตที่ดีและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อังคณา บุญศรี, และสุกัญญา ทองบุผา. (2563). ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรูปแบบ Stroke Digital service. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 5(3), 36–44.
- World Stroke Organization. (2017). *Annual report 2017*. Retrieved from [https://www.world-stroke.org/images/Annual\\_Report\\_2017\\_online.pdf](https://www.world-stroke.org/images/Annual_Report_2017_online.pdf)

## รายงานการวิจัย

# การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อ ในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด\* Development of a Video Media on Cleaning and Disinfection of Hospital Environment for Housekeepers\*

จารุวรรณ คงเมือง, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)<sup>1</sup>  
Jaruan Kongmuang, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control)<sup>1</sup>  
อะเคอ อุณหเลขกะ, ปร.ด. (ระบาดวิทยา)<sup>2</sup> พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)<sup>3</sup>  
Akeau Unahalekhaka, Ph.D. (Epidemiology)<sup>2</sup> Pimpaporn Klunklin, Ph.D. (Nursing)<sup>3</sup>

Received: August 7, 2024 Revised: December 23, 2024 Accepted: December 24, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์การทำ  
ความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด กลุ่มตัวอย่าง  
เป็นพนักงานทำความสะอาดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 41 คน เครื่องมือ  
การวิจัยประกอบด้วย บทดำเนินเรื่อง แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป  
แบบทดสอบความรู้การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น  
.76 และแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>1</sup> Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and  
Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

<sup>1</sup> มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>1</sup> Master, Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control,  
Faculty of Nursing, Chiang Mai University

<sup>2</sup> ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

<sup>2</sup> Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

<sup>2</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: akeau.u@cmu.ac.th

<sup>3</sup> รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

<sup>3</sup> Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

พฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test รวมทั้งประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกุแกนส์

ผลการวิจัยพบว่า 1) สื่อวีดิทัศน์การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล สำหรับพนักงานทำความสะอาด มีความยาว 25 นาที 8 วินาที ประกอบด้วยความรู้ทั่วไป และแนวปฏิบัติ ในการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล 2) ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ มีค่า 1.37 3) หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ พนักงานทำความสะอาดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การทำสะอาด และการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล สูงกว่าก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 14.578, p < .001$ ) และ 4) พนักงานทำความสะอาดมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ โดยรวมและรายด้านในระดับมากที่สุด

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรเผยแพร่สื่อวีดิทัศน์การทำสะอาด และการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาดแก่พนักงานทำความสะอาด ที่ปฏิบัติงานในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติในการทำสะอาด และการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล

**คำสำคัญ:** การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ การทำความสะอาด การทำลายเชื้อ สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล พนักงานทำความสะอาด

### Abstract

This developmental research aimed to develop and evaluate the efficiency of a video media on cleaning and disinfection of hospital environment for housekeepers. The samples consisted of 41 housekeepers who worked in a tertiary care hospital in the Southern region. The research instruments included a video media storyboard, an opinion towards the developed video media questionnaire, a demographic data questionnaire, a knowledge on cleaning and disinfection of hospital environment test with a reliability of .76, and a satisfaction towards the video media questionnaire. The implementation and data collection were conducted from May to July 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test. The efficiency of the video media was tested according to Meguigans' standard criteria.

The research results revealed that 1) the video media length was 25 minutes 8 seconds, and the content consisted of general knowledge and guidelines for cleaning and disinfection of hospital environment; 2) the efficiency of the video media was 1.37; 3) after watching the video media, housekeepers had statistically significantly higher mean score of knowledge on cleaning and disinfection of hospital environment than before watching the video media

( $t = 14.578, p < .001$ ); and 4) the mean score of satisfaction towards the video media for overall and each domain among housekeepers was at the highest level.

This research suggests that nurse executives should distribute this video media to housekeepers across various hospital departments to enhance their knowledge and practices on cleaning and disinfection of hospital environment.

**Keywords:** Development of a video media, Cleaning, Disinfection, Hospital environment, Housekeepers

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Paz et al., 2020) ซึ่งเกิดจากการที่สิ่งแวดล้อมเปื้อนเลือด สารคัดหลั่ง หนอง หรือสิ่งขับถ่ายที่ออกจากร่างกายผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ ทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อไปยังสิ่งของเครื่องใช้ เสื้อผ้า โต๊ะเตียง หรือพื้น รวมถึงอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย (จิตตากรณ์ จิตวีเชื้อ, 2560) การสัมผัสสารคัดหลั่งโดยตรงหรือโดยอ้อมจากการสัมผัสอุปกรณ์ที่ปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้ (DePaola & Grant, 2020) การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมไม่ถูกวิธีหรือไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดการสะสมของเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ (Suleyman, Alangaden, & Bardossy, 2018) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น และอาจส่งผลกระทบต่อทุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Popovich et al., 2019)

พนักงานทำความสะอาดเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลโดยตรง จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อ เพื่อให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Dewangan & Gaikwad, 2020) จากการศึกษาในประเทศบราซิลพบว่า พนักงานทำความสะอาดรับรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการทำ

ความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพียงร้อยละ 37.10 และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพียงร้อยละ 35.70 และยังพบว่า พนักงานทำความสะอาดไม่ให้ความสำคัญกับการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อถึงร้อยละ 16.10 (Santos et al., 2020) ส่วนการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบแนวโน้มของการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงขึ้น เนื่องจากพนักงานทำความสะอาดไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ (Popovich et al., 2019) ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้เกิดการระบาดของเชื้อในโรงพยาบาลได้ (Bernstein et al., 2016)

การส่งเสริมความรู้ การฝึกอบรม และการทบทวนแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้พนักงานทำความสะอาดเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานและช่วยให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cross et al., 2019) การให้ความรู้และทบทวนแนวปฏิบัติในการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมแก่พนักงานทำความสะอาดสามารถทำได้หลายวิธี หลายรูปแบบ เช่น การสอน การสาธิต เกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้พนักงานทำความสะอาดปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Taylor & Harris, 2019) อย่างไรก็ตาม พนักงานทำความสะอาดมีความแตกต่างกันในเรื่องอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน ทำให้พบปัญหาและอุปสรรคในการอบรมให้ความรู้ อีกทั้งพนักงานทำความสะอาดมีภาระงานมาก ทำให้ไม่สามารถเข้ารับ

การอบรมและฟังการบรรยายเกี่ยวกับการทำความสะอาด และการทำลายเชื้อได้ นอกจากนี้ การฟังการบรรยาย เพียงอย่างเดียว พนักงานทำความสะอาดจะไม่เห็นภาพประกอบและไม่เห็นวิธีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จึงยากที่จะทำให้เกิดความเข้าใจและไม่สามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพได้

จากการศึกษาพบว่า สื่อวีดิทัศน์สามารถถ่ายทอดสาระความรู้โดยใช้ภาพประกอบทั้งภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหวและเสียง เพื่อเน้นเนื้อหาโดยการสาธิตสามารถใช้ได้กับบุคคลทุกระดับ ทำให้เข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น (ณรงค์ราญ วิเศษกุล, 2562) และสามารถนำสื่อวีดิทัศน์กลับมาดูซ้ำเพื่อทบทวนแนวปฏิบัติในการทำความสะอาด และการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมได้ตามต้องการ (ปิยะฉัตร วิเศษยน, 2560) การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลด้วยสื่อวีดิทัศน์ จึงถือเป็นช่องทางการให้ความรู้แก่พนักงานทำความสะอาดที่เหมาะสม เนื่องจากทำให้เห็นภาพและได้ยินเสียงพร้อมกัน มองเห็นการสาธิตอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งง่ายต่อการทำความเข้าใจ และเข้าถึงกลุ่มพนักงานทำความสะอาดได้ง่ายและสะดวก ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด เพื่อให้ความรู้และทบทวนแนวปฏิบัติที่ถูกต้องครอบคลุมทุกกิจกรรมที่พนักงานทำความสะอาดต้องรู้และปฏิบัติในการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อในสิ่งแวดล้อมและลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม

ของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของพนักงานทำความสะอาดที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ของ Alessi and Trollip (1991) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมการ (preparation) ขั้นตอนการออกแบบ (design instruction) ขั้นตอนการสร้างบทดำเนินเรื่อง (storyboard display on paper) ขั้นตอนการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนับสนุน (produce supporting material) และขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ (evaluate and revise) ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีการประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมย์กุกแกน (Meguigans) หากได้ค่ามากกว่า 1 แสดงว่า สื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพ และมีการประเมินความพึงพอใจของพนักงานทำความสะอาดที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ ในด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบและการนำเสนอ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นพนักงานทำความสะอาดในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่ปฏิบัติงานในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี 3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อสื่อสารได้ เข้าใจ 4) ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างในการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง จำนวน 1 คน (มีการศึกษาระดับ ปวส.) 2) กลุ่มตัวอย่างในการทดสอบแบบกลุ่มย่อย จำนวน 10 คน และ 3) กลุ่มตัวอย่างในการทดสอบภาคสนาม จำนวน 30 คน รวมจำนวน 41 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1.1 บทดำเนินเรื่องการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวปฏิบัติในการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ขององค์กร 4 องค์กร ได้แก่ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค เครือข่ายการควบคุมการติดเชื้อแอฟริกา (Centers for Disease Control and Prevention and the Infection Control Africa Network) ปี ค.ศ. 2019 สมาคมโรคติดเชื้อประเทศสหรัฐอเมริกา (International Society for Infectious Disease) ปี ค.ศ. 2018 สถานพยาบาลของรัฐเซาท์ไอร์แลนด์ (South Australian Healthcare Facilities) ปี ค.ศ. 2017 และสมาคมควบคุมการติดเชื้อแห่งเอเชียแปซิฟิก (Asia Pacific Society of Infection Control) ปี ค.ศ. 2015 เนื้อหาประกอบด้วย การจัดเตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาด การเตรียมสารขัดล้างและน้ำยาทำลายเชื้อ การสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การทำความสะอาดเตียงผู้ป่วย การทำความสะอาดพื้นบริเวณผู้ป่วย การทำความสะอาดบริเวณที่เป็นเลือดหรือสารคัดหลั่ง การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อห้องแยกโรคและบริเวณผู้ป่วยติดเชื้อ การทำความสะอาดพื้นที่ทั่วไป การทำความสะอาดผ้าปูที่นอน การทำความสะอาดอ่างล้างมือ การทำความสะอาดห้องน้ำห้องส้วมผู้ป่วย การทำความสะอาดหมอนนอน กระบอกปัสสาวะ

ที่ตวงปัสสาวะ และขวดรองรับปัสสาวะ การเก็บมูลฝอย และการจัดการอุปกรณ์ในการทำความสะอาดหลังใช้งาน

1.2 แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ ของนฤมล ผลดี (2561) เพื่อนำข้อมูลความคิดเห็นมาใช้ในการปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ระหว่างการพัฒนา โดยใช้ในขั้นตอนการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง และขั้นตอนการทดสอบแบบกลุ่มย่อย แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านการลำดับเรื่อง และการออกแบบ ด้านความยากง่ายของเนื้อหา ด้านความสะดวกของการใช้งาน และด้านความพึงพอใจ ในภาพรวมต่อสื่อวีดิทัศน์ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ควรปรับปรุงไม่เห็นด้วย และเห็นด้วย นอกจากนี้ยังมีคำถามปลายเปิดเพื่อสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง แผนกที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นพนักงานทำความสะอาด การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม และปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงาน จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้การทำมาความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ความหมายของการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ความสำคัญของการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ระยะเวลาที่เชื้อสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อม หนทางการ

แพร่กระจายเชื้อจากสิ่งแวดล้อม และแนวปฏิบัติในการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา จำนวน 6 ข้อ ด้านการออกแบบและการนำเสนอ จำนวน 10 ข้อ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับน้อย (1.00-2.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน) ในระดับมาก (3.01-4.00 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.01-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำบทความเรื่อง แบบทดสอบความรู้การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ (4 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบทดสอบความรู้ เท่ากับ .89 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำและนำบทความเรื่อง และแบบสอบถามความพึงพอใจไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเหมาะสมของการออกแบบ และความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและจัดทำสื่อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความพึงพอใจ เท่ากับ 1 จากนั้น

นำแบบทดสอบความรู้ ไปทดลองใช้กับพนักงานทำความสะอาดในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .76

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 040/2021 วันที่ 25 พฤษภาคม 2564) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (เอกสารรับรอง เลขที่ 8/2564 วันที่ 29 มิถุนายน 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ คือ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล และ 2) รวบรวมข้อมูล เตรียมความพร้อมของเนื้อหาโดยทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติในการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด
2. ขั้นตอนการออกแบบ ผู้วิจัยเตรียมภาพนิ่งภาพเคลื่อนไหว และตัวอักษรที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล โดยส่งแบบร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

ความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา

3. ขั้นตอนการสร้างบทดำเนินเรื่อง ผู้วิจัยสร้างบทดำเนินเรื่องตามแบบที่วางไว้ จากนั้นจึงสร้างเป็นสื่อวีดิทัศน์ โดยมีการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้สื่อวีดิทัศน์มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้

4. ขั้นตอนการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนับสนุน ผู้วิจัยจัดทำเอกสารประกอบการใช้สื่อวีดิทัศน์ เพื่อแนะนำวิธีการใช้และเนื้อหาแต่ละตอน

5. ขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับพนักงานทำความสะอาดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ให้เหมาะสมและเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ โดยผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ชีแจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการดังนี้

5.1 การทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ชมสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้น (ความยาว 25 นาที 8 วินาที) แล้วให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับสื่อวีดิทัศน์ทั้งด้านเนื้อหา ด้านการลำดับเรื่องและการออกแบบ ด้านความง่ายของเนื้อหา และด้านความสะดวกของการใช้งาน แต่มีข้อเสนอแนะว่า คำบรรยายวิธีการสวมผ้าปิดปากและจมูกชนิดกรองอากาศ (N95) ควรมาพร้อมๆ กับภาพ และสะกดคำให้ถูกต้อง รวมทั้งควรเพิ่มคำบรรยายภาพการทิ้งผ้าผ่านพลาสติกกรณีผู้ป่วยติดเชื้อลงถังมูลฝอยติดเชื้อ ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับปรุง

5.2 การทดสอบแบบกลุ่มย่อย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์

สิทธิ ให้ชมสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้น (ความยาว 25 นาที 8 วินาที) แล้วให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าสื่อวีดิทัศน์นำเสนอเนื้อหาได้น่าสนใจ นำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติได้มาก มีการลำดับเรื่องและการออกแบบดีมาก รวมทั้งมีการสาธิตกิจกรรมการทำความสะอาดที่เข้าใจง่าย

5.3 การทดสอบภาคสนาม ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบทดสอบความรู้การทำทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์ (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที จากนั้นให้ชมสื่อวีดิทัศน์ที่ปรับปรุงแล้ว (ความยาว 25 นาที 8 วินาที) แล้วให้ตอบแบบทดสอบความรู้ฯ และแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมทริกซ์เกณฑ์ จำนวนจากอัตราส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการชมสื่อวีดิทัศน์กับก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์ หากได้ค่ามากกว่า 1 แสดงว่า สื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพ ส่วนการเปรียบเทียบความรู้การทำทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพนักงานทำความสะอาด

(n = 41) พบว่า พนักงานทำความสะอาดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 97.56 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.90 โดยมีอายุเฉลี่ย 42.95 ปี ( $SD = 9.50$ ) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.58 มีตำแหน่งเป็นพนักงานรายวัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.34 ปฏิบัติงานที่แผนกอายุรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.15 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นพนักงานทำความสะอาดอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.59 โดยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 9.24 ปี ( $SD = 6.94$ ) ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม คิดเป็นร้อยละ 70.73 และปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงาน คือ มีภาระงานมาก คิดเป็นร้อยละ 60.98

2. สื่อวิถีทัศน์การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด มีความยาว 25 นาที 8 วินาที ประกอบด้วย 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ความรู้ทั่วไป เนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญของการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม หนทางแพร่กระจายเชื้อจากสิ่งแวดล้อม การจัดเตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาด การเตรียมสารขัดล้างและน้ำยาทำลายเชื้อ และการสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล มีความยาว 12 นาที 39 วินาที นำเสนอด้วยข้อความและภาพนิ่ง พร้อมเสียงบรรยาย และตอนที่ 2 แนวปฏิบัติในการทำความสะอาดและ

การทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การจัดเตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาด การเตรียมสารขัดล้างและน้ำยาทำลายเชื้อ การสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การทำความสะอาดเตียงผู้ป่วย การทำความสะอาดพื้นบริเวณผู้ป่วย การทำความสะอาดบริเวณที่เป็นเลือดหรือสารคัดหลั่ง การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อห้องแยกโรค และบริเวณผู้ป่วยติดเชื้อ การทำความสะอาดพื้นที่ทั่วไป การทำความสะอาดผ้าปู การทำความสะอาดอ่างล้างมือ การทำความสะอาดห้องน้ำห้องส้วมผู้ป่วย การทำความสะอาดหมอนนอน กระบอกปัสสาวะ ที่วางปัสสาวะ และขวดรองรับปัสสาวะ การเก็บมูลฝอย และการจัดการอุปกรณ์ในการทำความสะอาดหลังใช้งาน มีความยาว 12 นาที 29 วินาที นำเสนอด้วยภาพเคลื่อนไหวแสดงวิธีการปฏิบัติประกอบคำบรรยาย

### 3. ประสิทธิภาพของสื่อวิถีทัศน์

3.1 การประเมินประสิทธิภาพของสื่อวิถีทัศน์ ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกยูแกนส์ พบว่า อัตราส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการชมสื่อวิถีทัศน์กับก่อนการชมสื่อวิถีทัศน์ มีค่าเท่ากับ 1.37 ซึ่งแสดงว่า สื่อวิถีทัศน์มีประสิทธิภาพ

3.2 การเปรียบเทียบความรู้การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลของพนักงานทำความสะอาด ระหว่างก่อนกับหลังการชมสื่อวิถีทัศน์ พบว่า หลังการชมสื่อวิถีทัศน์ พนักงานทำความสะอาดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสูงกว่าก่อนการชมสื่อวิถีทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 14.578, p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลของพนักงานทำความสะอาด ระหว่างก่อนกับหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ (n = 30)

ความรู้การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อ ในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล	M	SD	t	p
ก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์	11.33	2.70	14.578	< .001
หลังการชมสื่อวีดิทัศน์	15.57	1.28		

4. ความพึงพอใจของพนักงานทำความสะอาดที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด พบว่า พนักงานทำความสะอาดมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมในระดับมากที่สุด (M = 4.63, SD = .48) เมื่อจำแนก

เป็นรายด้าน พบว่า พนักงานทำความสะอาดมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ในระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา (M = 4.49, SD = .50) ด้านการออกแบบและการนำเสนอ (M = 4.40, SD = .52) และด้านประโยชน์ที่ได้รับ (M = 4.71, SD = .45) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของพนักงานทำความสะอาดที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด จำแนกเป็นรายข้อในแต่ละด้าน และโดยรวม (n = 30)

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	M	SD	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านเนื้อหา						
1. เนื้อหาน่าสนใจ น่าติดตาม	9 (30.00)	21 (70.00)	-	4.30	.46	มากที่สุด
2. เนื้อหาเข้าใจง่าย กระชับ ได้ใจความชัดเจน	22 (73.33)	8 (26.67)	-	4.27	.44	มากที่สุด
3. เนื้อหาครอบคลุมสิ่งที่ จำเป็นต้องรู้	11 (36.67)	19 (63.33)	-	4.55	.50	มากที่สุด
4. เนื้อหามีความต่อเนื่อง	12 (40.00)	16 (53.33)	2 (6.67)	4.50	.67	มากที่สุด
5. สรุปเนื้อหาได้ชัดเจน	15 (50.00)	15 (50.00)	-	4.75	.43	มากที่สุด
6. ภาษาที่ใช้มีความเหมาะสม	17 (56.67)	13 (43.33)	-	4.57	.50	มากที่สุด
	โดยรวม			4.49	.50	มากที่สุด

**ตารางที่ 2** ความพึงพอใจของพนักงานทำความสะอาดที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์การทำมาสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด จำแนกเป็นรายข้อในแต่ละด้าน และโดยรวม (n = 30) (ต่อ)

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	M	SD	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านการออกแบบและการนำเสนอ						
1. ตัวอักษรมีขนาดเหมาะสม	9 (30.00)	19 (63.33)	2 (6.67)	4.28	.52	มากที่สุด
สวยงาม						
2. การลำดับภาพมี	7 (23.33)	23 (76.67)	-	4.23	.42	มากที่สุด
ความเหมาะสม						
3. ภาพประกอบสวยงาม	12 (40.00)	18 (60.00)	-	4.40	.49	มากที่สุด
น่าสนใจ						
4. ภาพกับเนื้อหาสัมพันธ์กัน	14 (46.67)	16 (53.33)	-	4.47	.50	มากที่สุด
5. ภาพสามารถสื่อความหมาย	18 (60.00)	12 (40.00)	-	4.60	.49	มากที่สุด
ได้ดี เข้าใจง่าย						
6. ภาพคมชัด	15 (50.00)	14 (46.67)	1 (3.33)	4.47	.56	มากที่สุด
7. เสียงบรรยายชัดเจน	12 (40.00)	16 (53.33)	2 (6.67)	4.33	.60	มากที่สุด
8. ดนตรีประกอบเหมาะสม	11 (36.67)	19 (63.33)	-	4.37	.48	มากที่สุด
9. รูปแบบวิธีการนำเสนอ	16 (53.33)	14 (46.67)	-	4.53	.50	มากที่สุด
น่าสนใจ						
10. ระยะเวลามีความเหมาะสม	12 (40.00)	14 (46.67)	4 (13.33)	4.27	.68	มากที่สุด
โดยรวม				4.40	.52	มากที่สุด
ด้านประโยชน์ที่ได้รับ						
1. ได้รับความรู้ที่เป็น	21 (70.00)	9 (30.00)	-	4.70	.46	มากที่สุด
ประโยชน์						
2. ความรู้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้	22 (73.33)	8 (26.67)	-	4.73	.44	มากที่สุด
โดยรวม				4.71	.45	มากที่สุด
โดยรวมทั้งหมด				4.63	.48	มากที่สุด

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า สื่อวีดิทัศน์การทำมาสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับ

พนักงานทำความสะอาดที่พัฒนาขึ้น มีความยาว 25 นาที 8 วินาที ประกอบด้วย 2 ตอน คือ ความรู้ทั่วไป และแนวปฏิบัติในการทำมาสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาตามแนวคิดการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ของ Alessi

and Trollip (1991) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการเตรียมการ ขั้นตอนการออกแบบ ขั้นตอนการสร้างบทดำเนินเรื่อง ขั้นตอนการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนับสนุน และขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอโดยใช้สื่อประสมประกอบด้วยภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ภาพกราฟิก พร้อมเสียงบรรยายประกอบการสาธิตกิจกรรมการทำ ความสะอาดและการทำลายเชื้อ อีกทั้งได้จัดเตรียมเนื้อหา ในสื่อวีดิทัศน์ให้มีความกระชับ ไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย ภาพที่นำมาประกอบมีความสัมพันธ์กับเนื้อหา ซึ่งช่วยให้พนักงานทำความสะอาดมองเห็นภาพที่ใกล้เคียงกับเหตุการณ์จริงและนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ การใช้สื่อวีดิทัศน์จึงช่วยให้ผู้เรียนเห็นสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน เข้าใจง่าย ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีและมีประสิทธิภาพ มากขึ้น (นงศ์คราญ วิเศษกุล, 2562)

ผลการวิจัยพบว่า สื่อวีดิทัศน์การทำ ความสะอาด และการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับ พนักงานทำความสะอาด มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ มาตรฐานของเมกุยแกนส์ และพบว่า หลังการชมสื่อ วีดิทัศน์ พนักงานทำความสะอาดมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม ของโรงพยาบาล สูงกว่าก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นพนักงานทำความสะอาด อยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 36.59) ซึ่งถือว่า มีประสิทธิภาพการทำงานไม่มากนัก โดยแนวปฏิบัติใน การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม ของโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของ พนักงานทำความสะอาดโดยตรง กลุ่มตัวอย่างจึงมี ความสนใจในการชมสื่อวีดิทัศน์ อีกทั้งยังเห็นว่าสื่อ วีดิทัศน์นำเสนอเนื้อหาที่น่าสนใจ นำไปใช้ประโยชน์ ในการปฏิบัติได้มาก มีการลำดับเรื่องและการออกแบบ ดีมาก รวมทั้งมีการสาธิตกิจกรรมการทำ ความสะอาด ที่เข้าใจง่าย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม

ของโรงพยาบาลสูงขึ้น ดังนั้น สื่อที่มีประสิทธิภาพจึง สามารถสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้ปฏิบัติงาน ได้ถูกต้องและสามารถจดจำแนวปฏิบัติได้ดีขึ้น (อภิศรา จังพานิช และอรชร ศรีไทรล้วน, 2558) ซึ่งผล การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรภรณ์ ไพโรจน์, นงศ์คราญ วิเศษกุล, และนงเยาว์ เกษตรภิบาล (2567) ที่พบว่า หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ ผู้ดูแลมีคะแนน เฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดิน ปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด สูงกว่าก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์ และสอดคล้องกับ การศึกษาของคำพอง คำนนท์, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และนงเยาว์ เกษตรภิบาล (2555) ที่พบว่า หลังการชม สื่อวีดิทัศน์ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสูงกว่า ก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์

ผลการวิจัยพบว่า พนักงานทำความสะอาดมี คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวม และรายด้านในระดับมากที่สุด ทั้งด้านเนื้อหา ด้าน การออกแบบและการนำเสนอ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ ทั้งนี้เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์นี้มีเนื้อหาที่น่าสนใจ มีภาพ ที่คมชัด สวยงาม เสียงบรรยายชัดเจน การนำเสนอ น่าสนใจ มีการสาธิตกิจกรรมการทำ ความสะอาดและ การทำลายเชื้ออย่างเป็นขั้นตอนและเข้าใจง่าย ทำให้ มีความรู้และเข้าใจแนวปฏิบัติมากยิ่งขึ้น และสามารถ นำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานใน ชีวิตประจำวันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอรพรธม บัวเพ็ง, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และพิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น (2567) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมี คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์การป้องกัน การติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยรวมและรายด้านในระดับมากที่สุด ทั้งด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ

#### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการแพทย์ควรเผยแพร่สื่อ  
วีดิทัศน์การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อใน  
สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลสำหรับพนักงานทำความสะอาด  
แค้นพนักงานทำความสะอาดที่ปฏิบัติงานใน  
แผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล เพื่อให้มีความรู้และ  
สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะ  
ช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลได้

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความคงอยู่ของความรู้การทำ  
ความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของ  
โรงพยาบาลหลังการชมวีดิทัศน์ โดยประเมินความรู้  
เป็นระยะ และศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติของพนักงาน  
ทำความสะอาดในการทำความสะอาดและการทำลาย  
เชื้อในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ  
ความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์กับกลุ่มที่ได้รับความรู้ด้วยวิธีอื่น

## เอกสารอ้างอิง

คำพอง คำนันท, อะเคื้อ อุนหละกะ, และนางเยาว์  
เกษตร์ภิบาล. (2555). การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์  
เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคใน  
ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่. *พยาบาลสาร*, 39(2),  
101-115.

จิตตารณ จิตรีเชื้อ. (2560). *การจัดการสิ่งแวดล้อมใน  
โรงพยาบาล เพื่อควบคุมการติดเชื้อ*. เชียงใหม่:  
สมาร์ท โคตติง แอนด์ เซอร์วิส.

นงศ์คราญ วิเศษกุล. (2562). *การพัฒนาสื่อการเรียน  
การสอนทางการแพทย์: แนวคิดและการประยุกต์  
ใช้*. เชียงใหม่: โขตนาพรินทร์.

นฤมล ผลดี. (2561). *การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับ  
การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง* (วิทยานิพนธ์  
ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิยะดนัย วิเคียน. (2560). *ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ  
วีดิทัศน์*. สืบค้นจาก <https://krupiyadanai.wordpress.com/tag/วีดิทัศน์/>

วัชรภรณ์ ไพโรจน์, นงศ์คราญ วิเศษกุล, และนางเยาว์  
เกษตร์ภิบาล. (2567). การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์  
สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบ  
ทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลา  
แบบสะอาด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า  
จันทบุรี*, 35(1), 13-25.

อภิสร่า จังพานิช, และอรชร ศรีไพโรจน์. (2558).  
ผลของการใช้วีดิทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วย  
ประจำวันต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล  
บนหอผู้ป่วยและความพึงพอใจ ของนักศึกษา  
พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์  
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วารสารเกื้อการุณย์*,  
22(1), 17-34.

อรพรรณ บัวเพ็ง, อะเคื้อ อุนหละกะ, และพิมพ์ภรณ์  
กลั่นกลิ่น. (2567). การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ใน  
การป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือด  
ด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล  
พระปกเกล้า จันทบุรี*, 35(1), 141-155.

Alessi, S. M., & Trollip, S. R. (1991). *Computer-  
based instruction: Methods and development*.  
Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Bernstein, M. J., Wiek, A., Brundiers, K., Pearson,  
K., Minowitz, A., Kay, B., & Golub, A. (2016). Mitigating urban sprawl effects: A collaborative tree and shade intervention in Phoenix, Arizona, USA. *Local Environment: The International Journal of Justice and Sustainability*, 21(4), 414-431. doi:10.1080/13549839.2014.965672

- Cross, S., Gon, G., Morrison, E., Afsana, K., Ali, S. M., Manjang, T., ... Graham, W. J. (2019). An invisible workforce: The neglected role of cleaners in patient safety on maternity units. *Global Health Action, 12*(1), 1480085. doi:10.1080/16549716.2018.1480085
- DePaola, L. G., & Grant, L. E. (2020). Summary of infection control in the dental office: A global prospective. In L. G. DePaola & L. E. Grant (Eds.), *Infection Control in the Dental Office: A global prospective* (pp. 213–216). Cham, Switzerland: Springer.
- Dewangan, A., & Gaikwad, U. (2020). Comparative evaluation of a novel fluorescent marker and environmental surface cultures to assess the efficacy of environmental cleaning practices at a tertiary care hospital. *The Journal of Hospital Infection, 104*(3), 261–268. doi:10.1016/j.jhin.2019.11.011
- Paz, V., Paniagua, M., Santillán, A., Alaniz, M., D'Agostino, L., Orellana, R., & Rodríguez, C. (2020). Hospital environment hygiene nurse: A key player to reduce healthcare associated infections by multi-resistant organisms. *Infection Prevention in Practice, 2*(1), 100030. doi:10.1016/j.infpip.2019.100030
- Popovich, K. J., Davila, S., Chopra, V., Patel, P. K., Lassiter, S., Olmsted, R. N., & Calfee, D. P. (2019). A tiered approach for preventing Methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection. *Annals of Internal Medicine, 171*(Suppl. 7), 59–65. doi:10.7326/M18-3468
- Santos, S. S. D., Mendes, I. A. C., Godoy, S., Rangel, E. M. L., Souza, M. C., Queiroz, A. A. F. L. N., ... Ferreira, M. V. F. (2020). Profile of environmental service managers and workers in Brazilian hospitals. *Applied Nursing Research, 51*, 151229. doi:10.1016/j.apnr.2019.151229
- Suleyman, G., Alangaden, G., & Bardossy, A. C. (2018). The role of environmental contamination in the transmission of nosocomial pathogens and healthcare-associated infections. *Current Infectious Disease Reports, 20*(6), 12. doi:10.1007/s11908-018-0620-2
- Taylor, K. P., & Harris, D. D. (2019). Cleaning and disinfecting protocols for hospital environmental surfaces: A systematic review of the literature. *Journal of Hospital Administration, 8*(6), 27–40. doi:10.5430/jha.v8n6p2

# ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง\*

## Factors Affecting Herbal Medicine Use Behavior to Relieve Musculoskeletal Pain of Personnel in a Hospital\*

จันทร์นภา สว่างใจ, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)<sup>1</sup>

Jannapa Sawangjai, M.P.H. (Public Health)<sup>1</sup>

วฑู พรหมพิทยารัตน์, Ph.D. (Pharmaceutical Sciences)<sup>2</sup>

Watoo Phrompittayarat, Ph.D. (Pharmaceutical Sciences)<sup>2</sup>

Received: April 6, 2023

Revised: November 25, 2024

Accepted: December 3, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากร กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 333 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ มีค่าความเชื่อมั่น .90 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ มีค่าความเชื่อมั่น .83 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อในการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ (มี 2 ด้าน) มีค่าความเชื่อมั่น .83 และ .81 แบบสอบถามปัจจัยเสริมในการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ (มี 2 ส่วน) มีค่าความเชื่อมั่น .83 และ .87 และแบบสอบถาม

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

<sup>1</sup> Master's Thesis of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

<sup>1</sup> มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

<sup>1</sup> Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

<sup>1</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: jannapas64@nu.ac.th

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

<sup>2</sup> Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ มีค่าความเชื่อมั่น .88 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อในระดับต่ำ ( $M = 10.96, SD = 1.10$ ) ระดับการศึกษาประถมศึกษา อาชีพแพทย์แผนไทย ประเภทการจ้างงานเป็นพนักงานราชการ ประเภทการจ้างงานเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ประเภทการจ้างงานเป็นลูกจ้างชั่วคราว การไม่มีโรคประจำตัว และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพร สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรได้ร้อยละ 13.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\text{adj. } R^2 = .136, p < .05$ ) โดยอาชีพแพทย์แผนไทยสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรได้มากที่สุด ( $\text{Beta} = .252, p < .001$ )

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานควรมีการณรงค์ให้บุคลากรใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ และควรมีนโยบายให้ส่งจ่ายยาสมุนไพรเป็นยาลำดับแรกในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ เพื่อกระตุ้นการใช้ยาสมุนไพร และลดค่าใช้จ่ายในการนำเข้ายาแผนปัจจุบัน  
**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร อาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ บุคลากรในโรงพยาบาล

### Abstract

This predictive correlational research aimed to examine herbal medicine use behavior to relieve musculoskeletal pain and factors affecting herbal medicine use behavior to relieve musculoskeletal pain of personnel. The samples were 330 personnel in Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province. The research instruments included a demographic questionnaire, a knowledge on herbal medicine use to relieve musculoskeletal pain test with a reliability of .90, an attitude towards herbal medicine use to relieve musculoskeletal pain questionnaire with a reliability of .83, a perceived benefit of herbal medicine use to relieve musculoskeletal pain questionnaire with a reliability of .78, an enabling factor of herbal medicine use to relieve musculoskeletal pain questionnaire (2 dimensions) with the reliabilities of .83 and .81, a reinforcing factor of herbal medicine use to relieve musculoskeletal pain questionnaire (2 parts) with the reliabilities of .83 and .87, and a herbal medicine use behavior to relieve musculoskeletal pain questionnaire with a reliability of .88. Data were collected from January to March 2023. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that the mean score of herbal medicine use behavior to relieve musculoskeletal pain of personnel was at a low level ( $M = 10.96, SD = 1.10$ ). Elementary education level, Thai traditional medicine occupation, employment as a government employee, employment as a Ministry of Public Health employee, employment as a temporary employee, no underlying disease, and perceived benefit of herbal medicine use could statistically significantly predict the herbal medicine use behavior to relieve musculoskeletal pain of personnel at 13.60% (adj.  $R^2 = .136, p < .05$ ). The most predictive factor was Thai traditional medicine occupation (Beta = .252,  $p < .001$ ).

This research suggests that the agency should campaign for personnel to use herbal medicines to alleviate musculoskeletal pain, and there should be a policy to prescribe herbal medicines as a first-line drug for patients with musculoskeletal pain. This will stimulate the use of herbal medicines and reduce the cost of importing modern medicines.

**Keywords:** Herbal medicine use behavior, Musculoskeletal pain, Personnel in hospital

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal disorder [MSDs]) เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วโลกในกลุ่มของคนที่ทำงาน ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม โดยปัจจุบันกลุ่มอาการนี้สามารถพบได้ในหลายลักษณะงานหรือในหลายกลุ่มอาชีพ และมีโอกาสเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก (อรรถพล แก้วนาถ, 2560) ในปี พ.ศ. 2562 องค์การสุขภาพและความปลอดภัย ประเทศอังกฤษ ได้รายงานจำนวนผู้ที่มีอาการผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกิดจากการทำงาน ว่ามีอุบัติการณ์สูงถึง 1,420 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่มีอาการปวดบริเวณร่างกายส่วนบนและคอ ร้อยละ 44 รองลงมา คือ หลัง ร้อยละ 37 และจากการสำรวจในรอบ 12 เดือนของประเทศอังกฤษพบว่า คนงานมีการสูญเสียวันทำงานมากกว่า 28.40 ล้านวัน จากการมีอาการผิดปกติบริเวณคอ ไหล่ และหลัง โดยอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานสามารถพบได้ในหลายอาชีพ ไม่ว่าจะเป็นอาชีพที่ใช้แรงงานโดยตรงหรืออาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ เช่น บุคลากรด้านสาธารณสุข (อรรถพล

แก้วนาถ, บรรพต โลหะพุนตระกูล, และกลางเดือน โพนนา, 2560) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานจากสำนักงานสถิติ กระทรวงแรงงาน ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ระบุว่า กลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพมีอัตราการเกิดอาการผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อสูงเป็นอันดับ 3 รองจากกลุ่มอุตสาหกรรมการขนส่งสินค้าและอุตสาหกรรมเกษตร (ชีวิรัตน์ ปราสาร, 2564)

สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน จำนวน 114,578 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 189.37 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 ที่พบผู้ป่วยจำนวน 100,743 คน หรือคิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 167.22 โดยกลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 15-59 ปี โดยพบจำนวน 80,107 คน คิดเป็นร้อยละ 69.90 ซึ่งกลุ่มอายุดังกล่าวจัดอยู่ในช่วงวัยแรงงาน (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2561) และจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center [HDCI]) กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2564 พบว่า โรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมีอัตราป่วย

เท่ากับ 249.85, 291.98, 308.67, 286.82 และ 251.18 ตามลำดับ โดยหนึ่งในกลุ่มที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ คือ บุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาล (ฉาน ปัทมะ พलयง, มริสสา กองสมบัติสุข, วรรณภา แสงศรีจันทร์, และชนินฐา เสมานุสรณ์, 2560)

อาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นกลุ่มอาการที่ก่อให้เกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับข้อต่อ กล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อ เอ็นข้อต่อ เส้นประสาท และเนื้อเยื่ออ่อนอื่น ๆ โดยมีอาการสำคัญ คือ อาการปวดส่วนต่างๆ ของร่างกาย (ทัศนพงษ์ ดันติปัญญาพร, เขวาลักษณ์ อยู่นิ่ม, ยุวดี ทองมี, และอรวรรณ กิรติโรจน์, 2562) ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คือ ทำให้เกิดการเจ็บปวด ความเมื่อยล้า ความเครียดสะสม เกิดการบาดเจ็บของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อแบบเรื้อรัง (สิวลี รัตนปัญญา, สามารต ใจเด็ย, สุรศักดิ์ นุ่มมีศรี, กานต์ชัยญา แก้วแดง, และจิตติมา กัตัญญ, 2559) รวมถึงการมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล หากมีอาการปวดกล้ามเนื้อในระดับรุนแรงอาจทำให้เกิดการขาดงานและขาดรายได้จากการทำงาน (จุลจิรา วีรจิตกุล, ชนินฐา นาคะ, และปิยะภรณ์ บุญพัฒน์, 2555) และจากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งให้เห็นว่า โรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจมากถึง 1.40 ล้านบาทต่อปี คิดเป็นมูลค่าการสูญเสียมากถึง 38,820 บาทต่อคนต่อปี โดยวัดจากจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารักษาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งการรักษาหรือบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อในปัจจุบันสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การทำกายภาพบำบัด การผ่าตัด การนวด แต่วิธีที่นิยมใช้มากที่สุด คือ การรับประทานยาแก้ปวดหรือยากลายกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะการใช้ยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammation drug [NSAIDs]) โดยผู้ใช้อาจมีอาการเลือดออกในทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย หรือมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากยา NSAIDs ทุกชนิด

ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะหากใช้เป็นเวลานานและต่อเนื่อง (วัชรภรณ์ กุลวงศ์, สังคม สุภรัตนกุล, และพัชรภรณ์ ไชยศรี, 2561) และจากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่ามีการนำเข้าและผลิตยาแผนปัจจุบันกลุ่มรักษาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อมูลค่าประมาณ 8,589 ล้านบาท 8,730 ล้านบาท และ 9,621 ล้านบาท ตามลำดับ (กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2560) ซึ่งมีมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นทุก ๆ ปี ทำให้ต้องสูญเสียเงินจากการนำเข้ายาแผนปัจจุบันจากต่างประเทศเป็นจำนวนมาก ดังนั้นเพื่อเป็นการลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาแผนปัจจุบันในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ และเพื่อลดการนำเข้ายาแผนปัจจุบันในกลุ่มบรรเทาอาการปวดจากระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ การรักษาด้วยยาสมุนไพรจึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่น่าสนใจของประชาชนที่ต้องการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง

ปัจจุบันยาสมุนไพรได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้น จะเห็นได้จากการมีนโยบายสนับสนุนการใช้สมุนไพรจากหน่วยงานต่างๆ รวมถึงองค์การอนามัยโลกที่ได้สนับสนุนให้มีการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง สำหรับประเทศไทย มีการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพและรักษาอาการเจ็บป่วยมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยยาสมุนไพรในกลุ่มบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อที่นิยมใช้ได้แก่ ยากษัยเส้น ยาแก้ลมอัมพฤกษ์ ยาธรณีสังฆะชาต ยาผสมโคคลาน ยาเดอวัลย์เปรี๊ยง และยาสหัชชารา ซึ่งเป็นยาชนิดรับประทานที่สามารถใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันในกลุ่ม paracetamol, muscle relaxant, NSAIDs, paracetamol+orphenadrine (Norgesic), orphenadrine และ tolperisone ได้ สำหรับยาที่บรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อในรูปแบบยาใช้ภายนอก ได้แก่ ยาฟริก ยาไฟล ยาน้ำมันไฟล ยาขี้ผึ้งไฟล และยาประคบ สามารถใช้ทดแทนยา

แผนปัจจุบันในกลุ่ม methyl salicylate, NSAIDs cream, ointment, balm และ gel ได้ (ศูนย์หลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, 2564)

ลักษณะการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นการทำงานที่มีความเครียดสูง มีความเร่งรีบในการทำงาน เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นสถานบริการสาธารณสุข มีภารกิจในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมแก่ประชาชน ซึ่งสถานบริการสาธารณสุขประกอบด้วย โรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางที่ขึ้นตรงกับกรมการแพทย์ จำนวน 18 แห่ง โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 34 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง จำนวน 26 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 87 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 778 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9,769 แห่ง (กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยสถานพยาบาลดังกล่าวมีจำนวนไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร และจากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2563 ระบุว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยคนไทยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เลือกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีจำนวนมากและกระจายทั่วถึงที่สุด จึงทำให้ผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2563) บุคลากรในโรงพยาบาลของรัฐจึงต้องแบกรับภาระหน้าที่ที่หนักมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลศูนย์

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 700 เตียง รับส่งต่อผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 3 (ประกอบด้วยจังหวัดนครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และชัยนาท) เนื่องจากในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เมื่อโรงพยาบาลมีการให้บริการประชาชนเป็นจำนวนมากจึงทำให้เกิดความเร่งรีบ และหลายแผนกในโรงพยาบาลมีการทำงาน

เป็นช่วงเวลา มีการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันทำงาน มีการทำงานล่วงเวลา และทำงานในวันหยุด ทำให้เกิดความเครียดสะสม มีเวลาพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง และไม่ได้ออกกำลังกาย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อได้ (นิรันดร์ ฤกษ์เกษม, 2557) ซึ่งจากสถิติการเข้ารับบริการคลินิกแพทย์แผนไทย (OPD คู่ขนาน) โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า ผู้รับบริการร้อยละ 80 เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่มีอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การใช้ยาสมุนไพรในกลุ่มประชาชนทั่วไป ซึ่งมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ และการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อยังมีจำนวนไม่มาก ถึงแม้กลุ่มอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อจะเป็นกลุ่มอาการที่มีความรุนแรงน้อย แต่ก็เป็นกลุ่มอาการที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จิตใจ และเศรษฐกิจ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ การใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อจึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่น่าสนใจของประชาชน จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มบทบาทในการเป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร และเพื่อให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากร

ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

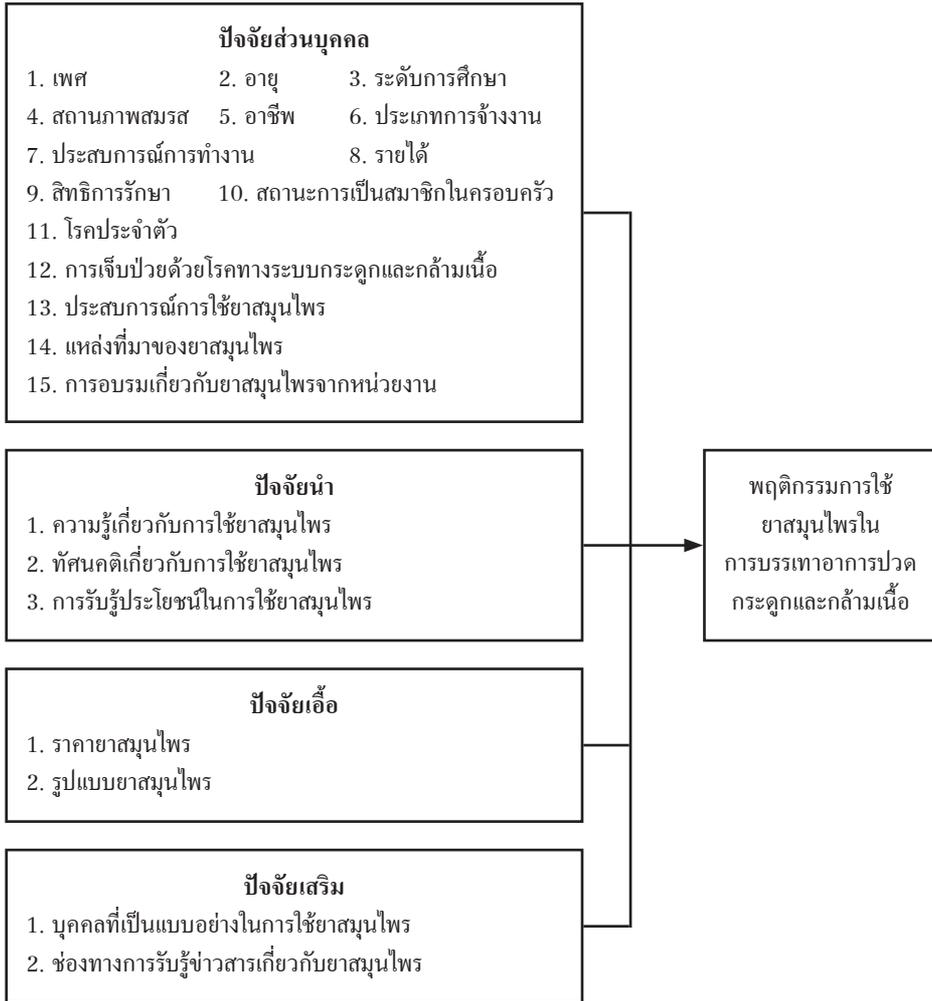
### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประเภทการทำงาน ประสบการณ์การทำงาน รายได้ สิทธิการรักษา สถานะการเป็นสมาชิก ในครอบครัว โรคประจำตัว การเจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร แหล่งที่มาของยาสมุนไพร และการอบรมเกี่ยวกับยาสมุนไพรจากหน่วยงาน) ปัจจัยนำ (ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ทักษะคิดเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพร) ปัจจัยเอื้อ (ราคายาสมุนไพร และรูปแบบยาสมุนไพร) และปัจจัยเสริม (บุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร และช่องทางการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร

ในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ได้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดของแบบจำลอง PRECEDE ของ Green and Kreuter (2005) มาเป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งมีแนวคิดว่าการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต้องมีการดำเนินงานหรือบริหารจัดการหลายองค์ประกอบ รวมทั้งต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรในโรงพยาบาล ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยแบ่งออกเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2564 จำนวน 2,486 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบ

แบบสอบถามได้ 4) ปฏิบัติงานในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล ไม่อยู่ในช่วงลาพักผ่อนหรือลาจิจ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้แอปพลิเคชัน n4studies ใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร (Weiers, 2005) แทนค่าความแปรปรวนเท่ากับ .50 (จากการศึกษาของวิริญญา เมืองช้าง [2559]) ความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าเท่ากับ 10% และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 333 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วย

วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (ตามตำแหน่งข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว) ตามสัดส่วนของประชากร

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากร ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประเภทการจ้างงาน ประสบการณ์การทำงาน รายได้ สิทธิการรักษา สถานะการเป็นสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว การเจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร แหล่งที่มาของยาสมุนไพร และการอบรมเกี่ยวกับยาสมุนไพรจากหน่วยงาน จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบว่าใช่ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-8 คะแนน) ในระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) และในระดับสูง (12-15 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติทางลบ (15-35 คะแนน) มีทัศนคติปานกลาง (36-56 คะแนน) และ

มีทัศนคติทางบวก (57-75 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ (5-12 คะแนน) ในระดับปานกลาง (13-20 คะแนน) และในระดับสูง (21-25 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อในการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านราคา ยาสมุนไพร จำนวน 5 ข้อ และด้านรูปแบบยาสมุนไพร จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีปัจจัยเอื้อในระดับต่ำ (5-12 คะแนน) ในระดับปานกลาง (13-20 คะแนน) และในระดับสูง (21-25 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามปัจจัยเสริมในการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 บุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ น้อย ปานกลาง และมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในระดับต่ำ (6-10 คะแนน) ในระดับปานกลาง (11-15 คะแนน) และในระดับสูง (16-18 คะแนน) และส่วนที่ 2 ช่องทางการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร จำนวน 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่ได้รับเลย ได้รับนานๆ ครั้ง และได้รับเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

ได้แก่ มีช่องทางการรับรู้ข่าวสารในระดับต่ำ (17–28 คะแนน) ในระดับปานกลาง (29–40 คะแนน) และในระดับสูง (41–51 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1–3 ได้แก่ว่า ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในระดับต่ำ (10–17 คะแนน) ในระดับปานกลาง (18–25 คะแนน) และในระดับสูง (26–30 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ แบบสอบถามปัจจัยเอื้อในการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ (ด้านราคา ยาสมุนไพร และด้านรูปแบบยาสมุนไพร) แบบสอบถามปัจจัยเสริมในการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ (ส่วนที่ 1 บุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร และส่วนที่ 2 ช่องทางการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร) และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางสาธารณสุข อาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย และนายแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแต่ละชุดอยู่ในช่วง .67–1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับบุคลากรในโรงพยาบาลชุมแสง จังหวัด

นครสวรรค์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .90 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพร แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพร แบบสอบถามปัจจัยเอื้อในการใช้ยาสมุนไพร (ด้านราคา ยาสมุนไพร และด้านรูปแบบยาสมุนไพร) แบบสอบถามปัจจัยเสริมในการใช้ยาสมุนไพร (ส่วนที่ 1 บุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพร และส่วนที่ 2 ช่องทางการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร) และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .83, .78, .83, .81, .83, .87 และ .88 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 250/2022 และ IRB No. P2-0238/2565 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2565) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (เอกสารรับรอง เลขที่ COE No. 1/2566 วันที่ 16 มกราคม 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร และแพทย์แผนไทย ที่ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อย่างละ 1 คน รวมจำนวน 3 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัย

อธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนก/ห้องทำงานในโรงพยาบาล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบทดสอบ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2566

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ และข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากร พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.78 มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.13 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.60 ปี ( $SD = 11.23$ ) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 62.16 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 74.47 มีอาชีพพยาบาล มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.02 ประเภทการทำงาน คือ เป็นข้าราชการ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.95 มีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.14 โดยมีประสบการณ์

การทำงานเฉลี่ย 11.23 ปี ( $SD = 10.52$ ) มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.54 โดยมีรายได้เฉลี่ย 24,027.83 บาทต่อเดือน ( $SD = 14,504.89$ ) ใช้สิทธิการรักษาเบิกตรง/เบิกต้นสังกัด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.85 ส่วนใหญ่มีสถานะการเป็นสมาชิกในครอบครัว คือ เป็นสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 90.39 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60.36 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 73.57 ไม่มีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร (ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) คิดเป็นร้อยละ 72.67 แหล่งที่มาของยาสมุนไพร (ที่เคยได้รับ) คือ โรงพยาบาลของรัฐ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.23 และทั้งหมดไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับยาสมุนไพรจากหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 100

2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากร พบว่า บุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรฯ คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรฯ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพรฯ ในระดับปานกลาง ( $M = 10.80, SD = 1.94$ ;  $M = 46.81, SD = 2.77$  และ  $M = 16.88, SD = 1.65$  ตามลำดับ)

3. ปัจจัยเอื้อในการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากร พบว่า บุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยปัจจัยเอื้อด้านราคาขายยาสมุนไพร และคะแนนเฉลี่ยปัจจัยเอื้อด้านรูปแบบยาสมุนไพร ในระดับปานกลาง ( $M = 13.91, SD = 1.42$  และ  $M = 18.60, SD = 1$  ตามลำดับ)

4. ปัจจัยเสริมในการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากร พบว่า บุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยการมีบุคคลที่เป็นแบบอย่าง

ในการใช้ยาสมุนไพร และคะแนนเฉลี่ยการมีช่องทางการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพร ในระดับต่ำ ( $M = 9.17, SD = 1.09$  และ  $M = 22.17, SD = 1.73$  ตามลำดับ)

5. พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากร พบว่าบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในระดับต่ำ ( $M = 10.96, SD = 1.10$ )

6. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากร พบว่า ระดับการศึกษาประถมศึกษา อาชีพ แพทย์แผนไทย ประเภทการจ้างงานเป็นพนักงานราชการ ประเภทการจ้างงานเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ประเภทการจ้างงานเป็นลูกจ้างชั่วคราว การไม่มีโรคประจำตัว และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร

ในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรได้ร้อยละ 13.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\text{adj. } R^2 = .136, p < .05$ ) โดยอาชีพแพทย์แผนไทยสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรได้มากที่สุด ( $\text{Beta} = .252, p < .001$ ) รองลงมา คือ ประเภทการจ้างงานเป็นลูกจ้างชั่วคราว ( $\text{Beta} = .191, p < .01$ ) ประเภทการจ้างงานเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ( $\text{Beta} = .174, p < .01$ ) ประเภทการจ้างงานเป็นพนักงานราชการ ( $\text{Beta} = .171, p < .001$ ) ระดับการศึกษาประถมศึกษา ( $\text{Beta} = .141, p < .01$ ) การไม่มีโรคประจำตัว ( $\text{Beta} = .131, p < .05$ ) และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพร ( $\text{Beta} = .130, p < .05$ ) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากร ( $n = 333$ )

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p
อาชีพแพทย์แผนไทย (กลุ่มอ้างอิง = พนักงานสายสนับสนุน)	2.241	.480	.252	4.671	< .001
ประเภทการจ้างงานเป็นลูกจ้างชั่วคราว (กลุ่มอ้างอิง = ข้าราชการ)	.501	.161	.191	3.092	.002
ประเภทการจ้างงานเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มอ้างอิง = ข้าราชการ)	.431	.151	.174	2.932	.004
ประเภทการจ้างงานเป็นพนักงานราชการ (กลุ่มอ้างอิง = ข้าราชการ)	1.030	.320	.171	3.233	< .001
ระดับการศึกษาประถมศึกษา (กลุ่มอ้างอิง = ปริญญาตรี)	2.020	.731	.141	2.774	.006
การไม่มีโรคประจำตัว (กลุ่มอ้างอิง = การมีโรคประจำตัว)	.301	.133	.131	2.250	.025
การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพร	.090	.031	.130	2.450	.015

Constant = 9.101,  $R = .392, R^2 = .154, \text{adj. } R^2 = .136, F = 8.450, p < .05$

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและ

กล้ามเนื้อในระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลที่มีความใกล้ชิดกับยาสมุนไพรมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ และยิ่งในโรงพยาบาลของรัฐที่ได้มีการผลักดันให้ใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น แต่ไม่ได้ทำให้

บุคลากรมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อในระดับสูงได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากบุคลากรมีการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อเพียงระดับปานกลาง ซึ่งการรับรู้เป็นตัวแปรที่เชื่อว่ามีผลกระทบต่อการเกิดพฤติกรรม และการที่บุคลากรมีบุคคลที่เป็นแบบอย่างในการใช้ยาสมุนไพรในระดับต่ำ ทำให้ไม่มีต้นแบบในการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ประกอบกับมีช่องทางการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพรในระดับต่ำเช่นกัน ทำให้ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับยาสมุนไพรไม่เพียงพอ นอกจากนี้ บุคลากรทั้งหมดไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับยาสมุนไพรจากหน่วยงาน ซึ่งอาจทำให้ไม่ทราบถึงประโยชน์ของการใช้ยาสมุนไพรที่ถูกต้องครบถ้วน ทำให้มีทัศนคติปานกลางเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิริญญา เมืองช้าง (2559) ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต่ำ (ร้อยละ 87.66) และสอดคล้องกับการศึกษาของปรารถนา เอนกปัญญากุล, สุกจินดา ศิริลักษณ์, และภัทรวีร์ ดามิ (2563) ที่พบว่า ประชาชนที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพในระดับต่ำ (ร้อยละ 96.19)

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาประถมศึกษา อาชีพแพทย์แผนไทย ประเภทการจ้างงานเป็นพนักงานราชการ ประเภทการจ้างงานเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ประเภทการจ้างงานเป็นลูกจ้างชั่วคราว การไม่มีโรคประจำตัว และการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรได้ร้อยละ 13.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอาชีพแพทย์แผนไทยสามารถทำนายพฤติกรรม

การใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรได้มากที่สุด โดยบุคลากรที่มีอาชีพแพทย์แผนไทยมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อมากกว่าบุคลากรที่มีอาชีพพนักงานสายสนับสนุน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากบุคลากรที่มีอาชีพแพทย์แผนไทยเป็นบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการใช้ยาสมุนไพรมากกว่าอาชีพอื่นๆ ในโรงพยาบาล จึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นอย่างดี ทั้งข้อบ่งใช้ ผลข้างเคียง และข้อควรระวัง จึงทำให้เกิดความมั่นใจในการใช้ยาสมุนไพร อีกทั้งยังเป็นผู้สั่งจ่ายยาสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย จึงเข้าถึงยาสมุนไพรได้ง่ายกว่าบุคลากรที่มีอาชีพพนักงานสายสนับสนุน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา เนตรพุกกณะ และวาลินี วงศ์อินทร์ (2563) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรของประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของอภิญา จุติตระกูลชัย และวาลินี หงสนันท์ (2563) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของประชาชน

ผลการวิจัยพบว่า ประเภทการจ้างงานเป็นลูกจ้างชั่วคราว ประเภทการจ้างงานเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และประเภทการจ้างงานเป็นพนักงานราชการ สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรได้ โดยบุคลากรที่มีประเภทการจ้างงานเป็นลูกจ้างชั่วคราว ประเภทการจ้างงานเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และประเภทการจ้างงานเป็นพนักงานราชการ มีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อมากกว่าบุคลากรที่มีประเภทการจ้างงานเป็นข้าราชการ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการถูกจ้างงานเป็นข้าราชการมีสวัสดิการการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมมากกว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จึงสามารถเข้ารับการรักษาได้สะดวกกว่า ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายด้านยาแผนปัจจุบันทางระบบ

กระดูกและกล้ามเนื้อที่มีราคาแพงกว่ายาสมุนไพร อีกทั้งสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการยังครอบคลุมถึงการนัดและการประคบเพื่อส่งเสริมสุขภาพในโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จึงทำให้บุคลากรที่มีประเภทการจ้างงานเป็นข้าราชการมีทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาลักษณ์ สีสองสม และณรงค์ ใจเที่ยง (2563) ที่พบว่า ประเภทการจ้างงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาประถมศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรได้ โดยบุคลากรที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาที่มีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อมากกว่าบุคลากรที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ทั้งนี้อาจเนื่องจากบุคลากรที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีส่วนใหญ่เป็นบุคลากรสายวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อมักใช้วิธีการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน เนื่องจากมีความใกล้ชิด และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาแผนปัจจุบันมากกว่ายาสมุนไพร ถึงแม้ยาสมุนไพรจะให้ผลการรักษาไม่แตกต่างจากยาแผนปัจจุบันและมีผลกระทบต่อสุขภาพน้อยกว่า ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของโรสนานี เหมตระกูลวงศ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และจีราพัชร พลอยนิลเพชร (2563) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา เนตรพุกณะ และวาสนี วงศ์อินทร์ (2563) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรของประชาชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิริญา เมืองช้าง (2559) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมใช้สมุนไพรในการดูแล

สุขภาพตนเองของประชาชน

ผลการวิจัยพบว่า การไม่มีโรคประจำตัวสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรได้ โดยบุคลากรที่ไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อมากกว่าบุคลากรที่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้อาจเนื่องจากบุคลากรที่มีโรคประจำตัวจะมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนมากกว่าบุคลากรที่ไม่มีโรคประจำตัว อีกทั้งมักมียาที่ต้องใช้เป็นประจำอยู่แล้ว จึงอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลถึงผลกระทบต่อสุขภาพหากเลือกใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อร่วมด้วย ซึ่งแตกต่างจากบุคลากรที่ไม่มีโรคประจำตัว ที่อาจมีความวิตกกังวลน้อยกว่าหากเลือกใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ เนื่องจากไม่มีปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิริญา เมืองช้าง (2559) ที่พบว่า การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบุญญพัฒน์ ไชยเมธ, ตัม นุญรอด, และวิษชาติ ลิมลา (2555) ที่พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสในการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นประมาณ 2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพรสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อของบุคลากรได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า บุคลากรที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ริบายตามแบบจำลอง PRECEDE ของ Green and Kreuter (2005) ได้ว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยนำที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรม เมื่อบุคลากรมีการรับรู้ประโยชน์ในการใช้ยาสมุนไพร จะนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร

ในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญา จุติตระกูลชัย และวิลาสินี หงสนันท์ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของยาขมิ้นชันมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้ยาขมิ้นชันของประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติยศ วรเดช, ปุญญพัฒน์ ไชยเมธ, เรณู สะแหละ, และยุวดี กองมี (2558) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### ข้อเสนอแนะ

##### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานควรมีการรณรงค์ให้บุคลากรใช้ ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ และควรมีนโยบายให้ผู้มีสิทธิ์สั่งจ่ายยาสมุนไพร เช่น แพทย์ สั่งจ่ายยาสมุนไพรเป็นยาลำดับแรกในผู้ป่วยที่มี อาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เพื่อกระตุ้นการใช้ ยาสมุนไพร และลดค่าใช้จ่ายในการนำเข้ายาแผนปัจจุบัน

##### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ ยาสมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ เพื่อให้มั่นใจถึงผลการรักษาโรคทางระบบกระดูกและ กล้ามเนื้อด้วยยาสมุนไพร

2.2 ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ของประชากรกลุ่มต่างๆ ในการบรรเทาอาการอื่นๆ เช่น อาการทางระบบหายใจ อาการทางระบบทางเดินอาหาร

#### เอกสารอ้างอิง

กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2560). *มูลค่าการผลิตและการส่งนํายาเข้ามา ในราชอาณาจักร สำหรับยาแผนปัจจุบัน ตั้งแต่ ปี 2556-2558*. สืบค้นจาก [http://www.pp1.fda.moph.go.th/drug/zone\\_search/file/sea001\\_001.asp](http://www.pp1.fda.moph.go.th/drug/zone_search/file/sea001_001.asp)

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. (2563). *จำนวนหน่วยงานบริการ สุขภาพ ในสังกัด สป.สช. ปีงบประมาณ 2563*. สืบค้นจาก <https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/57/0>

กัญญาลักษณ์ สีสองสม, และณรงค์ ใจเที่ยง. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากร โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *วารสาร กฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*, 6(เพิ่มเติม), 155-170.

จุลจิรา วีรชิตกุล, ขนิษฐา นาคะ, และปิยะภรณ์ บุญพัฒน์. (2555). การจัดการอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ของผู้สูงอายุที่มีอาชีพกรีดยางพารา. *วารสาร สภาการพยาบาล*, 27(2), 134-147.

ชีวีรัตน์ ปราสาร. (2564). ความชุกและปัจจัยทาง การศาสตร์ที่สัมพันธ์กับอาการผิดปกติระบบ กล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการ ทำงานในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 51(2), 149-158.

ฉาน ปัทมา พลยง, มริสสา กองสมบัติสุข, วรณภา แสงศรีจันทร์, และขนิษฐา เสมานุสรณ์. (2560). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ ผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในกลุ่ม บุคลากรของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดระยอง. *วารสารควบคุมโรค*, 43(3), 280-292.

ทัศนพงษ์ ดันดิปัญจพร, เขียวลักษณ์ อยู่เนียม, ยุวดี ทองมี, และอรวรรณ กิริติโลโรจน์. (2562). ผลของภาระ งานคอมพิวเตอร์ต่ออาการผิดปกติของรยางค์ ส่วนบน คอ และหลัง จากการทำงานในกลุ่ม พนักงานสำนักงาน. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(1), 60-67.

- นิรันดร์ ยกภาชี. (2557). *การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง แห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปรารธนา เอนกปัญญากุล, สุภินดา ศิริลักษณ์, และภัทรวีร์ ดามี. (2563). พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารวิชาการ ปชมท.*, 9(2), 76–90.
- ปรีชา เนตรพุกคณะ, และวาสิณี วงศ์อินทร์. (2563). พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในโครงการกระเป๋ายาสมุนไพรของประชาชน อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 5(1), 47–59.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, ตัม บุนรอด, และวิชชาดา สิมลา. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(2), 25–37.
- โรสนานี เหมตระกูลวงศ์, กิตติพร เนาว่าสุวรรณ, และจิราพัชร์ พลอยนิลเพชร. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลา ตำบลสะเตง อำเภอเมืองจังหวัดยะลา. ใน *เอกสารสืบเนื่องจากการประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 11* (น. 1979–1986). สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. สืบค้นจาก <https://www.hu.ac.th/conference/proceedings2020/>
- วัชรารักษ์ กุลวงศ์, สังคม สุภรัตนกุล, และพัชรารักษ์ ไชยศรี. (2561). ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่สเตียรอยด์ของผู้สูงอายุในอำเภอทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 26(2), 99–107.
- วิริญญา เมืองช้าง. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศูนย์หลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. (2564). *การใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน*. สืบค้นจาก <http://dmsic.moph.go.th>
- สมเกียรติยศ วรเดช, บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, เรณู สะเหละ, และยุวดี กองมี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(1), 50–59.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2563). *ความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุข*. สืบค้นจาก <https://infocenter.nationalhealth.or.th>
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2561). *รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2557*. สืบค้นจาก <http://envocc.ddc.moph.go.th>
- สิวลี รัตนปัญญา, สามารถ ใจเตี้ย, สุรศักดิ์ นุ่มมีศรี, กานต์ชญญา แก้วแดง, และจิตติมา กัตถัญญ. (2559). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบาดเจ็บของระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 9(34), 20–29.
- อภิญา จูติตระกูลชัย, และวิลาสินี หงสนันท์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาขมขันของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2(2), 26–36.

อรรถพล แก้วนวล. (2560). *การออกแบบและพัฒนา  
เครือข่ายทางใบปาล์มตามหลักการยศาสตร์*  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัย  
สงขลานครินทร์.

อรรถพล แก้วนวล, บรรพต โลหะพูนตระกูล, และ  
กลางเดือน โพนนา. (2560). ความชุกของ  
ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก  
โครงร่างที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานในอาชีพ  
ต่างๆ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*,  
12(2), 53-64.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health  
program planning: An educational and  
ecological approach* (4th ed.). New York:  
McGraw-Hill.

Weiers, R. M. (2005). *Introduction to business  
statistics* (5th ed.). Pacific Grove, CA:  
Brooks/Cole.

# การใช้สารเสพติดและแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติด ตามมุมมองของบิดามารดานักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก ของประเทศไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ Substance Use and Prevention Approaches from the Perspectives of University Students' Parents in Eastern Thailand: A Qualitative Study

จินท์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, ประ.ด. (การพยาบาล) <sup>1</sup>

Jinjutha Chaisena Dallas, Ph.D. (Nursing) <sup>1</sup>

ทองสวย สีทานนท์, Ph.D. (Nursing) <sup>2</sup>

Thongsouy Sitanon, Ph.D. (Nursing) <sup>2</sup>

ไพบูลย์ โสภณสุภาพ, ประ.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) <sup>3</sup>

Paiboon Soponsuwapap, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science) <sup>3</sup>

दारवाररण तीपिनता, ค.ด. (จิตวิทยาการศึกษา) <sup>4</sup>

Darawan Thapinta, Ph.D. (Educational Psychology) <sup>4</sup>

พวงทอง อินใจ, ประ.ด. (การศึกษาและการพัฒนาสังคม) <sup>5</sup>

Puangtong Inchai, Ph.D. (Education and Social Development) <sup>5</sup>

เนาวรัตน์ นาคดี, บ.บ.บ. (การตลาด) <sup>6</sup>                      ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. (Nursing) <sup>7</sup>

Naowarat Nakdee, B.B.A. (Marketing) <sup>6</sup>                      Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Nursing) <sup>7</sup>

<sup>1</sup> รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ วิทยาเขตออีฮี

<sup>1</sup> Associate Professor, Faculty of Nursing, Panyapiwat Institute of Management EEC Campus

<sup>2</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup> Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: thongsouy@pnc.ac.th

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะดนตรีและการแสดง มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>3</sup> Assistant Professor, Faculty of Music and Performing Arts, Burapha University

<sup>4</sup> ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>4</sup> Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

<sup>5</sup> พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>5</sup> Registered Nurse, Faculty of Medicine, Burapha University

<sup>6</sup> นักสืบสวนสอบสวน สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 2

<sup>6</sup> Investigator, Narcotics Control Office Region 2

<sup>7</sup> รองศาสตราจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

<sup>7</sup> Associate Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย เพื่อศึกษามุมมองของบิดามารดานักศึกษา มหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและแนวทางการป้องกันการ ใช้สารเสพติด ผู้ให้ข้อมูลเป็นบิดาหรือมารดานักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 10 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2567 วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ และวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัยพบว่า มุมมองของบิดามารดาในการป้องกันการ ใช้สารเสพติดของนักศึกษามหาวิทยาลัย ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ยาเสพติดคืออุปสรรคของเป้าหมาย ความหวังของพ่อแม่ และป้องกัน ยาเสพติดด้วยเกราะทางใจและสังคม สำหรับประเด็นป้องกันยาเสพติดด้วยเกราะทางใจและสังคม ประกอบด้วยประเด็นรอง 8 ประเด็น ได้แก่ ประสบการณ์เพื่อสร้างการเรียนรู้ สื่อสารอย่างสร้างใจ ดูแลห่าง ๆ อย่างห่วง ๆ สายใยผูกพันไม่หันสู่ยาเสพติด เข้าใจเพื่อไปต่อ อิสระเพื่อนำพาอนาคต ส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ที่สร้างสุข และสอนคบเพื่อนที่ไม่ทำให้พลาด

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเยาวชนควรนำมุมมองของบิดามารดาในการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลนักศึกษามหาวิทยาลัย เพื่อป้องกันการ ใช้สารเสพติดต่อไป คำสำคัญ: บิดามารดา นักศึกษา มหาวิทยาลัย การใช้สารเสพติด การป้องกัน

## Abstract

This qualitative descriptive research aimed to explore the perspectives of university students' parents in the Eastern Thailand regarding substance use and its prevention approaches. The participants included 10 parents of university students from this region. The research instruments comprised a personal information recording form and an in-depth interview guide. The data were collected through in-depth interviews from January to April 2024. The data were analyzed using frequency and thematic analysis.

The research results revealed that parental perspectives on preventing substance use among university-level youth encompassed three main themes: 1) Drugs as obstacles to goals, 2) Parental hopes, and 3) Preventing substance use through mental and social fortification. The mental and social fortification for substance prevention theme included eight subthemes including learning through experience, fostering constructive communication, caring from a distance, maintaining bonds to avoid drugs, understanding to move forward,

having freedom to shape the future, promoting joyful and creative activities, and teaching youth to choose supportive friends.

This research suggests that health professionals involved in youth care apply the parental perspectives identified in this research to effectively prevent substance use among university students.

**Keywords:** Parents, Students, University, Substance use, Prevention

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการใช้สารเสพติดเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญและทำลายในหลายประเทศทั่วโลกแม้ว่าจะมีการออกมาตรการและนโยบายต่างๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขอย่างต่อเนื่องก็ตาม จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดโลก ปี ค.ศ. 2024 พบจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้นเป็น 292 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2022 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2024) และมากกว่าหนึ่งในสี่ของประชากรอายุ 15–19 ปี ดื่มสุรา คิดเป็นจำนวนวัยรุ่น 155 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบว่า กัญชาเป็นยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ใช้กันอย่างแพร่หลายที่สุดในกลุ่มวัยรุ่น โดยประมาณร้อยละ 4.70 ของผู้ที่มีอายุ 15–16 ปี ใช้กัญชาอย่างน้อยหนึ่งครั้งในปี 2561 สำหรับปัญหาการสูบบุหรี่นั้น ส่วนใหญ่เริ่มสูบตั้งแต่วัยรุ่น โดยในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ทั่วโลกมีการสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ใน 10 ของวัยรุ่นอายุ 13–15 ปี (World Health Organization, 2021)

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์การใช้สารเสพติดยิ่งวิกฤตกว่า ในปัจจุบันมีเยาวชนใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ประชาชนได้รับผลกระทบและเกิดปัญหาทางสังคมในวงกว้าง จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน ประจำปีงบประมาณ 2567 พบว่า ทุกช่วงอายุของประชาชนรวมทั้งเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี มีความเกี่ยวข้องกับปัญหายาเสพติด

โดยพบว่า ช่วงอายุ 20–24 ปี มีความเกี่ยวข้องกับปัญหายาเสพติดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.50 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 25–29 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.10 โดยพบปัญหายาเสพติดในประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี สูงถึงร้อยละ 30.50 ซึ่งยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ยาบ้า (ร้อยละ 85.50) ยาแก้ไอที่นำมาผสมกับอย่างอื่นที่ไม่ใช่เพื่อการรักษา (ร้อยละ 30.50) ยาไอซ์ (ร้อยละ 6.50) สารระเหย (ร้อยละ 2.50) และยาอี (ร้อยละ 1.20) โดยพบว่า เยาวชนที่อยู่ในระบบการศึกษาระดับอุดมศึกษาก็เป็นกลุ่มที่เข้าถึงการใช้ยาเสพติด ซึ่งเกิดจากปัญหาการขาดการจัดระเบียบรอบสถานศึกษา เช่น ร้านเหล้า สถานบันเทิง โดยประชาชนมีความเห็นว่าควรมีการแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาและ/หรือการจัดระเบียบรอบสถานศึกษาด้วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดและการเข้าถึงสารเสพติดมีหลายประการ เช่น การพัฒนารูปแบบของสารเสพติดชนิดใหม่ที่เข้าถึงได้ง่ายและดึงดูดความสนใจของวัยรุ่นแต่มีฤทธิ์รุนแรง โดยพบว่า กัญชาสังเคราะห์เป็นสารเสพติดที่ใ้มากที่สุด (1,243,807 คน) รองลงมาคือ ยาบ้าสูตรใหม่ (987,654 คน) และสารระเหยประเภทใหม่ (823,471 คน) (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2563) นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษายังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด ได้แก่ ความเครียด และปัญหาสุขภาพจิต โดยพบว่า เยาวชนที่มีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลมีความเสี่ยงสูงในการใช้สารเสพติด

การมีทัศนคติและความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับสารเสพติดว่าไม่เป็นอันตราย เช่น บุหรี่ไฟฟ้า แต่ในความเป็นจริงคือมีผลกระทบหลากหลายมิติจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (ชนากร ธนวัฒน์, 2567) ส่วนปัจจัยด้านครอบครัวด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านจิตวิทยา และด้านเทคโนโลยีและเครือข่ายสังคมออนไลน์ ก็ล้วนเป็นปัจจัยสาเหตุในการใช้สารเสพติดในเยาวชน (อรดา กุเจริญ, 2564) อีกทั้งสภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย ที่อาจมีแหล่งมั่วสุมหรือสถานบันเทิงใกล้สถานศึกษา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) เยาวชนที่มีปัญหาทางการเงินจากความยากจน ครอบครัวไม่สามารถให้การสนับสนุนได้ จึงมีโอกาสนในการหารายได้จากการค้ายาเสพติด การมีปัญหาคอมพิวเตอร์ในครอบครัว ทำให้ครอบครัวขาดความอบอุ่น อาจส่งเสริมการใช้สารเสพติดในเยาวชนเพิ่มขึ้นได้ (วสันต์ ปวนปิ่นวงศ์, 2566) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ยาเสพติดได้แทรกซึมถึงเยาวชนกลุ่มต่างๆ แม้แต่กลุ่มที่กำลังได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นที่มีโอกาสนในการสำเร็จการศึกษาและออกมาเป็นกำลังสำคัญระดับมัธยมศึกษาของประเทศไทย ดังนั้น การศึกษาถึงบริบทของยาเสพติดในเยาวชนระดับอุดมศึกษาจึงเป็นประเด็นที่สำคัญประเด็นหนึ่งที่สังคมจำเป็นต้องให้ความสนใจเช่นเดียวกับกลุ่มอื่น ๆ

บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีบทบาทสำคัญในการดูแลเยาวชนให้ปลอดภัยจากการใช้สารเสพติด เนื่องจากบิดามารดามีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจของวัยรุ่น (Cox, Washburn, Croff, & Ringwalt, 2021; Rusby, Light, Crowley, & Westling, 2018) การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดูอย่างเหมาะสม สามารถป้องกันความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นได้ (วารภรณ์ ประทีปธีรานันต์, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของสรวิษฐ์ เหล่าครุณ, จินห์จุกา ชัยเสนา ดาลลาส, และภกรภัทร เสงอุดมทรัพย์ (2561) ที่พบว่า ครอบครัวเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการใช้สารเสพติดได้ ดังนั้นสถาบันครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้าง

ความแข็งแกร่งทางจิตใจของวัยรุ่นและการมีภูมิคุ้มกันต่อการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่ไม่นำไปสู่การใช้ยาเสพติด

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเฝ้าติดตามและช่วยเหลือวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด โดยเฉพาะบิดามารดาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ปกครองและกำกับติดตามวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด หากความสัมพันธ์ของผู้ปกครองหรือบิดามารดากับบุตรไม่ดี ย่อมส่งผลกระทบต่อความเปราะบางทางจิตใจที่จะนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด (จินห์จุกา ชัยเสนา ดาลลาส, 2567) เช่นเดียวกับการศึกษาของวารภรณ์ มิ่งคัง, จินตนา วัชรสินธุ์, และวรรณิ เดียวอิสระ (2559) ที่พบว่า ปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นชาย และเสนอแนะว่าควรมีวิธีการลดความขัดแย้งในครอบครัว และให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติด

ทีมผู้วิจัยเป็นบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ใช้สารเสพติด มีเจตนารมณ์ในการสร้างภาคีเครือข่ายวิชาการและภาคประชาสังคม เพื่อขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด จึงต้องการสร้างองค์ความรู้เพื่อรองรับการจัดทำระบบฐานข้อมูลและผลงานทางวิชาการให้กับศูนย์วิชาการสารเสพติด ภาคตะวันออก ณ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อให้เกิดศูนย์กลางการพัฒนางานวิชาการและศึกษาปัญหาการใช้สารเสพติดในภาคตะวันออก อีกทั้งบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างนักวิชาการกับบุคลากรในหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรอิสระอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป ด้วยเหตุผลของความสำคัญและความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษามุมมองของบิดามารดาของเยาวชนระดับอุดมศึกษาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด โดยใช้กระบวนการของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้คือได้มุมมองของบิดามารดาที่สำคัญในการนำไปพัฒนารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในเยาวชนระดับอุดมศึกษา เพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดต่อไป และงานวิจัยยังตอบสนองยุทธศาสตร์ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) พ.ศ. 2565–2569

ด้านที่ 1 คือ สร้างและจัดการองค์ความรู้การวิจัยด้านสุขภาพ เพื่อรองรับการดูแลด้านสุขภาพและจิตสังคมของบุคคลกลุ่มต่างๆ ในสังคม ซึ่งต้องพัฒนาไปพร้อมกับการพัฒนาาระบบสุขภาพตามนโยบายของ สวรส. ที่ไม่สามารถมองข้ามประเด็นหรือผลกระทบทางสุขภาพ และไม่อาจละเลยหรือละทิ้งใครไว้ในกระบวนการพัฒนา ดังที่เรียกว่า inclusive development

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษามุมมองของบิดามารดานักศึกษา มหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย เกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและแนวทางการป้องกันการ ใช้สารเสพติด

### แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ของครอบครัว หรือแนวคิดทฤษฎี Family Function ใน The McMaster Approach to Families (Miller, Ryan, Keitner, Bishop, & Epstein, 2000) มาอธิบายถึงบทบาทและหน้าที่ของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงในวัยรุ่น โดยเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว โดยการสื่อสารที่เปิดกว้างและชัดเจน การกำหนดขอบเขตและกฎเกณฑ์อย่างเหมาะสม การสนับสนุนทางอารมณ์ และการสร้างความสัมพันธ์ที่มีความเข้าใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวสามารถพัฒนาทักษะการตัดสินใจและความมั่นใจในตนเองได้ และการแสดงบทบาทของบิดามารดาในฐานะผู้ชี้นำที่ดี การให้ความรู้ จะช่วยลดความเสี่ยงและสร้างเกราะป้องกันให้สมาชิกครอบครัวเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่มีแรงกดดันทางสังคม ดังนั้น ในการทำความเข้าใจประสบการณ์และมุมมองเฉพาะของบิดามารดานักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทยเกี่ยวกับการป้องกันการ ใช้สารเสพติด

ผู้วิจัยได้นำการวิจัยเชิงคุณภาพภายใต้กรอบแนวคิด interpretive paradigm มาประยุกต์ใช้ โดยใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อรวบรวมข้อมูลที่ไม่สามารถวัดได้ด้วยตัวเลขหรือสถิติ การวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญกับการสำรวจความคิดเห็น ความรู้สึก และทัศนคติที่สะท้อนบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) เพื่อค้นหาและจัดกลุ่มประเด็นสำคัญที่ปรากฏในข้อมูล ซึ่งจะช่วยในการทำความเข้าใจมุมมองของบิดามารดาต่อการป้องกันการ ใช้สารเสพติด เนื่องจากบิดามารดาถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการกำหนดขอบเขตและแนวทางในการป้องกันการ ใช้สารเสพติดภายในครอบครัว รวมทั้งมีบทบาทในการสร้างแบบแผนและวางแนวทางให้บุตรเข้าใจถึงผลกระทบของการใช้สารเสพติด ตลอดจนพัฒนาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจที่เหมาะสมตัวแปรที่สนใจศึกษาคือ มุมมองเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และแนวทางการป้องกันการ ใช้สารเสพติด โดยมุมมองของบิดามารดาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งจากการที่บิดามารดามีบทบาทหลักในการกำหนดค่านิยม ทัศนคติ และพฤติกรรมของบุตร โดยเฉพาะบุตรที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น และวัยรุ่นระดับอุดมศึกษา ซึ่งเป็นช่วงที่เสี่ยงต่อการเริ่มใช้สารเสพติด การที่บิดามารดาที่มีความเข้าใจในเรื่องสารเสพติดจะสามารถช่วยป้องกันไม่ให้บุตรเข้าถึงสารเสพติดหรือมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดได้

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (qualitative descriptive research)

**ผู้ให้ข้อมูล** ผู้ให้ข้อมูลเป็นบิดาหรือมารดานักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงของประเทศไทย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) ไม่มีการเจ็บป่วยทางกายหรืออาการทางกายที่รุนแรงหรือไม่มีอาการทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากจิตแพทย์ ที่จะปัญหาต่อการให้ข้อมูล 2) สื่อสาร

โดยใช้ภาษาไทยเป็นภาษาหลัก และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจนข้อมูลที่ได้อิ่มตัว ไม่มีประเด็นอื่นเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงยุติการสัมภาษณ์ รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 10 คน

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับความเกี่ยวข้องกับนักศึกษา อายุ และอาชีพ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก มีลักษณะเป็นแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง (semi-structured in-depth interview guide) ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแนวคำถามทั่วไปแบบกว้างไปสู่แนวคำถามที่เฉพาะเจาะจง มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด ประกอบด้วยข้อความหลัก (main questions) จำนวน 1 ข้อ ข้อคำถามเฉพาะ (specific questions) จำนวน 2 ข้อ ข้อคำถามที่ต้องการรายละเอียด (probe questions) จำนวน 1 ข้อ และข้อความสรุป (closing questions) จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวน 5 ข้อ โดยข้อความหลักมุ่งไปที่คำถามการวิจัย คือ มุมมองของบิดามารดาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของเยาวชน และแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดในเยาวชน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประเมินความเหมาะสมของภาษาและความสอดคล้องกับคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาวิจัยคุณลักษณะเชิงปรากฏการณ์ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับบุคคลทั่วไป (lay persons) จำนวน 3 คน เพื่อประเมินความเข้าใจของภาษาที่ใช้

**การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล** มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ Sci 018/2562 วันที่ 11 ตุลาคม 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้ประสานงานวิจัยในมหาวิทยาลัยบูรพาดำเนินการประสานผู้ให้ข้อมูลและนัดหมายวันและเวลาสำหรับการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนตามวันและเวลาที่นัดหมายแนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ผู้ให้ข้อมูลตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ และดำเนินการสัมภาษณ์ตามแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยสัมภาษณ์คนละ 30-60 นาที ขณะทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยมีท่าทีที่เป็นมิตร เป็นกันเอง ไม่กดดัน ไม่มีท่าทีตำหนิหรือตัดสินผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2567

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปคำต่อคำ (transcribed verbatim) 2) อ่านคำสัมภาษณ์หลายๆ รอบ เพื่อแยกข้อมูลประเด็นย่อย (categories) 3) จำแนกจัดหมวดหมู่ข้อมูล นำความเชื่อมโยงมาขยายความและสรุปเป็นประเด็นหลัก (theme) และ 4) ตรวจสอบข้อค้นพบที่เป็นประเด็นหลัก ประเด็นย่อย และสรุปข้อคิดเห็น (Liamputtong, 2019)

สำหรับการสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ผู้วิจัยใช้ 5 วิธี ได้แก่ 1) การเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความเหมาะสมและเป็นตัวแทน (representativeness) คือ บิดามารดาของนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ยินยอมในการให้

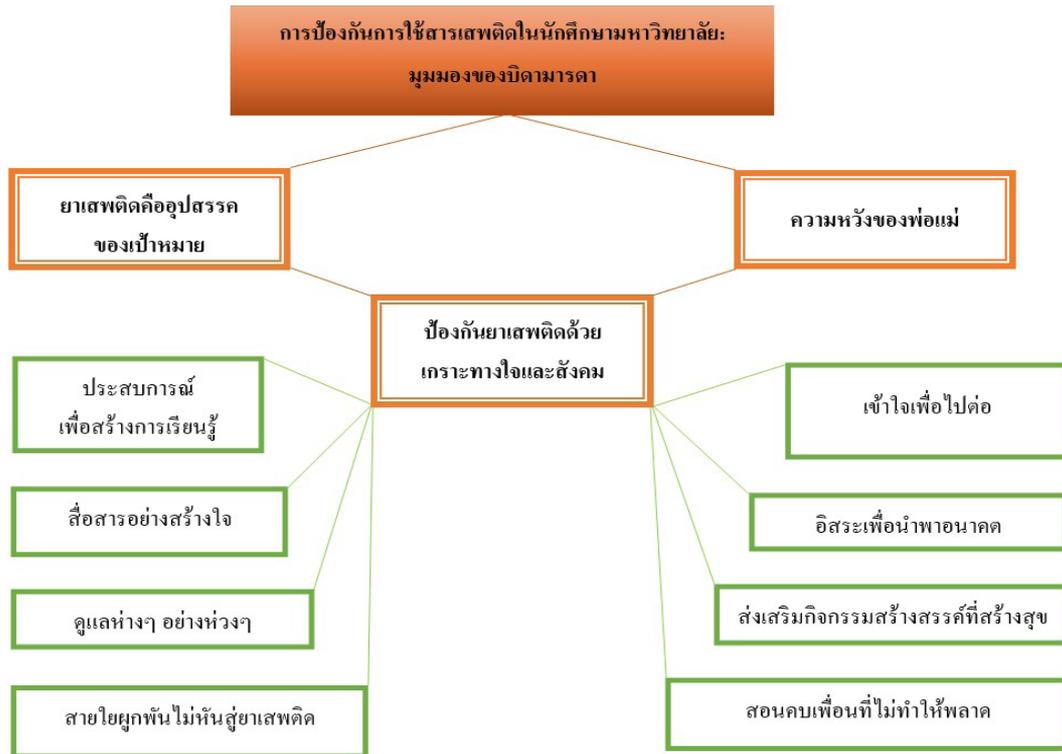
ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ 2) การนำข้อมูลที่เป็นผลการวิเคราะห์ในประเด็นหลักและประเด็นย่อย ให้ทีมผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ (peer debriefing) 3) การตรวจสอบด้านความไว้วางใจ (dependability) โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามระเบียบและขั้นตอน แสดงให้เห็นชัดเจนถึงกระบวนการได้มาซึ่งข้อมูล ทำให้ตรวจสอบเส้นทางการวิจัยได้ (audit trail) นำเสนอข้อมูลครบถ้วน ประเด็นข้อค้นพบได้รับการยืนยันและพิจารณาร่วมกัน ในทีมผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัย 4) การตรวจสอบด้านการยืนยันผลการวิจัย (confirmability) โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและบันทึกไว้อย่างเป็นระบบ ทั้งการสัมภาษณ์ การถอดเทป การตรวจสอบกลับด้วยการอ่าน บันทึกการถอดความพร้อมการฟังเทปซ้ำ มีการอ้างอิงคำพูด (quotation) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล โดยใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลให้มากที่สุด และตัดเนื้อหาบางส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องออก เพื่อสื่อความหมายที่กระชับ นอกจากนี้ ในขั้นตอนการวิเคราะห์คำสำคัญ (significant statement) การจัดกลุ่มข้อมูล (category) การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล และการจัดกลุ่มตามประเด็นใจความหลัก (themes) ผู้วิจัยทำร่วมกับทีมผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัย และ 5) ความสามารถในการนำไปศึกษาหรืออธิบายกรณีอื่นที่มีลักษณะและเงื่อนไขคล้ายคลึงกัน (transferability) ซึ่งงานวิจัยนี้ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายในการอธิบาย อ้างอิงในประชากรทั่วไป แต่สามารถอธิบายในบริบทการถอด

บทเรียนจากประสบการณ์ของบิดามารดาของนักศึกษา มหาวิทยาลัย ที่อาจนำไปพิจารณาในกลุ่มอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงได้

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา พบว่าเป็นบิดา จำนวน 4 คน และเป็นมารดา จำนวน 6 คน มีอายุอยู่ในช่วง 53-58 ปี โดยบิดาประกอบอาชีพรับราชการ จำนวน 1 คน รับจ้าง จำนวน 1 คน และไม่ต้องการระง้ออาชีพ จำนวน 2 คน ส่วนมารดาประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 2 คน เป็นแม่บ้าน จำนวน 2 คน และไม่ต้องการระง้ออาชีพ จำนวน 2 คน

2. มุมมองของบิดามารดาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติด ผลการวิเคราะห์พบข้อมูล 3 ประเด็นหลัก ที่กำหนดจากแนวคิดหลักที่เกิดขึ้นจากข้อมูลที่ศึกษาที่ตอบสนอง และมีความหมายต่อคำถามการวิจัย ประกอบด้วย ยาเสพติดคืออุปสรรคของเป้าหมาย ความหวังของพ่อแม่ และป้องกันยาเสพติดด้วยเกราะทางใจและสังคม ซึ่งประกอบด้วยประเด็นรอง 8 ประเด็น ได้แก่ ประสบการณ์เพื่อสร้างการเรียนรู้ สื่อสารอย่างสร้างใจ ดูแลห่างๆ อย่างห่วงๆ สายใยผูกพันไม่หั่นสุยาเสพติด เข้าใจเพื่อไปต่อ อิศระเพื่อนำพามาอด ส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ที่สร้างสุข และสอนคบเพื่อนที่ไม่ทำให้พลาด ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ประเด็นหลักและประเด็นรองในมุมมองของบิดามารดา ในการป้องกันการใช้สารเสพติดในนักศึกษามหาวิทยาลัย

2.1 ยาเสพติดคืออุปสรรคของเป้าหมาย เป็นมุมมองความคิดและความรู้สึกของบิดามารดาที่มีต่อการใช้สารเสพติดของเยาวชน ซึ่งจะมีผลต่อวิธีการที่บิดามารดาจะไปจัดการกับปัญหาและสื่อสารกับบุตรในเรื่องสารเสพติดต่อไป ในมุมมองของบิดามารดาของเยาวชนเห็นว่า การใช้สารเสพติดเป็นเรื่องไม่ดี การใช้สารเสพติดเป็นอุปสรรคต่อการไปถึงความสำเร็จตามเป้าหมายของการเรียนที่ตั้งไว้ บิดามารดามีมุมมองว่าการติดสารเสพติดนั้นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ดี ส่งผลกระทบต่อตนเองและคนรอบข้าง และเชื่อว่าเด็กที่ตั้งเป้าหมายในชีวิตที่ดีไว้ จะทำให้มีโอกาสน้อยที่จะไปใช้สารเสพติด ดังคำพูดต่อไปนี้

“เพราะฉะนั้นการดำเนินชีวิตตั้งแต่เรื่องเรียน

เรื่องอะไรเนี่ย อะไรที่มันเป็นอุปสรรคในการที่จะไปถึงเป้าหมาย อย่างเช่นพวกยาเสพติด พวกทะเลาะวิวาท เราก็มุ่งเรียนไปตามวัตถุประสงค์ที่เรามุ่งไว้ อย่างนี้มันก็จะไปได้ตามที่เรามุ่งหวัง ก็จะประมาณนี้ครับ” (F1, P5Line131-133)

2.2 ความหวังของพ่อแม่ ความหวังของบิดามารดาเป็นความคาดหวัง ความปรารถนา หรือเป้าหมายที่บิดามารดามีต่ออนาคตของบุตร ทำให้บิดามารดาคิดหาแนวทางป้องกันการใช้สารเสพติดที่เป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายของบุตร โดยความหวังมี 3 ประเด็น ได้แก่ ความหวังต่อความสำเร็จการศึกษาของบุตร ความหวังให้บุตรมีความเป็นอยู่ที่ดี และความหวังให้ดูแลบิดามารดาในอนาคต โดยเมื่อบิดา

มารดาบรรลุมารดาหวังดังกล่าว ก็จะมีความรู้สึก  
ในตนเอง ได้แก่ ความสบายใจ ความโล่งใจ ความ  
ภาคภูมิใจ และมีความสุข ดังคำพูดต่อไปนี้

“พอเรียนจบคนหนึ่งก็หลุดพ้นมาได้เริ่มไม่ทุกข์  
โล่งอก อีกคนหนึ่งก็ไม่ทุกข์หรอก เพราะคนแรกยังผ่าน  
ไปได้ คนที่เขาก็กัง เริ่มหันหน้าเข้าวัดบ้าง ใส่บาตร  
ตอนเช้าบ้าง หากลูกเรียนจบ ความทุกข์มันก็หมดแล้ว  
ลูกสาวบอกจะจบแล้วนะ แม่ก็โล่งอกคิดว่าส่งลูกถึงฝั่ง  
แล้ว เราเลี้ยงลูกสองคนเขาตั้งใจเรียน เขาก็มีความสุขแล้ว  
การที่สามารถทำได้ ส่งลูกเรียนได้ มันมีคุณค่ากับสิ่ง  
ที่มีความหมาย เพราะชีวิตลำบากขนาดนี้แล้ว ลูก  
จบได้ทั้งสองคน ชีวิตก็ไม่ต้องการอะไรแล้ว เขาก็ดีใจ  
หมดทุกข์แล้ว” (M2, P4Line94-95)

2.3 การป้องกันการใช้อาสาเสพติดในบุตร  
บิดามารดาทุกคนมีมุมมองความคิดและความรู้สึกว่า  
การใช้อาสาเสพติดของเด็กและวัยรุ่นเป็นพฤติกรรมที่  
ไม่ดี และมีผลกระทบต่ออนาคตและความสำเร็จด้าน  
การเรียนของบุตร โดยมุมมองของบิดามารดาสะท้อน  
ออกมาเป็นกลวิธีการดูแลบุตรเพื่อลดความเสี่ยงที่บุตร  
จะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด ได้ 8 กลวิธี ประกอบ  
ด้วย ประสบการณ์เพื่อสร้างการเรียนรู้ สื่อสารอย่าง  
สร้างใจ ดูแลห่าง ๆ อย่างห่วง ๆ สายใยผูกพันไม่หันสู่  
ยาเสพติด เข้าใจเพื่อไปต่อ อีสระเพื่อนำพาอนาคต  
ส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ที่สร้างสุข และสอนคบเพื่อน  
ที่ไม่ทำให้พลาด ดังนี้

2.3.1 ประสบการณ์เพื่อสร้างการเรียนรู้  
บิดามารดาได้สนับสนุนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับ  
สารเสพติด ใช้วิธีการที่หลากหลายในการให้ความรู้ เช่น  
การสอน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอันตรายของยาเสพติด  
และใช้การยกตัวอย่างผลจากคนรอบข้างที่ใช้อาสาเสพติด  
บางส่วนได้ให้ข้อมูลการสนับสนุนความรู้และประสบการณ์  
ด้านสารเสพติดโดยการยกตัวอย่างกรณีศึกษาให้บุตร  
ฟัง ดังคำพูดต่อไปนี้

“ครับ อธิบายเหตุผลแล้วก็เล่าประสบการณ์  
อย่างน้อย ๆ บางคนนะ ไม่เสพก็เสพแต่ไปด้วยกับเขา

แล้วทีนี้ ตรวจค้นมันก็ต้องร่วมกันครอบครองก็งูษา  
แต่ก่อนนะครับ แล้วทีนี้ หลังจาก 3 ปีให้หลัง ไปสอบ  
ติดตำรวจ เขาก็ตรวจสอบประวัติมา ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด  
ก็ไม่ติดอีก ก็อธิบายไปให้เขาฟังว่าเนี่ยเห็นไหมละ  
เราไม่ได้ยุ่งแต่ไปเชื่อเพื่อนมากกว่า เขาก็อ้อ เข้าใจ  
เราก็ตอนไปด้วย แล้วก็อธิบายให้เขาฟังว่าอนาคตมันก็  
เสียไปเลย” (F1, P5Line120-124)

2.3.2 สื่อสารอย่างสร้างใจ เป็นการสื่อสาร  
เพื่อเสริมสร้างความไว้วางใจ ซึ่งเป็นการสื่อสารที่สำคัญ  
ในการป้องกันการใช้อาสาเสพติดในครอบครัว การสื่อสาร  
ของบิดามารดากับบุตรในการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็น  
ถึงการสื่อสารที่เปิดกว้างอย่างจริงใจเกี่ยวกับการให้  
การสนับสนุน การบอกถึงอันตรายของสารเสพติด  
โอกาสในการสื่อสารที่สนับสนุนความไว้วางใจและชักจูง  
ให้เยาวชนกลับมาสู่เส้นทางที่ปลอดภัยจากยาเสพติด  
ดังคำพูดต่อไปนี้

“ต้องดึงออกมาและต้องให้กำลังใจก่อน แล้ว  
ก็ต้องพยายามแยกออกมาให้ได้ ดึงออกมาให้ได้ คือ  
ถ้ามันถลำไปจริง ๆ มันก็ต้องแยกออกมา อายากสอน  
อยากบอกลูก แต่ก็หงุดหงิดใส่กันแบบนี้ครับ ผมบอก  
ว่าถ้าพ่อหงุดหงิดก็ให้แม่เขาคูขี้ให้แม่ไปคุยกันดี ๆ  
เขาจะได้แยกออกมา พยายามดึงออกจากกลุ่มที่มัน  
แข็ง ๆ ออกมาให้ได้ ถ้าเราปล่อยเลยเราก็จะปล่อยให้  
เขาไปเลยแหละครับ ไม่ได้ครับ ต้องพยายามโน้มน้าว  
มาให้ได้ ดึงมาให้ได้ ถ้าปล่อยปล่อยไปนิดนึงมันก็จะ  
กลับไปหากันอีกได้ ก็ติดกันอยู่แล้ว ในส่วนนี้เราก็จะให้  
กำลังใจ เราก็ดึงเขากลับมา ค่อย ๆ พูด ค่อย ๆ โน้มน้าว  
ก็จะอยู่ประมาณนี้ครับ” (F1, P8Line214-218)

2.3.3 ดูแลห่าง ๆ อย่างห่วง ๆ บิดามารดา  
ได้ให้มุมมองในการกำกับดูแลบุตรเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยง  
ต่อการใช้อาสาเสพติด โดยบิดามารดาได้คอยสังเกต  
พฤติกรรมห่าง ๆ รับรู้กิจกรรมของวัยรุ่นอย่างสม่ำเสมอ  
ว่าบุตรตนเองอยู่ที่ใด ทำอะไร และอยู่กับใคร ซึ่งเป็น  
การช่วยลดโอกาสที่เยาวชนจะเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสาร  
เสพติดและยังอยู่ในระบบการศึกษาจนจบการศึกษาได้

ดังกล่าวต่อไปนี้

“จะต้องเลี้ยงแบบสังเกตดูเด็ก ดูพฤติกรรม นิสัย และความเป็นอยู่ของเขา ว่าเขาปฏิบัติตัวยังไง เขาจะเชื่อฟังพ่อแม่ไหม อยู่บ้านอย่างอยู่ข้างนอกอย่างไร ไปข้างนอกกับเพื่อนบ่อยๆ จะต้องสังเกต คุยกับเขาให้เขา เชื่อใจว่าเราจะดูแลและให้คำปรึกษาเขาได้ คอยตักเตือน คอยดูแลเขาอยู่เรื่อย ๆ” (M4, P4Line 92-94)

“หมายถึงว่า ถ้าเราทำอย่างนั้นอย่างนี้นั้น ดูก็จะยังงัยอยู่ ก็อย่างน้อยๆ พวกน้อยๆ เขาก็มีสังคม ของเขา ก็มีบ้างกินข้าวกินอะไร จิบเล็ก ๆ น้อยๆ แล้วก็ กินข้าว เสรีก็แยกย้ายกันนอนก็ประมาณนี้ครับ บางที กลางคืนก็ห้ามออกไปไหน ขับรถก็ให้ระวังจะไรอย่างนี้ ครับ คือประสบการณ์ตรงของผมมันก็มีในส่วนนี้ด้วย ก็ให้ระวังอยู่ห่างๆ” (F1, P3Line59-62)

2.3.4 สายใยผูกพันไม่หันสู่ยาเสพติด ความผูกพันในครอบครัวที่ดี เป็นความสัมพันธ์ที่อบอุ่น และใกล้ชิดระหว่างบิดามารดากับบุตร ช่วยลดโอกาส การใช้สารเสพติด โดยจากการที่มีสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น ระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะช่วยสร้างความมั่นคงทาง อารมณ์และลดความเสี่ยงในการใช้สารเสพติด ดังคำพูด ต่อไปนี้

“เขาเคยพูดว่าเขาห่วงแม่ ทุกวันนี้เขาก็ทำ เพื่อแม่ บางทีเด็กมีความก้าวร้าวนิดหน่อยแต่เขายังมี สายใย เขาจะห่วง เขาบอกว่ามันเป็นห่วงแม่นะ ทุกวันนี้ เขาก็เรียนเพื่อแม่นะ เขาคุยให้ฟัง ก็สบายใจเรื่องเลี้ยง เขามาไม่ลำบากใจ” (M4, P2Line40-41)

2.3.5 เข้าใจเพื่อไปต่อ การสนับสนุนทาง อารมณ์เป็นการที่บิดามารดาให้กำลังใจ ไม่กดดัน เข้าใจ และยอมรับความรู้สึกของบุตร เป็นพื้นที่ปลอดภัยใน การสะท้อนให้บุตรเห็นหนทางการหลุดพ้นจากความ ทุกข์ใจและปัญหา การสนับสนุนนี้มีส่วนช่วยเสริมสร้าง ความมั่นใจและความเข้มแข็งทางจิตใจของบุตรใน การดำเนินชีวิตต่อไป ดังคำพูดต่อไปนี้

“เมื่อเจอเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ เกี่ยวกับลูก บางที ลูกเรียนหนังสือแล้วมาปรึกษาแม่ แม่ก็บอกให้เขาค่อย ๆ

ปรับตัวกับเขาไป ไม่ว่าจะเรื่องเรียนเรื่องทำงานกลุ่ม เวลาถูกมาปรึกษาแม่ก็ให้คำแนะนำไปว่าที่เราทำงาน มันก็มีปัญหากันทุกคนแหละลูก ค่อย ๆ ปรับตัวเข้าหา เขา เรื่องใหญ่ ๆ ไม่ค่อยมี” (M3, P1Line13-15)

“ตามความคิดของพ่อแม่ สิ่งที่ทำให้เค้าเครียด เหมือนเราไปกดดันในทุก ๆ เรื่องค่ะ ถ้าเราตั้งใจในสิ่งที่ เราอยากให้เค้าเป็น เรายิ่งกดดัน เค้าก็ยิ่งเครียด ก็พ่อแม่ พยายามจะไม่กดดันลูก พยายามให้เค้าทำในสิ่งที่เค้าคิด และเค้าตั้งใจ แต่ว่าเมื่อวันไหนที่เค้าเผลอในสิ่งที่ไม่ ถูกต้อง พ่อแม่ก็คอยแนะนำให้ค่ะ” (M6, P7Line 173-176)

2.3.6 อีสระเพื่อนำพาอนาคต บิดามารดา ให้การสนับสนุนความเป็นอิสระของบุตร โดยการส่งเสริม ให้บุตรได้มีโอกาสตัดสินใจด้วยตนเองอย่างรับผิดชอบ ไม่บังคับ เพื่อช่วยเสริมสร้างความมั่นใจของบุตรใน การกระทำหรือเลือกสิ่งต่างๆ ในอนาคต ดังคำพูด ต่อไปนี้

“มีความสำคัญเพราะเราๆ จะไปบังคับเด็ก จะให้ทำอย่างนั้นอย่างนั้นแบบที่เราอยากจะได้มันก็ไม่ได้ เราต้องคุยกับเขา ปรับตัวเข้าหาเขา คิดว่าลูกเป็นอย่าง นั้น ออยากให้เป็นอย่างนี้ มันไม่ได้ เราต้องถามความคิดเห็นลูกว่าอยากเป็นไหม ยิ่งกดดันเขายิ่งหนีจากเราไป อาจไปพึ่งยาพึ่งกลุ่มเพื่อนของเขา” (M3, P1Line17-19)

“ส่วนมากผมไม่ค่อยขีดเส้นให้เขาเท่าไร อยอยากให้เขาสนุกกับงานกับสิ่งที่เขาทำ เขาจะได้ไม่เครียด ผมดูแลส่วนมากที่ขีดเส้นนะ ผลที่ตามมาก็คือมันจะไป ไม่รอดอะครับ 2 ปี 3 ปี ทำที่นั่นที่โน่นครั้งหนึ่งเปลี่ยน ดูๆ แล้วมันจะไม่นาน” (F1, P10Line265-266)

2.3.7 ส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ที่สร้างสุข บิดามารดาได้ให้ข้อมูลในการส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ โดยการสนับสนุนให้บุตรมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มี ประโยชน์ ช่วยลดโอกาสการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด ได้แก่ กิจกรรมการเล่นกีฬา กิจกรรมงานวงการบันเทิง ดังคำพูดต่อไปนี้

“คือว่าตลอดเวลาหะ เค้าจะพยายามอยู่กับ

กีฬา ไม่ว่าจะเป็ นสมัยเรียนประถมหรือว่ามัธยม เขาก็ จะเล่นวอลเลย์บอล สมัย ม.ต้น แล้วทุกวันเขาก็พยายาม ไปตีเบด เขาก็จะไม่ค่อยไปทำอย่างอื่น แต่พยายาม ออกกำลังกายหะนะคะ เขาก็จะไม่ค่อยไปยุ่ง ไม่ว่าจะ เป็นเรื่องเหล่าเรื่องนูหรืออะไรอย่างเงี๊ยะเนาะ เขาก็จะไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดจะน้อยลง หรือเพื่อนที่ดีจะชักจูง กันกลับมาทำในสิ่งที่ถูกต้อง ดังคำพูดต่อไปนี้

2.3.8 สอนคบเพื่อนที่ไม่ทำให้พลาด บิดา มารดา ยังใช้ประสบการณ์ส่วนตัวของตนเองในการสอน บุตรให้เลือ กที่จะคบเพื่อน เพราะการคบเพื่อนที่ดีจะ ทำให้อยู่ในเส้นทางที่ถูกต้อง ความผิดพลาดหรือการไป ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดจะน้อยลง หรือเพื่อนที่ดีจะชักจูง กันกลับมาทำในสิ่งที่ถูกต้อง ดังคำพูดต่อไปนี้

“ส่วนมากก็จะสอนครบแล้วก็แนะนำ จะเอา ประสบการณ์ในการทำงานนี้แหละคุยกับเขาว่ามีเคสนี้ มาหาพ่ออย่างนี้ นะ เห็นไหมละอนาคตดีบวบ เห็นไหม เคสนี้ ผมก็จะอธิบายให้ฟัง เอาประสบการณ์ตรงมา อธิบายให้เขาฟัง เขาก็จะรู้ และอีกอย่างหนึ่งก็คือ ในกลุ่ม มันก็สำคัญนะ การคบเพื่อนนะ การคบเพื่อนดี มันก็สบายใจอย่างหนึ่ง คิดว่าที่ไปในด้านลบหรือไปใช้ ยาจะน้อยมาก หรือว่าถ้ามีใครจะออกนอกกลุ่มก็จะมีคน คอยดึงกลับมา” (F1, P8Line203-208)

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า มุมมองของบิดามารดาใน การป้องกันการ ใช้สารเสพติดในเยาวชนระดับอุดมศึกษา มี 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ยาเสพติดคืออุปสรรคของ เป้าหมาย ความหวังของพ่อแม่ และป้องกันยาเสพติด ด้วยเกราะทางใจและสังคม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงมุมมอง สำคัญของบิดามารดาที่ใช้ในการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการ ใช้สารเสพติด ช่วยให้อบิดามารดา มีการตัดสินใจที่ดี

มีความเข้มแข็งและมีความยืดหยุ่นในจิตใจในการ สนับสนุนบุตรให้ปรับตัวและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ต่อไป ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่เป็นการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ที่ค้นหาปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยป้องกันในการใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น ทั่วโลก จำนวน 23 เรื่อง จากงานวิจัยที่ค้นพบทั้งสิ้น 425 ฉบับ ในช่วงปี ค.ศ. 2016–2020 โดยผลการวิจัย พบ 3 ปัจจัยหลัก ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของ เยาวชน ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านชุมชน ซึ่งปัจจัยหลักเหล่านี้มีทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง โดยการดูแลของบิดามารดาเป็นปัจจัยเสี่ยงทางอ้อม ที่อธิบายว่า การละเลยและการขาดการดูแลจากบิดา มารดาทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการใช้สารเสพติด ในขณะที่ปัจจัยภายในของบิดามารดาโดยเฉพาะบิดาที่ มีข้อมูลและความตระหนักและเท่าทันด้านยาเสพติดที่ดี มีแนวโน้มที่จะปกป้องบุตรวัยรุ่นจากการใช้ยาเสพติด ได้มากกว่า และการสนับสนุนและให้คำแนะนำของ ครอบครัวอาจเป็นปัจจัยปกป้องการใช้ยาเสพติดใน วัยรุ่นได้ (Nawi et al., 2021)

เมื่อพิจารณารายประเด็น ในประเด็นยาเสพติด คืออุปสรรคของเป้าหมาย เป็นการสะท้อนทัศนคติทาง ลบต่อการ ใช้สารเสพติด ทำให้บิดามารดา มักสื่อสาร ถึงอันตรายและผลกระทบด้านลบของสารเสพติดให้ บุตรทราบ โดยมุมมองของบิดามารดาของเยาวชนใน การวิจัยครั้งนี้ บิดามารดา มีความเห็นว่าการใช้สารเสพติด เป็นเรื่องที่ไม่ดีและเป็นอุปสรรคต่อการมีอนาคตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Bilalç et al. (2021) ที่พบว่า ทัศนคติของครอบครัวส่งผลต่อการติดสารเสพติดใน วัยรุ่น ซึ่งตัวแปรเหล่านี้ควรได้รับการพิจารณาในแนวทาง การป้องกันและการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษา ของ Gázquez Linares et al. (2023) ที่พบว่า การมี ทัศนคติทางลบต่อการ ใช้สารเสพติดของบิดามารดา เป็นปัจจัยปกป้องเยาวชนในการดื่มสุรา ดังนั้น การมี ทัศนคติทางลบต่อสารเสพติดของบิดามารดาทำให้ บิดามารดาหาทางปกป้องบุตรจากภาวะเสี่ยงต่อการ ใช้

สารเสพติด

ส่วนในประเด็นความหวังของพ่อแม่ พบว่า บิดามารดามีความหวังต่อการสำเร็จการศึกษาของบุตร ให้บุตรมีความเป็นอยู่ที่ดี และดูแลบิดามารดาในอนาคต ซึ่งทำให้บิดามารดาคิดค้นแนวทางในการส่งเสริมให้บุตรมีพฤติกรรมที่ดีต่อตนเองและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง รวมถึงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด สร้างแรงจูงใจให้บุตรหลีกเลี่ยงสารเสพติดเพื่อให้บุตรบรรลุเป้าหมายในการเรียนและได้มีอาชีพที่ดีในอนาคต ซึ่งมุมมองดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Siljeholm, Eckerström, Molander, Sundbye, and Hammarberg (2024) ที่พบว่า เมื่อบิดามารดาที่เข้าร่วมโปรแกรมกับเยาวชนที่ใช้สารเสพติด ทราบว่าบุตรใช้สารเสพติด บิดามารดาจะสรรหาความช่วยเหลือที่สามารถหาได้เพื่อให้ตนเองเป็นแหล่งประโยชน์ที่พร้อมจะช่วยเหลือบุตรได้

จากการมีมุมมองว่า ยาเสพติดคืออุปสรรคของเป้าหมาย และความหวังของพ่อแม่ บิดามารดาได้ให้มุมมองที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการใช้สารเสพติด ประกอบด้วย ประสพการณ์เพื่อสร้างการเรียนรู้ สื่อสารอย่างสร้างใจ ดูแลห่างๆ อย่างห่วงๆ สายใยผูกพันไม่หันส่ายาเสพติด เข้าใจเพื่อไปต่อ และอิสระเพื่อนำพาอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ Reynolds et al. (2023) ที่พบว่า การสื่อสารระหว่างบิดามารดากับบุตรเกี่ยวกับอันตรายของการใช้ยาเสพติด เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการที่เยาวชนจะใช้หรือปฏิเสธการใช้สารเสพติด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Koning, van den Eijnden, and Vollebergh (2014) ที่พบว่า การสื่อสารที่มีคุณภาพระหว่างบิดามารดากับบุตร มีความเกี่ยวข้องกับระดับการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Gázquez Linares et al. (2023) ที่พบว่า การสื่อสารภายในครอบครัวสามารถเพิ่มหรือลดความเสี่ยงของวัยรุ่นในการใช้สารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

นอกจากนี้ มุมมองของบิดามารดา ยังสะท้อน

ความสัมพันธ์ที่อบอุ่นและใกล้ชิดระหว่างบิดามารดากับบุตรเพื่อช่วยลดโอกาสการใช้สารเสพติด โดยการมีสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัว จะช่วยสร้างความมั่นคงทางอารมณ์และลดความเสี่ยงในการใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความอบอุ่นและความรู้ของบิดามารดาที่เป็นปัจจัยปกป้องต่อการใช้สารเสพติด พบว่า การเลี้ยงดูทางบวกช่วยลดความเสี่ยงในการใช้สารเสพติด การส่งเสริมให้บิดารับรู้เกี่ยวกับแหล่งที่อยู่ของวัยรุ่นสามารถลดความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดได้ (Luk, King, McCarty, McCauley, & Vander Stoep, 2017) สำหรับมุมมองเรื่องการดูแลห่างๆ อย่างห่วงๆ สะท้อนถึงการกำกับติดตามพฤติกรรมของบุตร พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยทำนายการตั้งใจหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดในเยาวชน (Latt, Putdivarnichapong, Phetrasuwan, & Vongsirimas, 2024) การติดตามดูแลของบิดามารดาเกี่ยวกับแหล่งที่อยู่ของวัยรุ่น และการต่อต้านการใช้กัญชาอย่างเข้มแข็งของบิดามารดาเป็นปัจจัยป้องกันการใช้สารเสพติดที่สำคัญ (Lobato Concha, Sanderman, Pizarro, & Hagedoorn, 2020) หากขาดการดูแลและกำกับติดตาม จะมีความเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดในเยาวชนได้ (Jane Ling et al., 2023) ซึ่งมุมมองของบิดามารดาในการดูแลบุตรนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อระบุและอภิปรายข้อมูลทางระบาดวิทยาปัจจุบันเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้หรือไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่มีอิทธิพลอย่างมากจากผู้ปกครอง พบว่า วัยรุ่นที่มีบิดามารดาแยกทางกันมีโอกาสใช้หรือไฟฟ้าสูงกว่าวัยรุ่นที่มีบิดามารดาแต่งงานกัน และการมีครอบครัวที่สมบูรณ์เป็นปัจจัยปกป้องการใช้หรือไฟฟ้า และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การขาดบิดาหรือมารดาสามารถส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ที่นำไปสู่การใช้สารเสพติดได้ (Jane Ling et al., 2023) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการสังเคราะห์หลักฐานจาก

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาสูบและแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น และคนหนุ่มสาวชาวไนจีเรีย เพื่อระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาสูบและแอลกอฮอล์ ที่พบว่า การขาดการดูแลจากผู้ปกครองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการใช้แอลกอฮอล์และยาสูบของวัยรุ่น (Ekpenyong et al., 2024) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Madkour et al. (2017) ที่พบว่า การมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและการสื่อสารที่ตึงเครียดระหว่างบิดามารดากับบุตร มีผลในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์แบบหนักหน่วงในช่วงวัยรุ่นใหญ่ตอนต้น และระบุว่า การปรับปรุงคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับบิดามารดา มีส่วนช่วยลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นปัญหาในช่วงวัยที่มีความเปราะบางนี้ได้

#### ข้อเสนอแนะ

##### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการใช้สารเสพติดในเยาวชน นักบำบัด หรือ นักวิชาการ ควรนำมุมมองของบิดามารดาในการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการดำเนินกิจกรรม เพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในนักศึกษามหาวิทยาลัย

##### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยทำนายของมุมมองของบิดามารดาที่ป้องกันการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการประยุกต์ใช้มุมมองของบิดามารดาในการดำเนินกิจกรรม เพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นในหลายๆ รูปแบบให้เหมาะสมกับแต่ละบริบท

2.2 ควรมีการศึกษามุมมองของบิดามารดาเกี่ยวกับการป้องกันการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น ที่อาจนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในนักศึกษามหาวิทยาลัยให้เหมาะสมกับบริบท

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนงบประมาณและทุนการวิจัย ขอขอบคุณสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 2 ในการสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิชาการด้านสารเสพติดในพื้นที่ภาคตะวันออก ขอขอบคุณศูนย์วิชาการสารเสพติด ภาคตะวันออก ภายใต้การดำเนินงานของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่สนับสนุนกระบวนการต่างๆ จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่ร่วมแบ่งปันประสบการณ์ที่เป็นมุมมองต่างๆ เพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดในเยาวชน

#### เอกสารอ้างอิง

- ฉิมทัชญา ชัยเสนา ดาลลาส. (2567). *การบำบัดร่วมสมัยทางการพยาบาลจิตเวชสำหรับเยาวชนที่ใช้สารเสพติด: แนวคิดสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ธนากร ธนวัฒน์. (2567). ผลกระทบในทุกมิติจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า การทบทวนแนวทางการจัดโปรแกรมสำหรับการสร้างการรับรู้ถึงอันตรายต่อสุขภาพและการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 7(2), 93–106.
- วรภรณ์ ประทีปธีรานันต์. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของผู้ต้องขังคดียาเสพติด ในจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาล*, 68(1), 49–57.
- วรภรณ์ มั่งคั่ง, จินตนา วัชรสินธุ์, และวรรณิ เตียววิเศษ. (2559). ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนแห่งหนึ่ง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(2), 53–63.

- วสันต์ ปวนปิ่นวงศ์. (2566). สถานการณ์ ความเสี่ยง ข้อพิจารณา รัฐบาลไทยกับปัญหาเสพติดในเยาวชน กรณีศึกษา จังหวัดภาคเหนือตอนล่างในช่วง ปี ค.ศ. 2019–2020. *วารสารวิชาการ มทร. สุวรรณภูมิ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 8(1), 61–76.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2563). *สถิติการเข้ารับการรักษา ยาเสพติดในประเทศไทย ปี 2563*. สืบค้นจาก [http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com\\_content&task=view&id=4596&Itemid=53](http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=4596&Itemid=53)
- สรวิษณ์ เหล่าตรุณ, จิมห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, และ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมป้องกันการใช้สารเสพติดในนักเรียน โรงเรียนขยายโอกาส. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 146–156.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *สรุปผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการภายใต้นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567*. สืบค้นจาก [https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/infomotion/2024/20240920163655\\_86839.pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/infomotion/2024/20240920163655_86839.pdf)
- อารดา คูเจริญ. (2564). การสำรวจสถานะองค์ความรู้ของปัจจัยสาเหตุและมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในเยาวชน: ช่องว่างองค์ความรู้สำหรับการวิจัยในอนาคต. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา*, 15(1), 238–268.
- Bilaç, Ö., Önder, A., Kavurma, C., Eslek, A., Uzunoglu, G., Yalin Sapmaz, S., & Kandemir, H. (2021). Maternal attitudes, irritability, problem solving skills and decision making in adolescents with substance use: Case-control study. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 32(1), 17–25. doi:10.5080/u25055
- Cox, R. B., Washburn, I. J., Croff, J. M., & Ringwalt, C. L. (2021). Parental school-involvement and substance use? a novel family-based prevention strategy for Latino youth. *Family Relations*, 70(4), 1178–1189. doi:10.1111/fare.12533
- Ekpenyong, M. S., Jagun, H., Stephen, H. A., Bakre, A. T., Odejimi, O., Miller, E., ... Bosun-Arije, S. F. (2024). Investigation of the prevalence and factors influencing tobacco and alcohol use among adolescents in Nigeria: A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 256, 111091. doi:10.1016/j.drugalcdep.2024.111091
- Gázquez Linares, J. J., Barragán Martín, A. B., Molero Jurado, M. D. M., Simón Márquez, M. D. M., Pérez-Fuentes, M. D. C., Martos Martínez, Á., & Del Pino Salvador, R. M. (2023). Perception of parental attitudes and self-efficacy in refusing alcohol drinking and smoking by Spanish adolescents: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 808. doi:10.3390/ijerph20010808

- Jane Ling, M. Y., Abdul Halim, A. F. N., Ahmad, D., Ahmad, N., Safian, N., & Mohammed Nawi, A. (2023). Prevalence and associated factors of e-cigarette use among adolescents in Southeast Asia: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(5), 3883. doi:10.3390/ijerph20053883
- Koning, I. M., van den Eijnden, R. J., & Vollebergh, W. A. (2014). Alcohol-specific parenting, adolescents' self-control, and alcohol use: A moderated mediation model. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *75*(1), 16–23. doi:10.15288/jsad.2014.75.16
- Latt, N. N. N., Putdivarnichapong, W., Phetrasuwan, S., & Vongsirimas, N. (2024). Factors predicting the intention of drug abuse avoidance among adolescents in Pinlaung Township, Myanmar: Predictive correlational design. *BMC Public Health*, *24*(1), 8. doi:10.1186/s12889-023-17419-4
- Liamputtong, P. (Ed.). (2019). *Handbook of research methods in health social sciences*. Singapore: Springer.
- Lobato Concha, M. E., Sanderman, R., Pizarro, E., & Hagedoorn, M. (2020). Parental protective and risk factors regarding cannabis use in adolescence: A national sample from the Chilean school population. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *46*(5), 642–650. doi:10.1080/00952990.2020.1775238
- Luk, J. W., King, K. M., McCarty, C. A., McCauley, E., & Vander Stoep, A. (2017). Prospective effects of parenting on substance use and problems across Asian/Pacific Islander and European American youth: Tests of moderated mediation. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *78*(4), 521–530. doi:10.15288/jsad.2017.78.521
- Madkour, A. S., Clum, G., Miles, T. T., Wang, H., Jackson, K., Mather, F., & Shankar, A. (2017). Parental influences on heavy episodic drinking development in the transition to early adulthood. *Journal of Adolescent Health*, *61*(2), 147–154. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.04.002
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster Approach to Families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, *22*(2), 168–189. doi:10.1111/1467-6427.00145
- Nawi, A. M., Ismail, R., Ibrahim, F., Hassan, M. R., Manaf, M. R. A., Amit, N., ... Shafurdin, N. S. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: A systematic review. *BMC Public Health*, *21*(1), 2088. doi:10.1186/s12889-021-11906-2
- Reynolds, A., Keough, M. T., Blacklock, A., Tootoosis, C., Whelan, J., Bomfim, E., ... Burack, J. A. (2023). The impact of cultural identity, parental communication, and peer influence on substance use among Indigenous youth in Canada. *Transcultural Psychiatry*, *61*(3), 351–360. doi:10.1177/13634615231191999

- Rusby, J. C., Light, J. M., Crowley, R., & Westling, E. (2018). Influence of parent-youth relationship, parental monitoring, and parent substance use on adolescent substance use onset. *Journal of Family Psychology, 32*(3), 310–320. doi:10.1037/fam0000350
- Siljeholm, O., Eckerström, J., Molander, O., Sundbye, J., & Hammarberg, A. (2024). 'Before, we ended up in conflicts, now we can provide support'—Experiences of Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) for parents of young adults with hazardous substance use. *BMC Psychiatry, 24*(1), 464. doi:10.1186/s12888-024-05913-x
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *UNODC World drug report 2024: Harms of world drug problem continue to mount amid expansions in drug use and markets*. Retrieved from [https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2024/June/unodc-world-drug-report-2024\\_-harms-of-world-drug-problem-continue-to-mount-amid-expansions-in-drug-use-and-markets.html](https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2024/June/unodc-world-drug-report-2024_-harms-of-world-drug-problem-continue-to-mount-amid-expansions-in-drug-use-and-markets.html)
- World Health Organization. (2021). *Adolescent and young adult health*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
-

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยง  
เผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง  
อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก\*

Factors Influencing Loneliness among Karen Elderly People  
with Diabetes and Hypertension Disease  
in Tha Song Yang District, Tak Province\*

พีระวัฒน์ แย่งจันทร์, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)<sup>1</sup>

Peerawat Yangjun, M.P.H. (Public Health)<sup>1</sup>

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, ป.ร.ด. (วิทยาศาสตร์สุขภาพ)<sup>2</sup>

Supaporn Sudnongbua, Ph.D. (Health Science)<sup>2</sup>

Received: February 27, 2023

Revised: December 17, 2024

Accepted: December 17, 2024

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาคำความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความอ้างว้าง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำนวน 465 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .85 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .91 และแบบสอบถามความอ้างว้าง มีค่าความเชื่อมั่น .83 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2565

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\* Master's Thesis of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

<sup>1</sup> มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

<sup>1</sup> Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

<sup>1</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: peerawaty63@nu.ac.th

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

<sup>2</sup> Associate Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความอ้างว้างในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.18 การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพมิติการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก การเข้าถึงบริการสุขภาพมิติความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ การเข้าถึงบริการสุขภาพมิติความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ สามารถร่วมกันทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 45.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\text{adj. } R^2 = .458, p < .001$ ) โดยการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความอ้างว้างของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด ( $\text{Beta} = .437, p < .001$ )

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขควรมีการจัดระบบบริการสุขภาพที่เน้นความสะดวกของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่ ช่วยให้มีความอ้างว้างลดลง

คำสำคัญ: ความอ้างว้าง กะเหรี่ยง ผู้สูงอายุ

### Abstract

This predictive correlational research aimed to study loneliness and factors influencing loneliness among Karen elderly people with diabetes and hypertension disease. The samples were 465 Karen elderly people with diabetes and hypertension disease in Tha Song Yang District, Tak Province. The research instruments included a demographic questionnaire, a self-esteem questionnaire with a reliability of .85, a health service questionnaire with a reliability of .84, a social support questionnaire with a reliability of .91, and a loneliness questionnaire with a reliability of .83. Data were collected from October to November 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that most Karen elderly people with diabetes and hypertension disease present loneliness at a moderate level (71.18%). Self-esteem, health service in accessibility, health service in adequacy, health service in affordability, emotional support, and stuff support could statistically significantly predict loneliness among Karen elderly people with diabetes and hypertension disease at 45.80% ( $\text{adj. } R^2 = .458, p < .001$ ). The most predicting factor was self-esteem ( $\text{Beta} = .437, p < .001$ ).

This research suggests that healthcare workers should provide a health service system that emphasizes the convenience of Karen elderly people with diabetes and hypertension disease. This will help the elderly people receive the empathy and reduce loneliness.

**Keywords:** Loneliness, Karen, Elderly people

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมผู้สูงอายุปานกลาง โดยมีประชากรสูงอายุร้อยละ 12 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) โดยจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงสุด คือ กรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 16.47 รองลงมา คือ เชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 16.39 และนครราชสีมา คิดเป็นร้อยละ 15.22 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดตากมีสัดส่วนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 11.90 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) สำหรับอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ประกอบด้วย 6 ตำบล โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุจำนวน 5,494 คน ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจำนวน 1,538 คน คิดเป็นร้อยละ 27.99 และพบผลการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ผิดปกติ จำนวน 23 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ที่พบจำนวน 8 คน นอกจากนี้จากการประเมินด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ในปี พ.ศ. 2562 พบผู้สูงอายุมีแนวโน้มฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง จำนวน 2 คน (อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก, 2563) ทั้งนี้ ประชากรของอำเภอท่าสองยางเป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอมากถึงร้อยละ 90.38 (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย, 2563)

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพเนื่องจากความเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย มีปัญหาการได้ยินหรือการสื่อความหมาย (อนุสันต์ เทียนทอง, 2557) นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายแล้ว ผู้สูงอายุยังมีปัญหาด้านจิตสังคม โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาคำความรู้สึกอ้างว้าง ร้อยละ 53.80 ปัญหาไม่มี

คนดูแลยามเจ็บป่วย ร้อยละ 26.50 และปัญหาต้องเลี้ยงชีพด้วยตัวเอง ร้อยละ 15.30 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ยิ่งหากผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง ทำให้จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาโดยการพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่องและต้องปฏิบัติกิจกรรมในการควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้สูงอายุหลายประการ เช่น ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งส่งผลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (จันทร์จิรา อยู่วัฒนา, ชัญญูชิตาคุษฎี ทุลศิริ, และพรนภา หอมสินธุ์, 2560) นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังทำให้ผู้สูงอายุเกิดการแยกตัวจากสังคม (Bevilacqua et al., 2022) จากการศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความอ้างว้าง (Meng et al., 2024) โดยการป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุได้ (Grover, Verma, Singh, Dahiya, & Nehra, 2019)

กะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอมีความเชื่อเรื่องสุขภาพมีการใช้สมุนไพรเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับค่อนข้างต่ำ เนื่องจากประชากรส่วนหนึ่งปรับตัวไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพชุมชนและสังคมที่เข้าสู่สังคมเมือง ซึ่งมีวิถีความเป็นอยู่ที่สมัยใหม่มากขึ้น ทำให้ตกอยู่ในสภาพยากจน ส่งผลให้โอกาสในการเข้าถึงบริการภาครัฐค่อนข้างน้อย และการเข้าถึงบริการระบบสุขภาพไม่ทั่วถึง (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558) โดยในปัจจุบัน

ผู้สูงอายุจะเหวี่ยงเผ่าปกาเกอญอมีโอกาสเกิดความ อ่างว้างเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากลูกหลานเดินทางออกไป ทำงานต่างถิ่นมากขึ้น ซึ่งความอ่างว้างเป็นปัญหาด้าน วัฒนธรรมความเชื่อเฉพาะของชนเผ่า ทำให้ปัญหา นี้ของผู้สูงอายุมักถูกมองข้ามและเข้าใจผิดคิดว่าเกิดจาก การเปลี่ยนแปลงตามวัย แต่ในความเป็นจริงแล้วส่งผล กระทบทั้งต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ยิ่งไปกว่านั้น ความอ่างว้างอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรม เสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความอ่างว้าง ของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ การรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง (เชษฐา แก้วพรม, สายฝน อินศรีชื่น, และลักษณา พงษ์กุ่มมา, 2563) การเข้าถึงบริการ สุขภาพ 5 มิติ (ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์, ภิฤดี ภวานันท์, สุรชาติ ณ หนองคาย, และวิริณีย์ กิตติพิชัย, 2559) และแรงสนับสนุนทางสังคม (จิณกร โนรี และนางลักษณ์ พะโกยะ, 2563) ซึ่งผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อความอ่างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก โดยใช้แนวคิดความอ่างว้าง ของ Perlman and Peplau (1998) ที่อธิบายว่า ความอ่างว้างเป็นความไม่สมดุลของสัมพันธ์ทาง สังคมกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง มีผลทำให้บุคคลรับรู้ถึงความ ไม่สบายใจ ไม่สามารถทนอยู่คนเดียวได้ ความอ่างว้าง เกิดจากการสูญเสียสัมพันธ์ที่มีความหมายหรือ ความสำคัญกับบุคคล สูญเสียบทบาททางสังคม รู้สึก ว่าตนเองไร้ค่า และรู้สึกซึมเศร้า เหมือนถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครรักและดูแลเอาใจใส่ รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย และแยกตัวจากสังคม ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยที่ได้จะ นำไปใช้ในการออกแบบแนวทางการลดความอ่างว้าง ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกา เกอญอต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความอ่างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยง เผ่าปกาเกอญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ่างว้าง ในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอญอที่ป่วยเป็นโรค เบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

## สมมติฐานการวิจัย

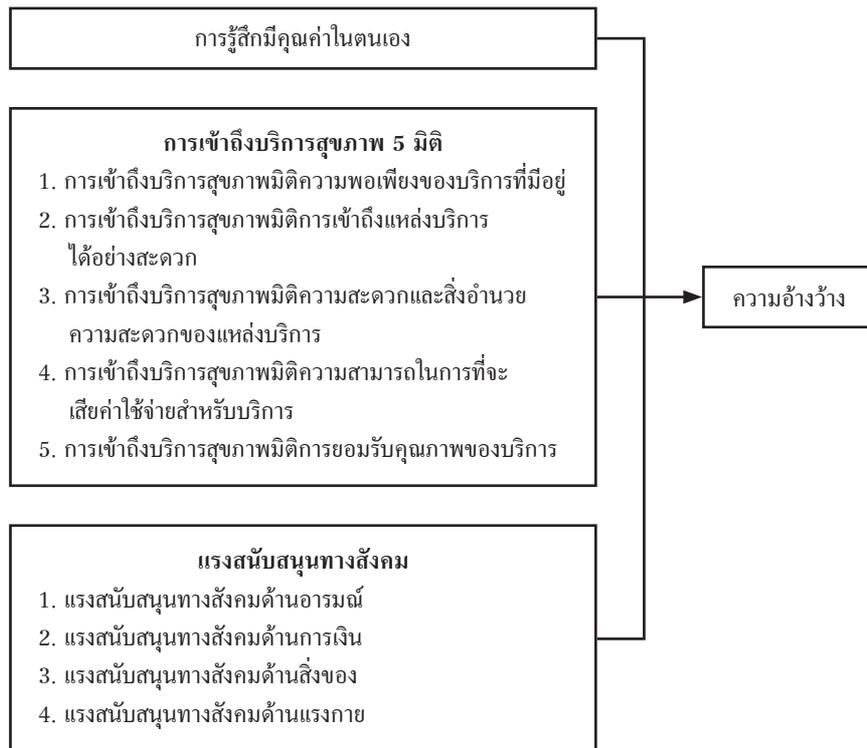
การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการ สุขภาพ 5 มิติ และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถ ร่วมกันทำนายความอ่างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่า ปกาเกอญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ได้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความอ่างว้าง ของ Perlman and Peplau (1998) ที่กล่าวว่า ความอ่างว้าง เกิดจากการสูญเสียสัมพันธ์ที่มีความหมายหรือ ความสำคัญกับบุคคล สูญเสียบทบาททางสังคม รู้สึกว่า ตนเองไร้ค่า รู้สึกซึมเศร้า ชีวิตไม่มีความหมาย และ แยกตัวจากสังคม โดยคัดสรรตัวแปรต้นจากการทบทวน วรรณกรรม ได้แก่ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึง บริการสุขภาพ 5 มิติ และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Rosenberg (1965) ที่กล่าวว่า การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็น การประเมินตนเองเกี่ยวกับการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นและรับรู้ว่าตนเอง มีความสามารถ ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ ผู้วิจัยใช้แนวความคิดของ Penchansky and Thomas (1981) ที่กล่าวว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพแบ่งออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ ความพอเพียงของบริการ การเข้าถึงแหล่ง บริการ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของ

สถานบริการ ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการ และการยอมรับคุณภาพการบริการ สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แนวความคิดของสุภาภรณ์ สุดหนองบัว (2564) ที่กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านที่มองเห็นและด้านที่มองไม่เห็น ซึ่งแรงสนับสนุน

ทางสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตและการพัฒนาคุณภาพชีวิต หากผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอมีการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น น่าจะทำให้มีความอึดอึดน้อยลง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำนวน 1,538 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คือ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หรือป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน 4) ไม่มีอาการทางจิต และไม่เป็นผู้ป่วยจิตเวช 5) ญาติยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร (Daniel, 1995) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

420 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 465 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ โดยเรียงลำดับตามบัญชีรายชื่อผู้ป่วยในแต่ละตำบล (มีจำนวน 6 ตำบล) จากนั้นหาอัตราส่วนระหว่างประชากรกับขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 4 แล้วสุ่มเลขเริ่มต้น ได้เลข 1 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลตามสัดส่วนของประชากร

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การอยู่อาศัย บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการสูญเสียบุคคลสำคัญ จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของเขาวลักษณะ มหาสิทธิ์วัฒน์ (2529) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของ Rosenberg (1965) จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน) และในระดับสูง (3.01-4.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Penchansky and Thomas (1981) แบ่งออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ มิติความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ จำนวน 5 ข้อ มิติการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก จำนวน 3 ข้อ

มิติความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ จำนวน 5 ข้อ มิติความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ จำนวน 3 ข้อ และมิติการยอมรับคุณภาพของบริการ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 19 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของสุภาภรณ์ สุดหนองบัว (2563) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการเงิน ด้านสิ่งของ และด้านร่างกาย จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เลยเล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความอ้างว้าง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของณทัช วงศ์ปการันย์ และคณะ (2563) ที่พัฒนาจาก the UCLA Loneliness Scale ของ Russell (1996) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ เป็นประจำ บางครั้ง แทบจะไม่เคย และไม่เลย ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ



ต่อเดือน ( $SD = 488.21$ ) มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 81.50 โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 8.82 เป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 9.68 อาศัยอยู่กับบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.38 ส่วนใหญ่มีบุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 93.12 และไม่มีการสูญเสียบุคคลสำคัญ คิดเป็นร้อยละ 72.90

2. การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุเกษียณชีพการเกษียณที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.52 และมีคะแนนเฉลี่ยการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง ( $M = 2.34, SD = .49$ )

3. การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ ในผู้สูงอายุเกษียณชีพการเกษียณที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมิติความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 65.38 ( $M = 3.83, SD = .62$ ) มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมิติการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวกในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.49 ( $M = 3.37, SD = .73$ ) มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมิติความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.35 ( $M = 3.59, SD = .55$ ) ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมิติความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.86 ( $M = 3.28, SD = .53$ ) และส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมิติการยอมรับคุณภาพของบริการในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.96 ( $M = 3.85, SD = .60$ )

4. แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุเกษียณชีพการเกษียณที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.89 และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยรวมในระดับสูง ( $M = 3.70, SD = .63$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.89 ( $M = 3.77, SD = .74$ ) ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเงินในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.11 ( $M = 3.66, SD = .70$ ) ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.18 ( $M = 3.66, SD = .70$ ) และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านร่างกายในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.41 ( $M = 3.72, SD = .64$ )

5. ความอึดในผู้สูงอายุเกษียณชีพการเกษียณที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความอึดในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.18 และมีคะแนนเฉลี่ยความอึดในระดับปานกลาง ( $M = 2.80, SD = .37$ )

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอึดในผู้สูงอายุเกษียณชีพการเกษียณที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพมิติการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก การเข้าถึงบริการสุขภาพมิติความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ การเข้าถึงบริการสุขภาพมิติความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ สามารถร่วมกันทำนายความอึดในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 45.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $adj. R^2 = .458, p < .001$ ) โดยการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความอึดในผู้สูงอายุได้มากที่สุด ( $Beta = .437, p < .001$ ) รองลงมา คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพมิติความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ( $Beta = -.247, p < .001$ ) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ( $Beta = .187, p < .001$ ) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ ( $Beta = .181, p < .01$ ) การเข้าถึงบริการสุขภาพมิติความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ ( $Beta = -.111, p < .01$ ) และการเข้าถึงบริการ

สุขภาพมิติการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก (Beta = .107,  $p < .05$ ) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยง  
เผ่าปกาเกอะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (n = 465)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.394	.287	.437	10.075	< .001
การเข้าถึงบริการสุขภาพมิติความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ	-.165	.276	-.247	-5.371	< .001
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	.093	.281	.187	3.662	< .001
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ	.094	.272	.181	3.429	.001
การเข้าถึงบริการสุขภาพมิติความสามารถ ในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ	-.077	.271	-.111	-2.763	.006
การเข้าถึงบริการสุขภาพมิติการเข้าถึง แหล่งบริการได้อย่างสะดวก	.053	.270	.107	2.498	.013

Constant = 1.616, R = .682,  $R^2 = .465$ , adj.  $R^2 = .458$ , F = 66.345,  $p < .001$

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม  
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกา  
เกอะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต  
สูงส่วนใหญ่มีความอ้างว้างในระดับปานกลาง (ร้อยละ  
71.18) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความอ้างว้างเป็นความทุกข์  
ด้านจิตใจที่ทำให้ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ  
รู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจตนเอง ไม่มีใครต้องการ ไม่มีใคร  
สนใจ อาจทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคม ซึ่งปัญหา  
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือระหว่างสังคม  
อาจเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดปัญหาด้านจิตใจ  
(Feist, Herrgård, Thiele, Reed, & Palsson, 2009)  
โดยผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอฯ ส่วนใหญ่  
มีบุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 93.12)  
และไม่มีการสูญเสียบุคคลสำคัญ (ร้อยละ 72.90)  
ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ

พรทิพย์ แก้วสว่าง (2564) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น  
โรคเบาหวานมีความหว้าเหวในระดับต่ำ มากที่สุด  
คิดเป็นร้อยละ 63.20

ผลการวิจัยพบว่า การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง  
การเข้าถึงบริการสุขภาพมิติการเข้าถึงแหล่งบริการได้  
อย่างสะดวก การเข้าถึงบริการสุขภาพมิติความสะดวก  
และสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ การเข้าถึง  
บริการสุขภาพมิติความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่าย  
สำหรับบริการ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์  
และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ สามารถร่วมกัน  
ทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ  
ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้  
ร้อยละ 45.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรู้สึก  
มีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความอ้างว้างของ  
ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน  
และโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด โดยมีผลทางบวก  
แสดงว่า ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอฯ ที่มีการรู้สึก

มีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น จะมีความอ้างว้างเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอส่วนใหญ่มีบุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 93.12) จึงทำให้มีการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแม้ว่าจะมีการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แต่ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ ก็ยังรู้สึกว่าตนเองมีความอ้างว้าง ซึ่งอาจเนื่องด้วยวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอที่มีลักษณะการอยู่อาศัยแบบครอบครัวใหญ่ มีการยกย่องให้เกียรติผู้สูงอายุ อีกทั้งผู้สูงอายุยังเป็นที่พึ่งให้กับลูกหลาน แต่วิถีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง รู้สึกไม่อบอุ่น ไม่มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของซุติกร ปัญญา, วารี กังใจ, และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2557) ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความว่าเหว่ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนได้

ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมิตินี้ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพมิตินี้ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ สามารถทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยมีผลทางลบ แสดงว่า ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ ที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมิตินี้ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการเพิ่มขึ้น และที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมิตินี้ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเพิ่มขึ้น จะมีความอ้างว้างลดลง ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า สถานบริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ ไปรับบริการนั้น มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่จัดไว้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุทั้งด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม และการเปิดให้บริการทุกวันรวมทั้งวันหยุด โดยมีแนวทางการนัดพบแพทย์แบบเป็นขั้นตอน รวมทั้งผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ สามารถเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ ไม่ว่าจะเป็ยนาในบัญชี

ยาหลักที่นอกเหนือจากการเบิกได้จากภาครัฐ หากยานั้นมีความจำเป็นต้องใช้ในการรักษาโรคของตนและมีราคาที่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ รู้สึกว่าได้รับความสะดวกจากสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกละเลย สอดคล้องกับการศึกษาของพลศักดิ์ พุมวิเศษ (2554) ที่พบว่า ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกจากสถานบริการเกี่ยวกับการขอรับบริการ เช่น การทำบัตร การยื่นบัตรขอรับบริการ และสอดคล้องกับการศึกษาของมัทธนา จริยรัตน์ไพศาล และอรอนงค์ แจ่มผล (2558) ที่พบว่า ประชาชนมีความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ ไม่มีปัญหาเรื่องค่าบริการสุขภาพ และเห็นว่า การให้บริการสุขภาพมีความเหมาะสมกับการจ่ายค่าบริการ การให้บริการของสถานบริการสุขภาพตรงต่อความต้องการ ช่วงเวลาเปิด-ปิดสะดวกต่อการรับบริการ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย คุณิพงษ์ (2562) ที่พบว่า ความสามารถในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมิตินี้ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวกสามารถทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ ที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมิตินี้การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวกเพิ่มขึ้น จะมีความอ้างว้างเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ สามารถเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างสะดวก มีลูกหลานพาไปโดยใช้รถส่วนตัวหรือเหมารถไปดังกล่าวการศึกษาของมัทธนา จริยรัตน์ไพศาล และอรอนงค์ แจ่มผล (2558) ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เดินทางไปรับบริการด้วยตนเองหรือมีญาติพาไป พาหนะที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นรถส่วนตัว รองลงมา คือ เหมารถไป นอกจากนี้ ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ ยังได้รับบริการจากหน่วยงานภาครัฐที่มีการสนับสนุน

ยานพาหนะในการเดินทางมาพบแพทย์ที่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะได้รับความสะดวก ไม่รู้สึกว่าจะถูกละเลย อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอฯ ยังรู้สึกว่าตนเองมีความอ้างว้าง ซึ่งอาจเนื่องด้วยวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังมากขึ้น ทำให้มีอารมณ์ไม่มั่นคง ไม่มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหา

ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ สามารถทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอฯ ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของเพิ่มขึ้น จะมีความอ้างว้างเพิ่มขึ้น ในส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอฯ รู้สึกท้อแท้ ลึนหวังในชีวิต จะมีลูกหลานคอยรับฟัง และได้รับกำลังใจจากเพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อีกทั้งมีช่องทางการขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่อีกด้วย และในส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอฯ ได้รับการดูแลเอาใจใส่เรื่องเสื้อผ้า และได้รับการสนับสนุนข้าวของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน อีกทั้งในช่วงเทศกาลจะมีลูกหลานนำสิ่งของมามอบให้ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของอยู่เสมอ ดังการศึกษาของจิรานันท์ วงศ์สุวรรณ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และสุกฤดา สวนแก้ว (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 98.86 และการศึกษาของวิหมา ธรรมเจริญ และนิต์ศนีย์ เจริญงาม (2564) ที่พบว่า การสนับสนุนด้านสิ่งของเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนปลาย อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุกะเหรี่ยง

เผ่าปกากะญอฯ ยังรู้สึกว่าตนเองมีความอ้างว้าง ซึ่งอาจเนื่องด้วยวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังมากขึ้น ทำให้มีอารมณ์ไม่มั่นคง ไม่มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหา

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรด้านสาธารณสุขควรส่งเสริมการจัดระบบบริการสุขภาพที่เน้นความสะดวกของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เช่น การจัดวันนัดพบแพทย์ที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวก รู้สึกว่าได้รับการเอาใจใส่ ช่วยลดการเกิดความอ้างว้าง

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาแบบผสมวิธีเกี่ยวกับการลดหรือป้องกันการเกิดความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับการแก้ปัญหาต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *รายงานประจำปี 2562*. สืบค้นจาก [https://www.dop.go.th/download/implementation/th1590904261-1168\\_0.pdf](https://www.dop.go.th/download/implementation/th1590904261-1168_0.pdf)
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). *แผนแม่บทการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย (พ.ศ. 2558-2560)*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- จันทร์จิรา อยู่วัฒนา, ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, และพรณา หอมสินธุ์. (2560). ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(2), 69-81.

- จิราพันธ์ วงศ์สุวรรณ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และสุกฤดา สวนแก้ว. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. *พยาบาลสาร*, 47(3), 267–276.
- ชวลีกร ปัญญา, วารี กังใจ, และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2557). ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(4), 1–12.
- เชษฐา แก้วพรม, สายฝน อินศรีชื่น, และลักขณา พงษ์ภุมมา. (2563). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 7(1), 76–89.
- ทินกร โนรี, และนงลักษณ์ พะโกยะ. (บ.ก.). (2563). *การดูแลระยะยาว เพื่อภาวะพึ่งพิงอย่างมีคุณภาพในสังคมไทย*. นนทบุรี: ภาพพิมพ์.
- ณทัช วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, युพาพรรณ ศิริอ้าย, คณิงนิจ ไชยลังการณ, และวิรัตน์ นิวัฒน์นันท์. (2563). *คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์, ภฤดี กวานันท์, สุรชาติ ณ หนองคาย, และวิรัช กิตติพิชัย. (2559). การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าซ่าง จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารการพยาบาล*, 18(2), 42–50.
- พรทิพย์ แก้วสว่าง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี*, 19(1), 36–48.
- พลศักดิ์ พุ่มวิเศษ. (2554). *พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: คณะวิทยาศาสตร์และสาธารณสุข วิทยาลัยราชพฤกษ์.
- มณฑนา จิรรัตน์ไพศาล, และอรอนงค์ แจ่มผล. (2558). การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในตำบลนครชุม อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. ใน *รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ครั้งที่ 2* (น. 603–611). มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย*. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?p=37626>
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทมา ธรรมเจริญ, และนิตศันย์ เจริญงาม. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย ในตำบลสองพี่น้อง อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 15(1), 137–150.
- ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย. (2563). *ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม*. สืบค้นจาก <https://hhdc.anamai.moph.go.th:8080/hhdcdashboard/ethnics/default/tambon?ap=6306>
- สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2563). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: สถานการณ์และการดูแลด้านสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮ้าส์.
- สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2564). *การดูแลผู้สูงอายุ: สถานการณ์และคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อนุสันต์ เทียนทอง. (2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย*. สืบค้นจาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/Elderly2015-Thai-Final.pdf>
- อภิรัชย์ คุณนิพนธ์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(5), 75–80.
- อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก. (2563). *รายงานสรุปผลงานประจำปี 2563 อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก*. ตาก: ผู้แต่ง.
- Bevilacqua, G., Jameson, K. A., Zhang, J., Bloom, I., Fuggle, N. R., Patel, H. P., ... Dennison, E. M. (2022). Relationships between non-communicable disease, social isolation and frailty in community dwelling adults in later life: Findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 34(1), 105–112. doi:10.1007/s40520-021-02026-3
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Feist, A. M., Herrgård, M. J., Thiele, I., Reed, J. L., & Palsson, B. Ø. (2009). Reconstruction of biochemical networks in microorganisms. *Nature Reviews Microbiology*, 7(2), 129–143. doi:10.1038/nrmicro1949
- Grover, S., Verma, M., Singh, T., Dahiya, N., & Nehra, R. (2019). Loneliness and its correlates amongst elderly attending non-communicable disease rural clinic attached to a tertiary care Centre of North India. *Asian Journal of Psychiatry*, 43, 189–196. doi:10.1016/j.ajp.2019.06.001
- Meng, L., Xu, R., Li, J., Hu, J., Xu, H., Wu, D., ... Liu, D. (2024). The silent epidemic: Exploring the link between loneliness and chronic diseases in China's elderly. *BMC Geriatric*, 24(1), 710. doi:10.1186/s12877-024-05163-2
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. doi:10.1097/00005650-198102000-00001
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1998). Loneliness. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (pp. 571–581). San Diego, CA: Academic Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. doi:10.1207/s15327752jpa6601\_2

## รายงานการวิจัย

# ผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดต่อการปฏิบัติของพยาบาลและสภาพผิวหนังของทารกเกิดก่อนกำหนด \* Effects of Preterm Infants Skin Care Guidelines Implementation on Nurses' Practices and the Skin Condition of Preterm Infants \*

จิตวลัย ทุงกาศ, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) <sup>1</sup>

Jitwalai Thunkas, M.N.S. (Pediatric Nursing) <sup>1</sup>

จutamaศ โชติบาง, ปร.ด. (การพยาบาล) <sup>2</sup>

เนตรทอง นามพรหม, ปร.ด. (การพยาบาล) <sup>3</sup>

Jutamas Chotibang, Ph.D. (Nursing) <sup>2</sup>

Nethong Namprom, Ph.D. (Nursing) <sup>3</sup>

Received: July 3, 2024

Revised: November 27, 2024

Accepted: December 6, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดต่อการปฏิบัติของพยาบาลและสภาพผิวหนังของทารกเกิดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลและทารกเกิดก่อนกำหนด หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 13 คน และ 16 คน ตามลำดับ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง แผนการสอน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสังเกตการปฏิบัติในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาล มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 1 และแบบประเมินสภาพผิวหนังของทารกเกิดก่อนกำหนด มีค่าความเชื่อมั่น 1 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนตุลาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test และ paired t-test

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\* Master's Thesis of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

<sup>1</sup> มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

<sup>1</sup> Master, Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

<sup>1</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: JitwalaiThunkas@gmail.com

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

<sup>2</sup> Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

<sup>3</sup> Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดมากกว่าก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.400, p < .05$ ) และ 2) กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด มีจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีสภาพผิวหนังปกติมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 6.349, p < .05$ )

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดควรนำแนวคิดการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ร่วมกับการนำแนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดไปใช้ในการส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาล เพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีสภาพผิวหนังปกติ

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด การปฏิบัติของพยาบาล  
ผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด

### **Abstract**

This comparative research aimed to investigate the effects of preterm infants skin care guidelines implementation on nurses' practices and the skin condition of preterm infants. The samples consisted of 13 nurses and 16 preterm infants in the neonatal intensive care unit 1, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The research instruments included the preterm infants skin care guidelines, a self-learning module, a lesson plan, a demographic data questionnaire, an observation form on nurses' skin care practices for preterm infants with a correlation coefficient of 1, and a preterm infants' skin condition assessment form with a reliability of 1. The implementation and data collection were conducted from October 2020 to October 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, and paired *t*-test.

The research results revealed that 1) after promoting the guidelines implementation, nurses had a statistically significantly higher mean score of preterm infants skin care practices than before promoting the guidelines implementation ( $t = 2.400, p < .05$ ); and 2) the number of preterm infants with normal skin condition in the group receiving the guidelines was statistically significantly higher than the group receiving regular nursing care ( $\chi^2 = 6.349, p < .05$ ).

This research suggests that the head nurse of the neonatal intensive care unit should adopt the guideline implementation concepts together with the preterm infants skin care guidelines to promote nurses' practices. This will help preterm infants maintain their normal skin condition.

**Keywords:** Preterm infants skin care guidelines, Nurses' practices, Preterm infants' skin

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อัตราการเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดทั่วโลก พบประมาณร้อยละ 9.80 ของทารกเกิดมีชีวิต โดยร้อยละ 15 ของจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมด เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ (Ohuma et al., 2023) สำหรับประเทศไทย อัตราการเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดในปี พ.ศ. 2567 พบร้อยละ 9.98 (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ทารกเกิดก่อนกำหนดมีพัฒนาการทางกายวิภาคและสรีรวิทยา ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ที่เจริญเติบโตพัฒนาไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะการทำหน้าที่ของผิวหนังในการป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย การควบคุมอุณหภูมิ และการป้องกันการสูญเสียน้ำ ที่ยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ รวมทั้งพบปัญหาการหายใจลำบากที่เกิดจากปอดยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ขาดสารลดแรงตึงผิว มีกล้ามเนื้อช่วยการหายใจที่เจริญไม่เต็มที่ (ยูดี พงษ์สารนันท์กุล, 2559) ทำให้ต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และได้รับการทำหัตถการที่จำเป็นต่างๆ เพื่อช่วยชีวิต ตลอดจนกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องได้รับเป็นประจำ ได้แก่ การรักษาอุณหภูมิร่างกาย การอาบน้ำ การใช้ยาฆ่าเชื้อบริเวณผิวหนัง การทำแผล การดูดหรือลอกเพปทาว และการทำหัตถการที่ทำให้มีรูเปิดบริเวณผิวหนัง เช่น การแทงเส้นเลือด สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผิวหนังถูกทำลาย (Aredes, Santos, & Fonseca, 2017)

ผิวหนังของทารกในครรภ์เริ่มพัฒนาตั้งแต่อายุ 21 สัปดาห์ โดยผิวหนังชั้นนอก (stratum corneum) จะเริ่มสร้างและแบ่งเป็นชั้นเมื่อทารกในครรภ์มีอายุ 28 สัปดาห์ โดยจะมีจำนวนชั้นมากกว่า 15 ชั้น เมื่อทารกในครรภ์มีอายุ 32 สัปดาห์ ซึ่งมีความใกล้เคียงกับผิวหนังของผู้ใหญ่ แต่หากทารกเกิดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ ทารกจะมีผิวหนังชั้นนอกบางมาก เซลล์จับตัวกันอย่างหลวม ๆ ทำให้ผิวหนังทำหน้าที่ได้จำกัด (Aredes et al., 2017) ส่งผลให้การป้องกันการสูญเสียน้ำทางผิวหนังและการป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่

ร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ (Jurica et al., 2016) และผิวหนังจะถูกทำลายได้ง่าย ทำให้ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ต้องได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ส่งผลให้ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่ เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตของทารก (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2561; Fumarola et al., 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ August, New, Ray, and Kandasamy (2018) พบความชุกของผิวหนังถูกทำลายในทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ร้อยละ 9.25–43.10 สำหรับประเทศไทย พบปัญหาการแตกทำลายของผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิดทุกแห่ง ถึงแม้จะไม่มีกัมมันตภาพรังสีเป็นสถิติไว้อย่างชัดเจนก็ตาม จากผลการประเมินผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 92 คน ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในปี 2561 โดยใช้แบบประเมินผิวหนังทารกแรกเกิด (Neonatal Skin Condition Score [NSCS]) พบอุบัติการณ์การเกิดผิวหนังถูกทำลาย 12 ครั้ง คิดเป็น 13.04 ครั้งต่อ 100 วันนอนโรงพยาบาล (หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2561) ซึ่งการแตกทำลายของผิวหนังเกิดจากการบาดเจ็บจากอุปกรณ์การแพทย์ จากสารเคมีจากการเสียดสี และผิวหนังอักเสบจากผ้าอ้อม คิดเป็นร้อยละ 30, 46, 47 และ 60 ตามลำดับ (นงลักษณ์ อินตา และวินัส ผลทิพย์, 2566) โดยตำแหน่งที่พบการแตกทำลายของผิวหนัง ได้แก่ ศีรษะ ใบหน้า บริเวณระหว่างปลายจมูกกับริมฝีปากด้านบน หน้าอก ท้องหลัง ขาส่วนหลัง ลำตัวด้านหน้า และแก้มทั้งสองข้าง (หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2561; August et al., 2018)

ปัจจุบันมีหลายสถาบันได้พัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อให้การดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ หลักฐานเชิงประจักษ์การดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อน

กำหนด ของภาควิชาตจวิทยา มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย (Kusari et al., 2018) แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกแรกเกิด ของมหาวิทยาลัยสวามี รามา หิมาลัยัน ประเทศอินเดีย (Sorte, 2019) แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ของ นงลักษณ์ อินตา (2558) และแนวปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ที่พัฒนาโดยนิตยา ไสศรี และ วิไล เกิดผล (2557) ซึ่งผลจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า สัดส่วนการเกิดผิวหนังถูกทำลายลดลงจากร้อยละ 51.34 เป็น 19.42 (นิตยา ไสศรี และวิไล เกิดผล, 2557) แสดงให้เห็นว่า หากมีการส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติ การดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดไปใช้ จะส่งผลดี ต่อทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งการที่แนวปฏิบัติการดูแล ผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดไม่ถูกนำไปใช้ อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผิวหนังทารกเกิด ก่อนกำหนดและการใช้นโยบายปฏิบัติมีหลายปัจจัย ได้แก่ ภาระงานมาก ทำให้พยาบาลมีเวลาไม่เพียงพอในการ ค้นหาความรู้ใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเพิ่มเติม ลักษณะงานของพยาบาลที่ไม่ให้ความสำคัญกับบทบาท นักวิจัย ขาดการสื่อสารระหว่างสถาบันการศึกษา กับ ผู้ปฏิบัติงาน พยาบาลมีความเชื่อเรื่องหลักฐานเชิง ประจักษ์ว่ามีข้อจำกัดในการนำไปใช้ งานวิจัยมีความยาก ในการทำความเข้าใจทั้งเรื่องการประเมินคุณภาพและ สถิติ (Shayan, Kiwanuka, & Nakaye, 2019) การเข้าถึงแนวปฏิบัติยาก เนื่องจากไม่มีวิธีการเผยแพร่ ให้เข้าถึงได้ง่าย เช่น แนวปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นเอกสาร ไม่มีการเผยแพร่แนวปฏิบัติบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต้องได้รับความเห็นชอบ จากหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้บริหาร (Keiffer, 2015) ส่วนปัจจัยที่เอื้อต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้สำเร็จใน หน่วยงาน ได้แก่ แนวปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เหมาะกับบริบทของหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติคุ้นเคยกับแนว ปฏิบัตินั้น และแนวปฏิบัติเข้าถึงได้ง่าย เช่น หน่วยงาน

มีการเอื้อข้อมูลแนวปฏิบัติการดูแลต่าง ๆ บนเว็บไซต์ (Keiffer, 2015) จะเห็นได้ว่า หากพยาบาลสามารถ เข้าถึงแนวปฏิบัติได้ง่าย ผ่านการส่งเสริมที่เหมาะสม และมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้มีการใช้นโยบายปฏิบัติ อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของพยาบาล ในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดได้

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจใช้นโยบายการนำ แนวปฏิบัติไปใช้ (Implementation of Best Practice Guidelines) ของสมาคมพยาบาลออนตาริโอ ประเทศ แคนาดา (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2012) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีรายละเอียด แต่ละขั้นตอนชัดเจน เข้าใจง่าย และง่ายต่อการนำมา ประยุกต์ใช้ รวมทั้งมีการนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้อย่างแพร่หลายในการส่งเสริมการใช้นโยบายปฏิบัติ เช่น การศึกษา ของบุษบา อัครวนสกุล, เครือวัลย์ แวงวรรณ, และ นงเยาว์ มลลลลลลลลลลล (2563) ที่ศึกษาผลของการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิกการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยปฏิบัติตามขั้นตอน ของแนวคิดการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ร่วมกับกลยุทธ์ การนิเทศ การติดตามอย่างสม่ำเสมอ พบว่า หลังการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ เพิ่มขึ้น และอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดข้างต้นมาใช้ในการ ส่งเสริมการใช้นโยบายปฏิบัติดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อน กำหนดที่เป็นการพยาบาลที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การประเมินผิวหนัง การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสะดือและโคนสะดือ การติดและลอกเทปกาว และการดูแลผิวหนังภายหลังการจับด้าย ร่วมกับการใช้ กลยุทธ์การเรียนรู้ผ่านรูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์ (e-learning) ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติ และการกระตุ้น เตือนด้วยสื่อเทคโนโลยี ซึ่งคาดว่า ผลของการใช้นโยบายปฏิบัติดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด ผ่านการ ส่งเสริมการใช้นโยบายปฏิบัติโดยใช้กลยุทธ์ต่างๆ จะช่วยให้ พยาบาลมีการปฏิบัติในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อน กำหนดเพิ่มมากขึ้น และทารกมีสภาพผิวหนังปกติ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด

2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีสภาพผิวหนังปกติ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

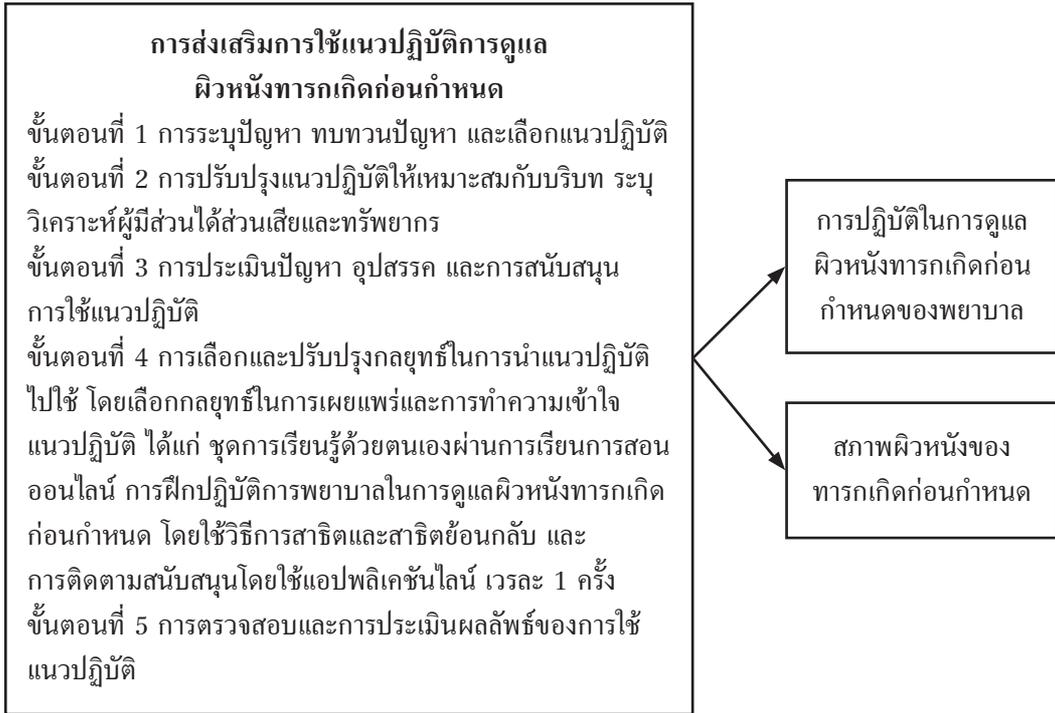
## สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดมากกว่าก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ

2. กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด มีจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีสภาพผิวหนังปกติมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ของสมาคมพยาบาลอนุบาลทารก ประเทศแคนาดา (RNAO, 2012) ในการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด โดยมีขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ดังนี้ 1) การระบุปัญหา ทบทวนปัญหา และเลือกแนวปฏิบัติ 2) การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบท ระบุ วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และทรัพยากร 3) การประเมินปัญหา อุปสรรค และการสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติ 4) การเลือกและปรับปรุงกลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 5) การตรวจสอบและการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ โดยจะประเมินผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้จากการปฏิบัติของพยาบาล หากพยาบาลปฏิบัติได้ถูกต้องก็จะส่งผลให้สภาพผิวหนังของทารกเกิดก่อนกำหนดมีลักษณะปกติ ซึ่งคาดว่า เมื่อพยาบาลได้รับการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด จะทำให้พยาบาลมีการปฏิบัติในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งผลให้ทารกมีสภาพผิวหนังปกติ อันนำไปสู่การเจริญของผิวหนังที่เหมาะสมตามพัฒนาการของทารกต่อไป สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



**แผนภาพที่ 1** กรอบแนวคิดในการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบศึกษาเปรียบเทียบ (comparative research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นพยาบาลที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 จากสภาการพยาบาล และปฏิบัติงานโดยตรงกับผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 15 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ อย่างน้อย 1 ปี 2) ปฏิบัติงานในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล ไม่อยู่ในช่วงลาพักผ่อนหรือลาจิก 3) ไม่เป็นผู้บริหาร และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติ

การเข้าร่วมการวิจัย คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามที่กำหนด และขอถอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 คน และกลุ่มที่ 2 เป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุครรภ์แรกเกิด 24–32 สัปดาห์ 2) ไม่มีความผิดปกติของผิวหนังตั้งแต่แรกเกิด 3) ไม่มีความพิการแต่กำเนิด 4) ไม่ได้รับการผ่าตัด และ 5) ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ตรวจพบความผิดปกติของผิวหนัง 2) จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัด และ 3) ผู้ปกครองให้ถอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 7 คน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จำนวน 9 คน โดยการวิจัยครั้งนี้มีหน่วยการวิเคราะห์ คือ จำนวนเหตุการณ์ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน ได้แก่ 1) การประเมินผิวหนัง 2) การทำความสะอาดร่างกาย 3) การดูแลสะดือและโคนสะดือ 4) การติดและลอกเทปขาว และ 5) การดูแลผิวหนังภายหลังการขั้บถ่าย กำหนดจำนวนเหตุการณ์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลางเท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 (Grove & Gray, 2018) ได้จำนวนเหตุการณ์กิจกรรมละ 27 เหตุการณ์ รวมจำนวน 135 เหตุการณ์

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

1.1 แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยประยุกต์และปรับใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด ของนิตยา ไสศรี และวิไล เกิดผล (2557) และแนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ของนงลักษณ์ อินตา (2558) ให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์งานวิจัยที่ดีที่สุด (best practice guidelines [BPGs]) และสอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วย โดยเลือกแนวปฏิบัติที่เป็นกิจวัตรประจำวันทารกทุกคนต้องได้รับการดูแลทุกวัน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประเมินผิวหนัง 2) การทำความสะอาดร่างกาย 3) การดูแลสะดือและโคนสะดือ 4) การติดและลอกเทปขาว และ 5) การดูแลผิวหนังภายหลังการขั้บถ่าย

1.2 ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง เรื่องการปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นรูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์ (e-learning) ที่ผู้เรียนสามารถเชื่อมต่อเพื่อเข้าดูวิดีโอการบรรยาย วิดีโอสำหรับฝึกปฏิบัติการดูแลผิวหนัง

ทารกเกิดก่อนกำหนด และตอบแบบวัดความรู้หลังการเรียน โดยชุดการเรียนรู้ด้วยตนเองมีความยาวรวม 38 นาที 20 วินาที ประกอบด้วย 6 บทเรียน ได้แก่ 1) โครงสร้างและพัฒนาการของผิวหนัง 2) การประเมินผิวหนัง 3) การทำความสะอาดร่างกาย 4) การดูแลสะดือและโคนสะดือ 5) การติดและลอกเทปขาว และ 6) การดูแลผิวหนังภายหลังการขั้บถ่าย สำหรับแบบวัดความรู้หลังการเรียน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน

1.3 แผนการสอนสำหรับการฝึกปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งการฝึกปฏิบัติใช้วิธีการจัดอบรมเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 4-5 คน โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) การประเมินผิวหนัง 2) การทำความสะอาดร่างกาย 3) การดูแลสะดือและโคนสะดือ 4) การติดและลอกเทปขาว และ 5) การดูแลผิวหนังภายหลังการขั้บถ่าย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด การได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด และการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 5 ข้อ และข้อมูลทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุครรภ์แรกเกิด น้ำหนักแรกเกิด การใช้อุปกรณ์การแพทย์ชนิดรุกล้ำเข้าไปในร่างกาย และ การใช้อุปกรณ์การแพทย์ชนิดไม่รุกล้ำเข้าไปในร่างกาย จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสังเกตการปฏิบัติในการดูแล

ผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 5 หัวข้อ ได้แก่ 1) การประเมินผิวหนัง จำนวน 3 ข้อ 2) การทำความสะอาดร่างกาย จำนวน 5 ข้อ 3) การดูแลสะดือและโคนสะดือ จำนวน 4 ข้อ 4) การติดและลอกเทปกาว จำนวน 4 ข้อ และ 5) การดูแลผิวหนังภายหลังการจับถ่าย จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 18 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) โดยให้เลือกตอบว่าปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ส่วนเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน และหากไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน

ชุดที่ 3 แบบประเมินสภาพผิวหนังของทารกเกิดก่อนกำหนด ของ Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN, 2001) และ National Association of Neonatal Nurses (NANN, 1997) ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยนางลักษณ์ แสงอรุณ, ดาราวรรณ ศิริกมล, วินัส พลทิพย์, นวีวรรณ ประเสริฐวิทยากิจ, และ เกศสินีย์ บำรุงศรี (2550) ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ 1) วันเดือนปีที่ทำการประเมิน และ 2) หัวข้อในการประเมิน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความแห้งของผิวหนัง ด้านอาการแดงของผิวหนัง และด้านอาการแตกทำลายของผิวหนัง โดยแต่ละด้านมีคะแนน 1-3 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 3-9 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน ค่าคะแนน 3 หมายถึง มีความสมบูรณ์ของผิวหนังมากที่สุด และค่าคะแนน 9 หมายถึง มีความสมบูรณ์ของผิวหนังน้อยที่สุด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้หลังการเรียนรู้ และแบบสังเกตการปฏิบัติในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (2 คน) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด (2 คน) และพยาบาล

ที่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .83 และ .90 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบวัดความรู้หลังการเรียนรู้ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .82 นำแบบสังเกตการปฏิบัติในการดูแลผิวหนังไปทดลองสังเกตการปฏิบัติในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยสังเกตร่วมกับผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการประเมินผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 1 คน ครั้งละ 1 เหตุการณ์ จนครบทุกเหตุการณ์ในกิจกรรมนั้นๆ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 1 และนำแบบประเมินสภาพผิวหนังของทารกเกิดก่อนกำหนดไปทดลองใช้กับทารกแรกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 2 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน โดยประเมินร่วมกับผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการประเมินผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 1 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 080/2020 วันที่ 9 กรกฎาคม 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชุดที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 357/2563 วันที่ 18 กันยายน 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้**

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เข้าพบ หัวหน้างาน ผู้ตรวจการงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวช ศาสตร์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 เพื่อ ขี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาล ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต หรือกึ่งวิกฤตมากกว่า 1 ปี จำนวน 1 คน เพื่อช่วยเก็บ รวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งให้ทดลองใช้ แบบสังเกตและแบบประเมินร่วมกับผู้วิจัยและพยาบาลที่ เชี่ยวชาญด้านการประเมินผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลที่ หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (ในส่วนตัวข้อมูลทั่วไปของ พยาบาล) และผู้วิจัยดูข้อมูลทั่วไปของทารกเกิดก่อน กำหนดจากเวชระเบียนพร้อมบันทึกในแบบสอบถาม

4. ผู้ช่วยผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติในการดูแล ผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาล (ระยะก่อน การส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารก เกิดก่อนกำหนด) โดยสังเกตเหตุการณ์ในกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประเมินผิวหนัง 2) การทำ ความสะอาดร่างกาย 3) การดูแลสะดือและโคนสะดือ 4) การติดและลอกเทปขาว และ 5) การดูแลผิวหนัง ภายหลังการขยับถ่าย กิจกรรมละ 27 เหตุการณ์ โดยใช้ วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สุ่มสังเกต 5 วันต่อสัปดาห์ เวิร์เช้า ในช่วงเวลา 09.00–12.00 น. จำนวน 3 วัน และเวิร์บาย ในช่วงเวลา 16.00–19.00 น. จำนวน 2 วัน

และบันทึกข้อมูลในแบบสังเกต ใช้เวลาทั้งสิ้น 7 เดือน ทั้งนี้ผู้ช่วยผู้วิจัยมีการประเมินสภาพผิวหนังของทารก เกิดก่อนกำหนดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ) ทุกวันตอนเช้า ตั้งแต่ทารกเกิด จนอายุครบ 14 วัน และบันทึกข้อมูลในแบบประเมิน

5. ผู้วิจัยดำเนินการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ การดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การระบุปัญหา ทบทวนปัญหา และเลือกแนวปฏิบัติ โดยผู้วิจัยเลือกแนวปฏิบัติดูแล ผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด ของนิตยา ไสศรี และ วิไล เกิดผล (2557) และแนวปฏิบัติดูแลผิวหนัง ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย ของนงลักษณ์ อินตา (2558) จากนั้นนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปประเมิน คุณภาพ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ ผลการประเมินพบว่า คะแนนประเมินรวมที่ผู้เชี่ยวชาญ เห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ 91.06 และ 89.46 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 2 การปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ เหมาะสมกับบริบท ระบุ วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และทรัพยากร

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินปัญหา อุปสรรค และการสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 การเลือกและปรับปรุงกลยุทธ์ ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยผู้วิจัยเลือกกลยุทธ์สำหรับ การใช้แนวปฏิบัติดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ การเรียนการสอนออนไลน์ ประกอบด้วย วิดีโอ การบรรยาย วิดีโอสำหรับฝึกปฏิบัติการดูแลผิวหนัง ทารกเกิดก่อนกำหนด และแบบวัดความรู้หลังการเรียน เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลผ่านการทดสอบความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดแล้ว ให้สาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลใน การดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดใน 5 กิจกรรม จากนั้นให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติดูแลผิวหนัง ทารกเกิดก่อนกำหนด โดยผู้ช่วยผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติ ในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาล (ระยะหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติดูแลผิวหนัง

ทารกเกิดก่อนกำหนด) โดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับระยะก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ และบันทึกข้อมูลในแบบสังเกต ใช้เวลาทั้งสิ้น 5 เดือน ทั้งนี้ผู้ช่วยผู้วิจัยมีการประเมินสภาพผิวหนังของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด) ทุกวันตอนเช้า ตั้งแต่ทารกเกิดจนอายุครบ 14 วัน และบันทึกข้อมูลในแบบประเมิน นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังมีการติดตามสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลปฏิบัติดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างถูกต้อง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เวอร์ละ 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 5 การตรวจสอบและการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนตุลาคม 2564

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลและทารกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบการปฏิบัติในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีสภาพผิวหนังปกติ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล พบว่า พยาบาล

ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.54 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 69.23 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 15-20 ปี และมากกว่า 20 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.77 เท่ากัน เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 53.85 และส่วนใหญ่เคยใช้แนวปฏิบัติดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 61.54

2. ข้อมูลทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.14 ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์แรกเกิดอยู่ในช่วง 28-32 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 85.71 มีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 1,000-1,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 85.71 มีการใช้อุปกรณ์การแพทย์ชนิดรูกล้ำเข้าไปในร่างกายมากที่สุด คือ การแทงเส้นเลือด คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา คือ การใส่ท่อจมูกโดยใช้แรงดันบวกอย่างต่อเนื่อง (NP-CPAP) และการใส่สายสวนที่สะดือ คิดเป็นร้อยละ 71.43 เท่ากัน และการใส่ท่อช่วยหายใจ คิดเป็นร้อยละ 42.86 ตามลำดับ และมีการใช้อุปกรณ์การแพทย์ชนิดไม่รูกล้ำเข้าไปในร่างกาย คือ การใช้อุปกรณ์ให้ความอบอุ่น การใช้อุปกรณ์ติดตามค่าความอิมพัลส์ของออกซิเจนในเลือด และการใช้อุปกรณ์ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน ส่วนทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.55 ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์แรกเกิดอยู่ในช่วง 28-32 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 1,000-1,500 กรัม คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีการใช้อุปกรณ์การแพทย์ชนิดรูกล้ำเข้าไปในร่างกายมากที่สุด คือ การแทงเส้นเลือด และการใส่สายสวนที่สะดือ คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน รองลงมา คือ การใส่ท่อจมูกโดยใช้แรงดันบวกอย่างต่อเนื่อง (NP-CPAP) คิดเป็นร้อยละ 66.67 และการใส่ท่อช่วย

หายใจ คิดเป็นร้อยละ 55.56 ตามลำดับ และมีการใช้อุปกรณ์การแพทย์ชนิดไม่รุกล้ำเข้าไปในร่างกาย คือ การใช้อุปกรณ์ให้ความอบอุ่น การใช้อุปกรณ์ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และการใช้อุปกรณ์ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าไม่แตกต่างกัน

3. การเปรียบเทียบการปฏิบัติในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า หลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดมากกว่าก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.400, p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด (n = 13)

ช่วงเวลา	M	SD	t	p
ก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ	18.25	8.22	2.400	.037
หลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติ	24.82	2.14		

4. การเปรียบเทียบจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีสภาพผิวหนังปกติ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มที่

ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติฯ มีจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีสภาพผิวหนังปกติมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 6.349, p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีสภาพผิวหนังปกติ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สภาพผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ		$\chi^2$	p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ปกติ (ไม่ถูกทำลาย)	6	85.71	2	22.22	6.349	.041
ไม่ปกติ (ถูกทำลาย)	1	14.29	7	77.78		

## การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดมากกว่าก่อนการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลได้รับการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด ตามแนวความคิดการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ของสมาคมพยาบาลออนทารีโอ ประเทศแคนาดา (RNAO, 2012) โดยผู้วิจัยเลือกใช้กลยุทธ์การเรียนรู้ผ่านรูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์ โดยใช้ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ทำให้พยาบาลมีการเข้าถึงแนวปฏิบัติได้ง่าย สามารถเลือกช่วงเวลาการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตามความสะดวกเมื่อมีเวลาว่าง ดังการศึกษาที่พบว่า พยาบาลกลุ่มที่เรียนแบบอีเลิร์นนิ่งมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลิ้มเลือดอุดตันสูงกว่ากลุ่มที่เรียนแบบปกติ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย เช่น ความยืดหยุ่นของเวลา ความยืดหยุ่นของสถานที่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกสถานที่ในการเรียนได้เองตามความสะดวกและเหมาะสมกับลักษณะการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังสามารถเรียนได้บ่อยครั้งตามที่ต้องการ (Bahrambeygi, Shojaeizadeh, Sadeghi, Nasiri, & Ghazanchari, 2018) สำหรับการติดตามสนับสนุนให้พยาบาลมีการปฏิบัติดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างถูกต้อง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เวอร์ละ 1 ครั้ง เป็นการกระตุ้นเตือนที่ทำให้พยาบาลมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการปฏิบัติในการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาที่พบว่า การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการกระตุ้นเตือนผู้ดูแลเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลองจำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

(สิรินทร์ธร มูลสาร, สุรินธร กลัมพากร, และจุฑาธิป สีลบุตร, 2563) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของบุษบา อัครวนสกุล และคณะ (2563) ที่ใช้แนวความคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ในการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด มีจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีสภาพผิวหนังปกติมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นและมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของบุษบา อัครวนสกุล และคณะ (2563) ที่พบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกการป้องกันต่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเพิ่มมากขึ้น และอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจลดลง อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบการเกิดสภาพผิวหนังไม่ปกติ (ถูกทำลาย) ในทารกเกิดก่อนกำหนด ทั้งก่อนและหลังการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด ถึงแม้พยาบาลจะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติก็ตาม แต่ยังมีปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ คือ อายุครรภ์ของทารก ซึ่งเกี่ยวข้องกับพัฒนาการของผิวหนัง โดยผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้ทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์และถูกทำลายได้ง่าย (Aredes et al., 2017) ทั้งนี้ ผิวหนังชั้นนอกของทารกเกิดก่อนกำหนดจะเจริญอย่างรวดเร็วในช่วงอายุ 10-14 วัน หลังเกิด แต่หากทารกมีอายุครรภ์น้อยกว่า 27 สัปดาห์ ผิวหนังชั้นนอกจะเจริญอย่างช้า ๆ โดยอาจใช้เวลาถึง 3 สัปดาห์ (Lund, Kuller, Lane, Lott, & Raines, 1999) ประกอบกับการที่ทารกต้องได้รับการช่วยเหลือ โดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และได้รับกิจกรรมการ

พยาบาล จึงมีส่วนทำให้ผิวหนังถูกทำลายได้ง่าย

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดควรรำนำแนวคิดการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ของสมาคมพยาบาล ออนทARIO ประเทศแคนาดา ร่วมกับการนำแนวปฏิบัติ การดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนด ไปใช้ในการ ส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาล เพื่อให้ทารกเกิดก่อน กำหนดมีสภาพผิวหนังปกติ

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติ การดูแลผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาลใน กิจกรรมอื่น ๆ เช่น การดูแลรูเปิดระบายบริเวณผิวหนัง (ostomy) การดูแลผิวหนังบริเวณจมูกในรายที่ใส่ท่อ จมูกโดยใช้แรงดันบวกอย่างต่อเนื่อง

### เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ร้อยละหญิงไทยคลอด ก่อนกำหนดในปีงบประมาณ ปีงบประมาณ 2568*.

สืบค้นจาก [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d)

นงลักษณ์ แสงอรุณ, ดารารวรรณ ศิระกมล, วินัส ผลทิพย์, ฉวีวรรณ ประเสริฐวิทยากิจ, และเกศลินีย์ บำรุงศรี. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเรื่อง การดูแลผิวหนังทารกแรกเกิด. *วารสารพยาบาล สานตอก*, 13(1), 8–13.

นงลักษณ์ อินตา. (2558). *คู่มือแนวปฏิบัติในการดูแล ผิวหนังทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย*. หน่วยวิจัยทางการแพทย์ทางพยาบาล งานวิชาการและ พัฒนาทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่.

นงลักษณ์ อินตา, และวินัส ผลทิพย์. (2566). ประสิทธิภาพ ของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผิวหนังทารก เกิดก่อนกำหนดต่อการแตกทำลายของผิวหนัง ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยในหอ ผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด. *วารสารคณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 31(2), 43–55.

นิตยา ไสศรี, และวิไล เกิดผล. (2557). การพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผิวหนังทารก เกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะ วิกฤต. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(3), 9–17.

บุษบา อัครวนสกุล, เครือวัลย์ แวงวรรณ, และนางเยาว์ มลคลอทิทธิเวช. (2563). ผลการใช้แนวปฏิบัติ ทางคลินิกการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 โรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์. *เชียงใหม่เวชสาร*, 12(1), 73–81.

ยุวดี พงษ์สารนันท์กุล. (2559). การพยาบาลทารก เกิดก่อนกำหนด. ใน *วัลยา ธรรมพนินวัฒน์, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, และสุดาภรณ์ พัยคมเรือง (บ.ก.), การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยง สูง* (น. 35–50). กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. (2561). *แนวทางการตรวจ ราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. สืบค้นจาก <http://data.ptho.moph.go.th>

สิรินทร์ธ ภูลสาร, สุรินธร กลัมพากร, และจุฑาธิป สีลบุตร. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริม ความสามารถตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุ ที่บ้านและทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร*, 13(2), 271–287.

- หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2561). *สถิติการแตกทำลายของผิวหนังของทารกเกิดก่อนกำหนด หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- Aredes, N. D. A., Santos, R. C. A., & Fonseca, L. M. M. (2017). Skin care of premature newborns: Integrative review. *Revista Eletronica de Enfermagem*, *19*, a59. doi:10.5216/ree.v19.43331
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2001). *Neonatal skin care: Evidence-based clinical practice guideline*. Retrieved from <http://www.nationalguidelineclearinghouse.htm>
- August, D. L., New, K., Ray, R. A., & Kandasamy, Y. (2018). Frequency, location and risk factors of neonatal skin injuries from mechanical forces of pressure, friction, shear and stripping: A systematic literature review. *Journal of Neonatal Nursing*, *24*(4), 173–180. doi:10.1016/j.jnn.2017.08.003
- Bahrambeygi, F., Shojaeizadeh, D., Sadeghi, R., Nasiri, S., & Ghazanchaei, E. (2018). The effectiveness of an e-learning program on nurse's knowledge and behavior for caring of patients with thromboembolism: A comparative study. *Journal of Nursing and Healthcare Management*, *1*(1), 1–7. doi:10.18875/2639-7293.1.105
- Fumarola, S., Allaway, R., Callaghan, R., Collier, M., Downie, F., Geraghty, J., ... Spratt, F. (2020). *Overlooked and underestimated: Medical adhesive-related skin injuries. Best practice consensus document on prevention*. London: MA Healthcare.
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2018). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice* (7th ed.). St. Louis, MO: Saunders.
- Jurica, S. A., Colic, A., Gveric-Ahmetasevic, S., Loncarevic, D., Filipovic-Grcic, B., Stipanovic-Kastelic, J., & Resic, A. (2016). Skin of the very premature newborn – physiology and care. *Paediatrica Croatica*, *60*(1), 21–26. doi:10.13112/PC.2016.4
- Keiffer, M. R. (2015). Utilization of clinical practice guidelines: Barriers and facilitators. *The Nursing Clinics of North America*, *50*(2), 327–345. doi:10.1016/j.cnur.2015.03.007
- Kusari, A., Han, A. M., Virgen, C. A., Matiz, C., Rasmussen, M., Friedlander, S. F., ... Eichenfield, D. Z. (2018). Evidence-based skin care in preterm infants. *Pediatric Dermatology*, *36*(1), 16–23. doi:10.1111/pde.13725
- Lund, C., Kuller, J., Lane, A., Lott, J. W., & Raines, D. A. (1999). Neonatal skin care: The scientific basis for practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *28*(3), 241–254. doi:10.1111/j.1552-6909.2001.tb01520

- National Association of Neonatal Nurses. (1997). *Neonatal skin care: Guidelines for practice*. Petaluma, CA: Author.
- Ohuma, E. O., Moller, A. B., Bradley, E., Chakwera, S., Hussain-Alkhateeb, L., Lewin, A., ... Moran, A. C. (2023). National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: A systematic analysis. *Lancet*, *402*(10409), 1261–1271. doi:10.1016/S0140-6736(23)00878-4
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Toolkit: Implementation of best practice guidelines* (2nd ed.). Toronto: Author.
- Shayan, S. J., Kiwanuka, F., & Nakaye, Z. (2019). Barriers associated with evidence-based practice among nurses in low- and middle-income countries: A systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *16*(1), 12–20. doi:10.1111/wvn.12337
- Sorte, D. Y. (2019). Care of skin in neonate (neonatal skin care guidelines). *Nursing & Healthcare International Journal*, *3*(1), 1–3. Retrieved from <https://medwinpublishers.com/NHIJ/NHIJ16000175.pdf>
-

# ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อทักษะการจัดการตนเองและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาวัยรุ่น

## Effects of Promoting Mother's Self-management Breastfeeding Program on Breastfeeding Self-management Skills and Breastfeeding Intention among Adolescent Mothers

อรวรรณ ดวงใจ, M.Sc. (Special in Nursing) <sup>1</sup>

Orawan Duangchai, M.Sc. (Special in Nursing) <sup>1</sup>

จารุวรรณ ท่าม่วง, พย.ม. (การผดุงครรภ์) <sup>2</sup> รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing) <sup>3</sup>

Charuwan Tarmong, M.N.S. (Midwifery) <sup>2</sup> Rungnapha Khiewcham, Ph.D. (Nursing) <sup>3</sup>

นภาพร มามาก, พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด) <sup>4</sup>

Navaporn Mamark, M.N.S. (Maternity and Newborn Nursing) <sup>4</sup>

พกามาศ พิมพีธารา, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) <sup>5</sup>

Pakamas Pimtara, M.N.S. (Gerontological Nursing) <sup>5</sup>

Received: August 1, 2024    Revised: December 10, 2024    Accepted: December 16, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อทักษะการจัดการตนเองและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

<sup>1, 2, 5</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1, 2, 5</sup> Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Charuwan1@pnc.ac.th

<sup>3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>3</sup> Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>4</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย

<sup>4</sup> Instructor, School of Nursing, University of the Thai Chamber of Commerce

จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การจัดการตนเองแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น แบบประเมินทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่น .85 และแบบวัดความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนตุลาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent *t*-test และ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะเวลาหลังการทดลอง 3 เดือน และระยะเวลาหลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และ 2) ระยะเวลาหลังการทดลอง 3 เดือน และระยะเวลาหลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นี้ ไปปรับใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาวัยรุ่นให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละครอบครัว เพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การจัดการตนเอง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทักษะ ความตั้งใจ มารดาวัยรุ่น

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of promoting mother's self-management breastfeeding program on breastfeeding self-management skills and breastfeeding intention among adolescent mothers. The samples were 40 pregnant adolescents attending an antenatal clinic and delivering at Phrapokkiao Hospital, Chanthaburi Province, and were equally divided into an experimental group ( $n = 20$ ) and a control group ( $n = 20$ ). The research instruments included the promoting mother's self-management breastfeeding program, a breastfeeding handbook: self-management, a personal information questionnaire, a breastfeeding self-management skill assessment form with a reliability of .85, and a breastfeeding intention assessment form. The implementation and data collection were conducted from February to October 2023. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, independent *t*-test, and two-way repeated measures ANOVA with multiple comparisons by the Bonferroni method.

The research results revealed that 1) at the 3-month and the 6-month post-test periods, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of breastfeeding self-management skills and breastfeeding intention than the control group ( $p < .001$ ); and 2) at the 3-month and the 6-month post-test periods, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of breastfeeding self-management skills and breastfeeding intention than the pre-test period ( $p < .05$ ).

This research suggests that healthcare providers should apply this promoting mother's self-management breastfeeding program to enhance breastfeeding for adolescent mothers according to the family contexts. This will help adolescent mothers maintain their breastfeeding.

**Keywords:** Self-management, Breastfeeding, Skills, Intention, Adolescent mothers

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

น้ามนมแม่คุมไปด้วยคุณค่าทางโภชนาการ มีผลดีต่อสุขภาพของทารก เป็นอาหารที่มีประโยชน์และดีที่สุด ช่วยให้ทารกเจริญเติบโต แข็งแรง มีสติปัญญาที่ดี สร้างภูมิคุ้มกัน ป้องกันโรครวมแพ้ และลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆ ทั้งยังมีส่วนช่วยฟื้นฟูร่างกายของแม่ให้กลับคืนสภาพได้เร็ว (กรมอนามัย, 2561) องค์การอนามัยโลก และกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) จึงร่วมกันสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั่วโลก โดยส่งเสริมให้แม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวโดยไม่ให้น้ำหรืออาหารอื่นเลยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือน (6 months exclusive breastfeeding)

แม้ว่านโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนนั้น มีความสำคัญและมีประโยชน์ทั้งต่อมารดาและทารก แต่พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 14 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์มาก โดยเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกกำหนดให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 (National Statistical Office & United Nations Children's Fund, 2020) ทั้งนี้ แนวโน้มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และระยะเวลาในการให้นมแมื่อยังคงต่ำ (National Statistical Office & United Nations Children's Fund, 2016) โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สำเร็จ 6 เดือน น้อยกว่ามารดาวัยอื่น (เจนีวา ทะวา, 2561) อีกทั้งกลุ่มมารดาวัยรุ่นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ มีโอกาสเกิดปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีแนวโน้มที่จะหยุดให้นมแม่เร็วกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ โดยสถิติพบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงร้อยละ 17 และมารดาที่อายุต่ำกว่า 20 ปี มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวลดลงเหลือเพียงร้อยละ 6.70 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ต่ำมากเมื่อเทียบกับมารดาในช่วงอายุ 21-35 ปี ที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุถึงร้อยละ 75 (กรมอนามัย, 2558) วัยรุ่นจึงเป็นกลุ่มสำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากกลุ่มนี้มีข้อจำกัดด้านความสามารถในการปรับตัวในบทบาทของวัยรุ่นและบทบาทการเป็นมารดา

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในภูมิภาคอาเซียนที่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 7 ของอาเซียน โดยมีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน คิดเป็น 23 ต่อพันคน (World Health Organization, 2021) ซึ่งจำนวนมารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่กลับเป็นกลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ และมีโอกาสเกิดปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาวัย

ผู้ใหญ่ (ภาวิน พัวพรพงษ์, เกษม เรื่องรองมรดก, วิเชียร มโนเลิศเทเวศ, สุขวดี เกษสุวรรณ, และคิณัฐชานันท์ วงษ์อินทร์, 2557) เนื่องจากวัยรุ่นยังขาดความพร้อม ในการเป็นมารดา เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มารดาวัยรุ่นบางส่วน ยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะ ด้านวุฒิภาวะที่เปลี่ยนสถานะจากวัยรุ่นมาเป็นมารดาที่ ต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้น ไม่เข้าใจถึงความต้องการ ของผู้อื่น จึงอาจไม่เข้าใจความต้องการของทารกอย่าง เหมาะสม (Leclair, Robert, Sprague, & Fleming, 2015)

จากการศึกษาพบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 เดือน หนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญ คือ ความตั้งใจ ซึ่งมี อิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเป็นปัจจัยที่ช่วย ให้สำเร็จในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด (ชูดานัญญ์ ขุนเพชร และศศิกันต์ กาละ, 2562; นีอร ละอองแก้ว, สุันทา ยังวนิชเศรษฐ, และศศิกันต์ กาละ, 2557; อารีรัตน์ วิเชียรประภา, ขนิษฐา เมฆกมล, วรรณิการ์ แซ่ตั้ง, เกษณี พรหมอินทร์, และสมลักษณ์ ศรีวิริญ, 2561) โดยความตั้งใจจะส่งผลต่อพฤติกรรมเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ไปในทิศทางที่ดีและเพิ่มระยะเวลาในการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น (ทิพาวรรณ สมจิตร, นวภรณ์ ดอกชะบา, มัทนา พรหมรักษา, และทัศนาวรรณ กรุงแสนเมือง, 2564) เมื่อมีการสร้างทัศนคติที่ดีต่อ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ จะ เป็น การส่งเสริมสนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ดี นอกจากนี้ จากการศึกษาสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ของมารดาวัยรุ่น พบว่ามีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิด ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งการสนับสนุน จากบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน ซึ่งหากมีการ สนับสนุน การติดตามผ่านช่องทางต่างๆ และการสร้าง ความมั่นใจ จะทำให้มีโอกาสเกิดความสำเร็จมากขึ้น

และพบว่า การขาดทักษะของมารดาวัยรุ่นเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือนไม่สำเร็จ (จารุวรรณ ท่าม่วง, อรวรรณ ดวงใจ, รุ่งนภา เขียวชะอ้า, และนภาพร มามาก, 2566ข)

มารดาทุกคนสามารถให้นมแม่ได้หากได้รับการ ส่งเสริมที่เหมาะสม โดยเฉพาะการสร้างเชื่อมั่น ว่านมแม่เป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับลูก และการฝึกทักษะ ที่ช่วยให้มารดาสามารถประเมินความรู้ ปัญหา และ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของตนเองในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ (จารุวรรณ ท่าม่วง, อรวรรณ ดวงใจ, รุ่งนภา เขียวชะอ้า, และนภาพร มามาก, 2566ก) ซึ่งบทบาท พยาบาลควรเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังความคิดเห็น ให้กำลังใจ และให้มารดามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา พัฒนา ศักยภาพของตนเอง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ใช่ เรื่องยากหากมารดาพัฒนาศักยภาพตนเองอยู่เสมอ (ปณิตทัต บนนันท และคณะ, 2563) อีกทั้งการให้ ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาาระยะตั้งครรภ์ จะทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบผลสำเร็จ เพิ่มขึ้น และควรต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอด เพื่อ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ให้คำแนะนำในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ ส่งผลให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบผล สำเร็จเพิ่มขึ้น (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, วรรณิการ์ กันระรักษา, และนาฏยา งามพสุชาติ, 2564) นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาที่มีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง ของ Creer (2000) ซึ่งจัดกระทำในระยะที่มารดาจำหน่ายจาก โรงพยาบาลจนถึงระยะกลับบ้าน (อารีรัตน์ วิเชียรประภา และคณะ, 2561) และการศึกษาการพัฒนาโปรแกรม ส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่มีการส่งเสริมการจัดการตนเองในระยะตั้งครรภ์จนถึง ระยะหลังคลอดขณะพักที่โรงพยาบาล พบว่า มารดา วัยรุ่นกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม มีทักษะ การจัดการตนเองและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (จารุวรรณ ท่าม่วง

และคณะ, 2566ก)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยไม่พบการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่ครอบคลุมตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์ ระยะเวลาหลังคลอด จนกระทั่ง 6 เดือนหลังคลอด ซึ่งถือเป็นระยะที่มีความสำคัญต่อความคงทนของพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จตามเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงสนใจและต้องการประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่คงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการตนเองและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่องนาน 6 เดือน เพื่อส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเกิดความมุ่งมั่นตั้งใจ นำไปสู่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องและประสบผลสำเร็จเพิ่มขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะเวลาหลังการทดลอง 3 เดือน และระยะหลังการทดลอง 6 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง 3 เดือน และระยะหลังการทดลอง 6 เดือน

### สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาหลังการทดลอง 3 เดือน และระยะหลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ระยะเวลาหลังการทดลอง 3 เดือน และระยะหลัง

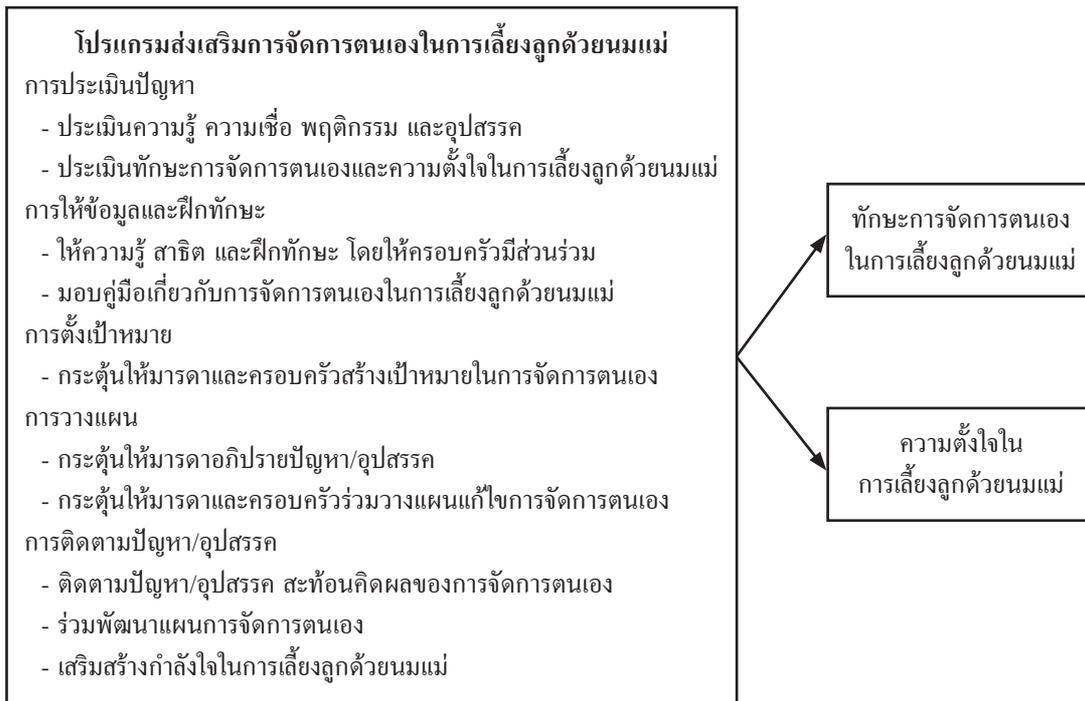
การทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง ของ Glasgow, Davis, Funnell, and Beck (2003) ที่สนับสนุนให้บุคคลสามารถจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมิน (assess) เป็นการประเมินข้อมูลพื้นฐานที่ส่งผลต่อการจัดการตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนให้ตรงกับความต้องการ 2) การให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจง (advise) ที่เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละบุคคล มุ่งเน้นให้มีความรู้ความเข้าใจที่จะกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเอง 3) การยอมรับ (agree) เป็นการตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยยึดความตั้งใจและความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทำให้มีเป้าหมายที่ชัดเจน ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการจัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมาย 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) เป็นการให้การช่วยเหลือ โดยทีมสุขภาพและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และ 5) การวางแผนการติดตาม (arrange) เป็นการติดตามผลการจัดการตนเอง เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์กับเป้าหมาย และปรับปรุงแผนการจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่ระยะตั้งครรรภ์ ระยะเวลาหลังคลอด จนกระทั่ง 6 เดือนหลังคลอด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเอง (ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม) ร่วมประเมิน ทบทวนปัญหา/อุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) การให้ข้อมูลและฝึกทักษะ โดยให้ความรู้ สาธิต และให้ฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พร้อมเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

และมอบคู่มือ 3) การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง ให้มารดาและครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 4) การวางแผนการจัดการตนเอง ให้มารดาและครอบครัวร่วมอภิปรายปัญหา/อุปสรรค และวางแผนแก้ไขปัญหา และ 5) การติดตามปัญหา/อุปสรรคในการจัดการตนเอง ร่วมพัฒนาแผนการจัดการตนเอง

และเสริมสร้างกำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งคาดว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมฯ จะทำให้มารดาวัยรุ่นมีทักษะการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ เกิดความเชื่อมั่น และมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ต่อเนื่องเพิ่มขึ้นสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



**แผนภาพที่ 1** กรอบแนวคิดในการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และติดตามผล (two-group repeated measures design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คือ 1) มีอายุ 13-19 ปี 2) ตั้งครรภ์แรก 3) วางแผนว่าจะคลอดที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า 4) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี 5) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ 6) ทารกแรกเกิดมีสุขภาพดี และพักอยู่กับมารดา 7) ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 8) ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย และ 9) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) เกิดภาวะแทรกซ้อน

ระหว่างตั้งครรภ์ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด และ 3) ขอลถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.9.2 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .25 (Cohen, 1992) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 28 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 40 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 20 คน รวมจำนวน 40 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับสลาก ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่ม

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง ของ Glasgow et al. (2003) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1.1.1 ระยะตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์) ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และข้อดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เน้นให้เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นรายบุคคล เช่น การแก้ไขปัญหาลูกหัวนมสั้นด้วยตนเอง การฝึกอุ้มทารกในท่าต่างๆ ใช้เวลาประมาณ 60 นาที และ 2) กิจกรรมการสนทนากลุ่มเสริมแรงจิตใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยจัดสนทนากลุ่มในรูปแบบออนไลน์กับมารดาวัยรุ่นต้นแบบที่มีประสบการณ์ที่ดีและประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

1.1.2 ระยะหลังคลอด มีกิจกรรม 6 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การ

ส่งเสริมความมั่นใจในการจัดการตนเอง ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหา/อุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยร่วมประเมิน ทบทวนปัญหา/อุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ด้านความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม) 2) การให้ข้อมูลและฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายครอบครัวเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การอุ้มทารกให้มั่นในท่าที่เหมาะสม การบีบเก็บน้ำนม การเก็บรักษา รวมทั้งการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การแก้ไขปัญหาเต้านมคัดตึง น้ำนมออกน้อย เจ็บหัวนมพร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม 3) การตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยกระตุ้นและร่วมสร้างเป้าหมายรวมทั้งพูดให้กำลังใจ และพร้อมเป็นที่ปรึกษา เพื่อสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 4) การวางแผนการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยร่วมอภิปรายปัญหา/อุปสรรค แนวทางการแก้ไข

กิจกรรมครั้งที่ 2 (7 วัน หลังคลอด) การติดตามผลการจัดการตนเองครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยติดตามผ่านระบบ telemedicine ผู้วิจัยมีการพูดคุยสอบถามปัญหา/อุปสรรคในการจัดการตนเอง ให้คำแนะนำเพิ่มเติม กระตุ้นให้กำลังใจ และร่วมหาแนวทางแก้ไข

กิจกรรมครั้งที่ 3 (14 วัน หลังคลอด) การติดตามผลการจัดการตนเองครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยติดตามผ่านระบบ telemedicine ผู้วิจัยมีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล สะท้อนผลการจัดการตนเองที่ผ่านมา ความสำเร็จ/อุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางการจัดการปัญหา ความต้องการความช่วยเหลือ และกระตุ้นให้เกิดการวางแผนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 4-6 (45 วัน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังคลอด ตามลำดับ) การติดตามผลการจัดการตนเองครั้งที่ 3-5 ใช้เวลาครั้งละประมาณ

10 นาที โดยติดตามผ่านระบบ telemedicine ผู้วิจัย มีการกระตุ้นให้สะท้อนพฤติกรรม/ความรู้สึกของตนเอง เกี่ยวกับความสำเร็จ ปัญหา/อุปสรรค และการแก้ไข โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายการจัดการตนเองในการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตลอดจนการวางแผนในการจัดการ ตนเองต่อไป

1.2 คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การจัดการ ตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้สำหรับมารดาหลังคลอดในการทบทวนความรู้เกี่ยวกับ ทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื้อหา ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับทักษะสำคัญในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ และวิธีการวางแผนในการจัดการตนเอง เมื่อเกิดปัญหา/อุปสรรคในกระบวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของมารดาวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน ลักษณะครอบครัว การคุมกำเนิด ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ภาวะความผิดปกติของ หัวนมเต้านม และบุคคลในครอบครัวที่ช่วยเหลือใน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินทักษะการจัดการ ตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวิจัย ผู้วิจัย สร้างขึ้น จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตรฐานค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และ ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-36 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีทักษะการจัดการตนเอง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก

ชุดที่ 3 แบบวัดความตั้งใจในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ของมารดาวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

คำถามที่ให้มารดาวิจัยระบุตัวเลขที่มีหน่วยเป็นเดือน ที่แสดงถึงระยะเวลาที่ตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การจัดการ ตนเอง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวิจัยรุ่น แบบประเมินทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ของมารดาวิจัยรุ่น และแบบวัดความตั้งใจในการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวิจัยรุ่น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่ง ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลมารดาทารกและกุมารเวชกรรม (3 คน) และพยาบาลที่มีประสบการณ์เฉพาะทางด้าน การเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .83, .88, 1, .84 และ 1 ตามลำดับ และ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบประเมิน ทักษะการจัดการตนเองฯ อยู่ในช่วง .67-1.00 ดำเนิน การแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำโปรแกรมฯ และ คู่มือฯ ไปทดลองใช้กับมารดาวิจัยรุ่นในหอผู้ป่วยสูติกรรม หลังคลอด โรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และนำ แบบประเมินทักษะการจัดการตนเองฯ ไปทดลองใช้กับ มารดาวิจัยรุ่นในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาล พระปกเกล้า ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของ ครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพ ที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ COA no.004/65 วันที่ 20 มกราคม 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจาก

การวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็น ความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้**

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า เข้าพบหัวหน้า ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกฝากครรภ์และวางแผน ครอบครัวยุ และหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ ได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตาม ข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จัดให้มีการดูแลตาม ปกติเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ โรงพยาบาลพระปกเกล้า ดังนี้

2.1 ระยะตั้งครรรภ์ ผู้วิจัยจัดให้ได้รับการ ตรวจประเมินและแก้ไขปัญหากเกี่ยวกับหัวนมเต้านม เป็นรายบุคคล และให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ที่มีเนื้อหาสาระในภาพรวมเป็นรายกลุ่ม (5-7 คน) เช่น ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพูดเชิญชวนให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ภายหลัง คลอด ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

2.2 ระยะหลังคลอด ผู้วิจัยให้ตอบแบบ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น แบบประเมิน ทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ แบบวัดความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะก่อน การทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที และให้ได้รับการดูแลตามปกติที่ประกอบด้วย การให้ ความรู้ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ในภาพรวมเป็นรายกลุ่ม (3-5 คน) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยจะฝึกทักษะต่างๆ ขณะ อยู่ที่โรงพยาบาลในช่วง 2-3 วันก่อนกลับบ้าน และเมื่อ จำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยติดตามให้ตอบแบบประเมิน ทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ

แบบวัดความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะหลัง การทดลอง 3 เดือน (post-test) และระยะหลังการ ทดลอง 6 เดือน (follow up) โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที พร้อมมอบคู่มือ และเปิดโอกาสให้ซักถาม ข้อสงสัย

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตาม ข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จัดให้ได้รับการดูแลตาม ปกติเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ โรงพยาบาลพระปกเกล้า และให้ได้รับโปรแกรมส่งเสริม การจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนี้

3.1 ระยะตั้งครรรภ์ ผู้วิจัยพูดคุย ให้ความรู้ เกี่ยวกับประโยชน์และข้อดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เน้นให้เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นรายบุคคล และจัด กิจกรรมการสนทนากลุ่มในรูปแบบออนไลน์

3.2 ระยะหลังคลอด ให้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น แบบประเมินทักษะ การจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบวัด ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที แล้วดำเนิน กิจกรรมครั้งที่ 1 การส่งเสริมความมั่นใจในการจัดการ ตนเอง โดยประเมินปัญหา/อุปสรรคที่มีผลต่อการจัดการ ตนเอง ให้ความรู้ ให้ฝึกทักษะการจัดการตนเองหลาย ๆ ครั้ง ขณะอยู่ที่โรงพยาบาล โดยครอบครัวร่วมสร้าง เป้าหมาย และวางแผนการจัดการตนเอง พร้อมมอบ คู่มือเพื่อใช้สำหรับทบทวนแนวทางการจัดการตนเอง จากนั้นดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 การติดตามผลการจัดการ ตนเองครั้งที่ 1 ผ่านระบบ telemedicine กิจกรรม ครั้งที่ 3 การติดตามผลการจัดการตนเองครั้งที่ 2 ผ่าน ระบบ telemedicine กิจกรรมครั้งที่ 4 การติดตามผล การจัดการตนเองครั้งที่ 3 ผ่านระบบ telemedicine กิจกรรมครั้งที่ 5 การติดตามผลการจัดการตนเองครั้งที่ 4 ผ่านระบบ telemedicine และให้ตอบแบบประเมิน ทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ

แบบวัดความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะหลัง การทดลอง 3 เดือน (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 5 นาที และกิจกรรมครั้งที่ 6 การติดตามผลการจัดการตนเองครั้งที่ 5 ผ่านระบบ telemedicine และให้ตอบแบบประเมินทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบวัดความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะหลังการทดลอง 6 เดือน (follow up) โดยให้เวลาประมาณ 5 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนตุลาคม 2566

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 3 เดือน และระยะหลังการทดลอง 6 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 17.75 ปี ( $SD = 1.21$ ) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

ตอนปลาย/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 85 มีอาชีพเรียนหนังสือ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 11,470 บาท ( $SD = 3,577.28$ ) มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 80 ไม่มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 95 มีห้วงมเต้านมปกติ คิดเป็นร้อยละ 90 และบุคคลในครอบครัวที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ มารดาของวัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ 65 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุเฉลี่ย 18 ปี ( $SD = .86$ ) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80 มีอาชีพเรียนหนังสือ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 12,950 บาท ( $SD = 4,032.43$ ) ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 70 ทั้งหมดมีการคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 100 และไม่มี ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ มีห้วงมเต้านมปกติ คิดเป็นร้อยละ 80 และบุคคลในครอบครัวที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ มารดาของวัยรุ่น คิดเป็นร้อยละ 65

2. การเปรียบเทียบทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
ทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่					
กลุ่มทดลอง	20	18.75	6.39	.154	.879
กลุ่มควบคุม	20	18.45	5.95		
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่					
กลุ่มทดลอง	20	3.45	1.31	.613	.543
กลุ่มควบคุม	20	3.70	1.26		

3. การเปรียบเทียบทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 3 เดือน และระยะหลังการทดลอง 6 เดือน พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพบว่า วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน และระยะเวลาของการทดลองที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยระยะหลังการทดลอง 3 เดือน และระยะหลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 3 เดือน และระยะหลังการทดลอง 6 เดือน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาวัยรุ่น ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
<b>ทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</b>					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	2,745.63	1	2,745.63	30.42	< .001
ความคลาดเคลื่อน	3,429.53	38	90.25		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	199.81	2	99.90	9.10	< .001
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	1,302.51	2	651.26	59.37	< .001
ความคลาดเคลื่อน	833.67	76	10.97		
<b>ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</b>					
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	48.13	1	48.13	14.75	< .001
ความคลาดเคลื่อน	124.00	38	3.26		
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลาของการทดลอง	1.21	2	.61	.65	.525
วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง	39.02	2	19.51	20.85	< .001
ความคลาดเคลื่อน	71.10	76	.94		

4. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของกลุ่มทดลอง ระยะเวลาของการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง 3 เดือน และระยะเวลาหลังการทดลอง 6 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยง

ลูกด้วยนมแม่ ระยะเวลาหลังการทดลอง 3 เดือน สูงกว่า ระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ระยะเวลาหลังการทดลอง 6 เดือน สูงกว่าระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) แต่ระยะเวลาหลังการทดลอง 6 เดือน ไม่แตกต่างจากระยะเวลาหลังการทดลอง 3 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของกลุ่มทดลอง ระยะเวลาการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง 3 เดือน และระยะเวลาหลังการทดลอง 6 เดือน (n = 20)

ระยะเวลาของการทดลอง	M	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง 3 เดือน	หลังการทดลอง 6 เดือน
ทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่				
ก่อนการทดลอง	18.75	-	2.87*	2.57*
หลังการทดลอง 3 เดือน	28.15	-	-	.30
หลังการทดลอง 6 เดือน	28.70	-	-	-
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่				
ก่อนการทดลอง	3.45	-	.70*	1.15*
หลังการทดลอง 3 เดือน	4.15	-	-	.45
หลังการทดลอง 6 เดือน	4.60	-	-	-

\*  $p < .05$

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาหลังการทดลอง 3 เดือน และระยะเวลาหลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และระยะเวลาหลังการทดลอง 3 เดือน และระยะเวลาหลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากมารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมให้มารดาวัยรุ่นเกิด

กระบวนการจัดการพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมทุกระยะ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะเวลาหลังคลอด โดยติดตามต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือนหลังคลอด ซึ่งมารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนเป็นรายบุคคลที่ตรงกับปัญหา/อุปสรรคที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการพูดคุยประเมินปัญหา ด้านความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรม เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงประเด็น รวมทั้งได้รับความรู้ การสาธิตวิธีการจัดการกับปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเอง ให้ฝึกปฏิบัติย้อนกลับซ้ำหลาย ๆ ครั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาล และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยสนับสนุนในการจัดการตนเองของมารดาวัยรุ่น รวมทั้งผู้วิจัยกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นและครอบครัวร่วมตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง และร่วมหาแนวทาง

การแก้ไขปัญหา/อุปสรรคในการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และได้รับคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การจัดการตนเอง เพื่อใช้สำหรับทบทวนแนวทางการจัดการตนเอง ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้ มารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองยังได้รับการติดตามการจัดการตนเองผ่านระบบ telemedicine เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง (7 วัน 14 วัน 45 วัน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังคลอด) เพื่อพูดคุยสอบถามปัญหา/อุปสรรคในการจัดการตนเอง ให้คำแนะนำเพิ่มเติมกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ สะท้อนการรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น และร่วมหาแนวทางในการจัดการปัญหาของตนเองที่ตรงกับความต้องการและสถานการณ์จริงของมารดาวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ที่มารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองได้รับ ทำให้มีความรู้ความเข้าใจ เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ฝึกทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจ มีความตั้งใจ และพยายามจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ รวมทั้งตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทตนเองในการร่วมมือกับทีมสุขภาพเพื่อการจัดการตนเองที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง ของ Glasgow et al. (2003) ที่ประกอบด้วย 1) การประเมินข้อมูลพื้นฐานที่ส่งผลต่อการจัดการตนเอง 2) การให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจง ที่เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละบุคคล 3) การยอมรับ เป็นการตั้งเป้าหมายร่วมกัน 4) การช่วยเหลือสนับสนุน เป็นการให้การช่วยเหลือ โดยทีมสุขภาพและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และ 5) การวางแผนการติดตาม เป็นการติดตามผลการจัดการตนเอง อันจะส่งผลให้บุคคลสามารถจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี โดยความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดความตระหนัก เมื่อบุคคลมีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดี จะช่วยให้สามารถแสดงพฤติกรรม

ที่เหมาะสม และมีความพยายามในการทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จได้ (Krathwohl, Bloom, & Masia, 1964) ซึ่งแตกต่างจากมารดาวัยรุ่นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านการพูดคุยจากพยาบาลประจำการ ที่เป็นการพูดคุยในภาพรวมเป็นรายกลุ่ม ในกรณีที่มารดาประสบปัญหาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีการพยาบาลเป็นรายบุคคลเพิ่มเติม โดยมารดาวัยรุ่นกลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีโอกาสได้สาธิตย้อนกลับในช่วงเวลาสั้นๆ ขณะอยู่ที่โรงพยาบาล ไม่มีกระบวนการสร้างแรงจูงใจ การตั้งเป้าหมาย และการวางแผนการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนี้ เมื่อมารดากลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว ยังไม่ได้รับการติดตามพฤติกรรม ปัญหา/อุปสรรค และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อีกด้วย

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุสัณหะ ยิ้มยิ้ม, สุนิสา ปัทมาภรณ์พงศ์, และอัมพิกา สุวรรณบุตร (2564) ที่พบว่า การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้กับมารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลอง ด้วยการให้การช่วยเหลือและสนับสนุนขณะอยู่โรงพยาบาล รวมถึงการติดตามและให้คำปรึกษาเมื่อกลับบ้าน ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนหลังคลอด สูงกว่ามารดาวัยรุ่นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิมา ศรีเพชร และศศิگانต์ กาละ (2565) ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการปรับเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของอัญญา ปันอินแปง, วรณภาพาวุฒินกร, และปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง (2564) ที่พบว่า มารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีคะแนนประสิทธิภาพการให้นมแม่ก่อน

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 1 เดือน สูงกว่ามารดาคลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของลำพอง ศรีวงศ์ชัย, จันทร์เพ็ญ ชินคำ, อัจฉรา วริณ, และสุรีพร ศรีโพธิ์อ่อน (2564) ที่พบว่า มารดาหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม มีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรสุขภาพควรประยุกต์ใช้แนวทางจากโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับมารดาวัยรุ่น โดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมทุกระยะ ในระยะตั้งครรภ์ควรมีการประเมินความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และปัญหาที่มีผลต่อการจัดการตนเอง จัดกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ เช่น การสนทนากลุ่ม ส่วนในระยะหลังคลอด ควรมีการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจพร้อมฝึกทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้ตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง รวมทั้งติดตามผลและแก้ไขปัญหาเฉพาะบุคคลอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือนหลังคลอด

1.2 อาจารย์พยาบาลควรบูรณาการแนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเองในการเรียนการสอนภาคทฤษฎี พร้อมทั้งส่งเสริมให้นักศึกษาวางแผนการพยาบาลที่ผสมผสานแนวคิดนี้ในการฝึกภาคปฏิบัติ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมและบริบทเฉพาะของผู้รับบริการ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ และมีการติดตามในระยะมากกว่า 6 เดือน หรือจนถึงระยะเลิกให้นมแม่ เพื่อประเมินความคงทนของทักษะการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ

ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

## เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2558). *อัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในไทย ยังต่ำ สธ.หนุน “Working Mom” เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือน*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2015/09/10785>

กรมอนามัย. (2561). *“น้านมแม่” ประโยชน์แท้จากธรรมชาติ*. สืบค้นจาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/benefits-of-breastfeeding>

จารุวรรณ ท่าม่วง, อรวรรณ ดวงใจ, รุ่งนภา เขียวชะอำ, และนภาพร มามาก. (2566ก). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อทักษะและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(1), 85–99.

จารุวรรณ ท่าม่วง, อรวรรณ ดวงใจ, รุ่งนภา เขียวชะอำ, และนภาพร มามาก. (2566ข). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี*, 17(3), 14–26.

เจนีวา ทะวา. (2561). ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มารดาตั้งครรภ์วัยรุ่นประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการ แผนกห้องคลอดโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 1(2), 32–41.

ชุดาณัฐ ชุนเพชร, และศศิกันต์ กาละ. (2562). ประสพการณ์ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 11(2), 1–11.

ทิพาวรรณ สมจิตร, นวกรณ์ ดอกชะบา, มัทนา พรหมรักษา, และทัศนีย์วรรณ กรุงแสนเมือง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนแรกของมารดาหลังคลอด. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(2), 115–124.

นীর ละอองแก้ว, สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, และศศิกานต์ กาละ. (2557). การรับรู้และปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาหลังคลอด. ใน *รายงานสืบเนื่องจากการประชุม (แบบบรรยาย) การประชุมวิชาการระดับชาติ ราชภัฏสุราษฎร์ธานีวิจัย ครั้งที่ 10 “งานวิจัยและงานสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาท้องถิ่นที่ยั่งยืน”* (น. 31–38). สุราษฎร์ธานี: เค.ที.กราฟฟิค การพิมพ์ และบรรจุกิจณ์.

ปณิตทัต บนขุนทด, วิภาดา กาญจนสิทธิ์, ชนาธิป สันติวงศ์, สุพรรณษา จิตรสม, พิมพ์ดา ธรรมีกักดี, สุกลรัตน์ ชาญวิรัตน์, และนภารินทร์ นวลไธสง. (2563). ความรู้และทัศนคติของมารดาหลังคลอดปกติที่ต้องการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว นาน 6 เดือน หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 28(3), 275–283.

ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วิวัฒน์เสรี, กรรณิการ์ กันธะรักษา, และนาฏยา งามพสุธาคล. (2564). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านเว็บต่อความรู้ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวในมารดาวัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 48(3), 342–353.

ภาวิน พัวพรพงษ์, เกษม เรืองรองมรกต, วิเชียร มโนเลิศเทวัญ, สุชาติ เกษสุวรรณ, และศินัฐชานันท์ วงษ์อินทร์. (2557). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว. *วารสารจดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 97(9), 893–898.

ลำพัญญ์ ศรีวงศ์ชัย, จันทร์เพ็ญ ชินคำ, อัจฉรา วริลุน, และสุรีพร ศรีโพธิ์อ่อน. (2564). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกและครอบครัว. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 18(3), 99–112.

ศศิมา ศรีเพ็ชร, และศศิกานต์ กาละ. (2565). ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(2), 26–39.

สุภัคณา ยิ้มยิ้ม, สุนิสา ปัทมาภรณ์พงศ์, และอัมพิกา สุวรรณบุตร. (2564). การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 48(2), 259–272.

อัญชานา ปิ่นอินแปง, วรรณภา พาหุวัฒน์กร, และปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. (2564). ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อประสิทธิภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรคนแรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 39(4), 27–40.

- อารีรัตน์ วิเชียรประภา, ขนิษฐา เมฆกมล, กรรณิการ์ แซ่ตั้ง, เกษณี พรหมอินทร์, และสมลักษณ์ ศรีวิริญ. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน: กรณีศึกษามารดาหลังคลอด ตำบลบ่อ อำเภอลำดวน จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 170–184.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.). *Handbook of self-regulation* (pp. 601–629). San Diego, CA: Academic Press.
- Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., & Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 29(11), 563–574. doi:10.1016/s1549-3741(03)29067-5
- Krathwohl, D. R., Bloom, B. S., & Masia, B. B. (1964). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals, Hand book II: Affective domain*. New York: David Mckay.
- Leclair, E., Robert, N., Sprague, A. E., & Fleming, N. (2015). Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent pregnancies: A cohort study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(6), 516–521. doi:10.1016/j.jpag.2015.03.007
- National Statistical Office, & United Nations Children’s Fund. (2016). *Thailand MICS: Multiple Indicator Cluster Survey 2015–2016, final report*. Bangkok: Author.
- National Statistical Office, & United Nations Children’s Fund. (2020). *Thailand MICS: Monitoring the situation of children and women, final report*. Bangkok: Author.
- World Health Organization. (2021). *Adolescent birth rate: Data by country*. Retrieved from <https://apps.who.int/gho/data/view.main.1630AG?lang=en>

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย  
ในกลุ่มผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ  
อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก\*

Factors Predicting Behavior in Promoting Early Childhood  
Development among Karen Guardians  
in Mae Sot District, Tak Province\*

ยuthิดา กองเนียม, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)<sup>1</sup>

Yuttida Kongniam, M.P.H. (Public Health)<sup>1</sup>

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, ป.ร.ด. (วิทยาศาสตร์สุขภาพ)<sup>2</sup>

Supaporn Sudnongbua, Ph.D. (Health Science)<sup>2</sup>

Received: February 4, 2023

Revised: December 7, 2024

Accepted: December 9, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จำนวน 210 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีค่าความเชื่อมั่น .88 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีค่าความเชื่อมั่น .83 แบบประเมินความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีค่าความเชื่อมั่น .89 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .87 และ

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

<sup>1</sup> Master's Thesis of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

<sup>1</sup> มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

<sup>1</sup> Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

<sup>1</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Yuttidak62@nu.ac.th

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

<sup>2</sup> Associate Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีค่าความเชื่อมั่น .89 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 61.90 การได้รับสื่อความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอได้ร้อยละ 18.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .183, p < .001$ ) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอได้มากที่สุด ( $Beta = -.208, p < .05$ )

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดหาสื่อความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมให้แก่ผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ รวมทั้งให้ข้อมูลข่าวสารและข้อมูลป้อนกลับที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ถูกต้อง  
คำสำคัญ: พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เด็กปฐมวัย กะเหรี่ยงปกากะญอ

### Abstract

This predictive correlational research aimed to investigate behavior in promoting early childhood development and factors predicting behavior in promoting early childhood development among Karen guardians. The samples were 210 Karen guardians who lived in Mae Sot District, Tak Province. The research instruments consisted of a demographic questionnaire, a knowledge on promoting early childhood development test with a reliability of .88, a perceived benefit of promoting early childhood development questionnaire with a reliability of .83, a self-efficacy on promoting early childhood development assessment form with a reliability of .89, a social support questionnaire with a reliability of .87, and a behavior in promoting early childhood development questionnaire with a reliability of .89. Data were collected from January to April 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that most Karen guardians perform a behavior in promoting early childhood development at a high level (61.90%). Receiving knowledge media on promoting early childhood development, social support in information, and social support in evaluation could statistically significantly predict the behavior in promoting early childhood development among Karen guardians at 18.30% ( $R^2 = .183, p < .001$ ). The most predictive factor was social support in information ( $Beta = -.208, p < .05$ ).

This research suggests that healthcare workers should provide the proper knowledge media on promoting early childhood development for Karen guardians as well as give clear information and feedback. This will help guardians enhance the behavior in promoting early childhood development.

**Keywords:** Behavior in promoting child development, Early childhood, Karen

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กปฐมวัย อายุ 0-5 ปี เป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการอย่างรวดเร็ว ผ่านการสะสมประสบการณ์การเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อมรอบตัวในชีวิตประจำวัน ร่วมกับอิทธิพลจากพันธุกรรมและประสบการณ์ ดังนั้น การพัฒนาและการลงทุนในเด็กปฐมวัยจึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับต้นๆ ของทุกครอบครัวและประเทศชาติ เพราะเป็นโอกาสทองครั้งเดียวในชีวิตเด็ก (หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ, และสมเกียรติยศ วรเดช, 2561; United Nations Children's Fund, 2019) เนื่องจากเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าหรือบกพร่องอาจส่งผลให้ประเทศขาดแคลนทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพในการพัฒนาชุมชนและสังคม ทั้งยังต้องจัดสรรงบประมาณในการดูแลเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ (ชไมพร ทুমอย, 2560) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า เด็กร้อยละ 15-20 มีพัฒนาการที่ผิดปกติ (World Health Organization, 2012) สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 ที่พบว่า เด็กปฐมวัย อายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการช้ากว่าวัย ร้อยละ 20.10 เมื่อพิจารณาพัฒนาการด้านสังคม ด้านภาษา ด้านการใช้มือและตาในการแก้ปัญหา และด้านการเคลื่อนไหว พบว่า เด็กปฐมวัย อายุ 0-5 ปี ร้อยละ 18.30 มีพัฒนาการช้ากว่าวัยอย่างน้อย 1 ด้าน (วิชัย เอกพลากร, 2564)

จากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดาและบิดา ปัจจัยด้านเด็ก การดูแลขณะตั้งครรภ์ (หนึ่งฤทัย

เกื้อเอียด และคณะ, 2561) โดยปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรของมารดา และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและสังคม มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โอกาสมีพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2561) นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวที่ไม่เล่นกับเด็กและไม่มีการเล่นนิทานให้เด็กฟัง มีโอกาสเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้าประมาณ 1.40 เท่า (จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ, และนฤมล ธนเจริญวัชร, 2558) ดังนั้น การสร้างเสริมกิจกรรมกับเด็กผ่านการเล่นจึงเป็นการส่งเสริมพัฒนาการที่ผู้ปกครองควรทำในชีวิตประจำวันของเด็ก (สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกรินทร์, 2561) แต่ผู้ปกครองส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับเด็กในการส่งเสริมการเจริญเติบโตด้านร่างกาย ซึ่งอาจส่งผลให้เด็กไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาด้านพัฒนาการได้ทันทั่วทั้ง (จิรากร บุญดี, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ได้แก่ ชนเผ่า สัญชาติไทย การศึกษา (ชไมพร ทুমอย, 2560) ระดับความรู้ (มณูเชษฐ์ มະโนธรรม และคณะ, 2562) การรับรู้สมรรถนะตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม (ปรัชญาพร ธิสาระ, จุฑามาศ ผลมาก, เพชรลดา สีขาว, และบุษยารัตน์ ศิลปวิทยาพร, 2560) การรับรู้ประโยชน์ (อัจฉราพร ปิติพัฒน์, สิริณัฐ โภคพัชญ์ภูเบศ, ชลิตดา คำศรีพล, และสมสมร เรืองวรบูรณ์, 2561) สภาพแวดล้อมที่บ้าน รวมถึงสื่ออุปกรณ์ภายในบ้าน (สุกัญญา สอนสี, ยุนี พงศ์จตุรวิทย์, และนุจรี ไชยมงคล, 2558) ภาษา สิทธิในการเข้าถึง ระยะทางจากศูนย์สุขภาพ และความยาก

ลำบากในการขนส่ง (Apidechkul, Laingoen, & Suwannaporn, 2016)

ประเทศไทยมีกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งสิ้น 13 กลุ่มชาติพันธุ์ โดยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงปกากะญอ เป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 47.74 โดยพบมากที่สุดในจังหวัดเชียงใหม่ รองลงมา คือ จังหวัดตาก (กองกิจการนิคมสร้างตนเองและพัฒนาชาวเขา กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2559) ซึ่งในช่วงปีงบประมาณ 2560-2562 พบว่า เด็กกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีพัฒนาการล่าช้ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 4.62, 5.06 และ 7.12 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มชาติพันธุ์มีวิถีชีวิตที่แตกต่างจากประชากรทั่วไป โดยเฉพาะวัฒนธรรมการรับประทานอาหารและการเลี้ยงดูเด็ก โดยให้ความสำคัญกับการทำมาหากินมากกว่าการดูแลสุขภาพ (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย, 2563) ทั้งนี้ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เป็นอำเภอที่มีความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์ โดยกะเหรี่ยงปกากะญอเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่พบมากที่สุด โดยพบถึงร้อยละ 53.38 (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย, 2563) ซึ่งความหลากหลายทางเชื้อชาติอาจส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่แตกต่างกัน อีกทั้งสภาพปัญหาดังกล่าวยังไม่ค่อยมีการศึกษาอย่างจริงจังในการหาแนวทางการพัฒนางานส่งเสริมพัฒนาการเด็กในประชากรกลุ่มนี้

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก โดยใช้แบบจำลอง PRECEDE ของ Green and Kreuter (2005) เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลอย่างเป็นระบบ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ตามแนวคิดที่ว่า

พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเหมาะสมตามบริบทของชุมชนในอำเภอแม่สอด ตลอดจนพื้นที่ใกล้เคียงที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

### สมมติฐานการวิจัย

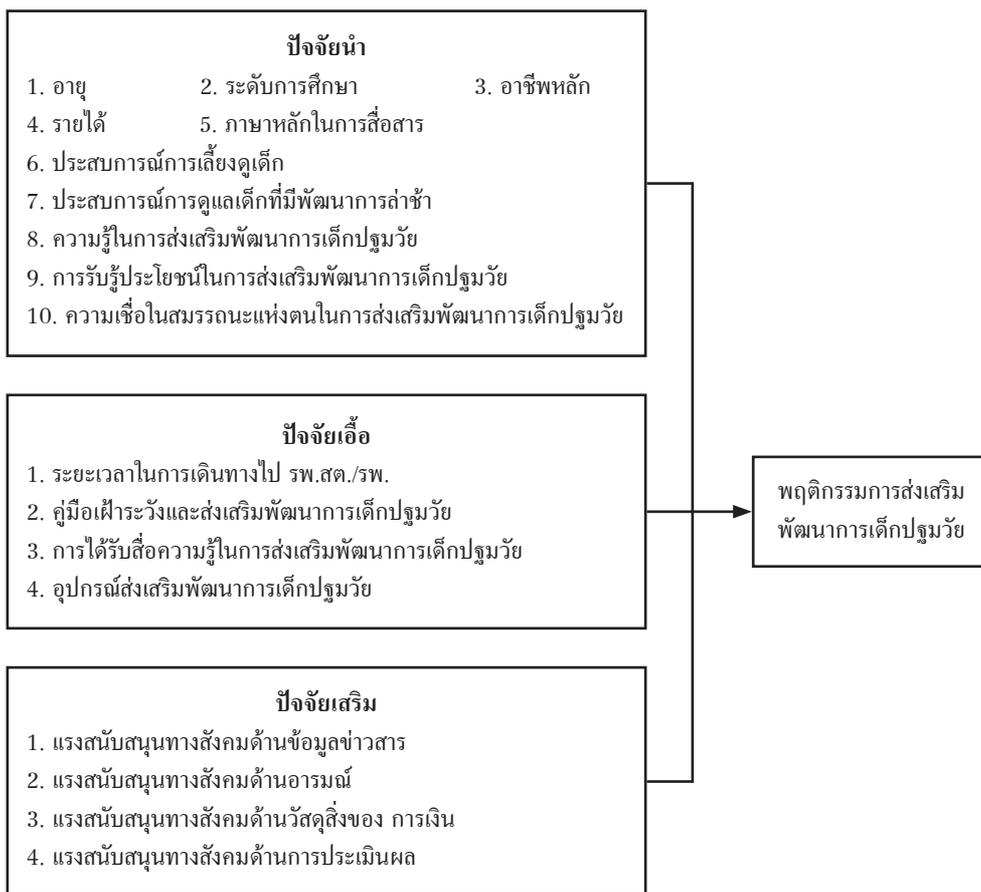
ปัจจัยนำ (อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ภาษาหลักในการสื่อสาร ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก ประสบการณ์การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย) ปัจจัยเอื้อ (ระยะเวลาในการเดินทางไป รพ.สต./รพ. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การได้รับสื่อความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และอุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย) และปัจจัยเสริม (แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ได้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบจำลอง PRECEDE ของ Green and Kreuter (2005) เป็นกรอบแนวคิด

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มผู้ปกครอง ชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัย ภายนอกตัวบุคคล โดยแบ่งออกเป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งสามารถส่งเสริมพฤติกรรมได้โดย การส่งเสริมหรือพัฒนาสมรรถนะแห่งตน เพื่อให้บุคคล

มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามแนวคิดการสร้างเสริม สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1986) นอกจากนี้ ยังใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) เพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดและปัญหาใน การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ สรุปเป็นกรอบแนวคิดใน การวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น

ผู้ปกครองของเด็กอายุ 0-5 ปี ชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงปกากะญอร้อยละ 100 อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จำนวน 417 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563)

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ให้การดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน 4) สามารถสื่อสารภาษาไทย หรือภาษาที่อื่นได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ย ประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร/ประชากรมีขนาดเล็ก (Daniel, 1995) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 188 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถาม แบบทดสอบ หรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 210 คน โดยเลือกตำบล 4 ตำบล (จากจำนวน 10 ตำบล) ที่มีกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงปกากะญอ เป็นส่วนใหญ่ จากนั้นเลือกหมู่บ้านที่มีกลุ่มชาติพันธุ์ กะเหรี่ยงปกากะญอร้อยละ 100 ได้จำนวน 10 หมู่บ้าน และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ ตามสัดส่วนของประชากร โดยเรียงลำดับรายชื่อชาว กะเหรี่ยงปกากะญอในแต่ละหมู่บ้านตามตัวอักษร ก-ฮ และหาช่วงการสุ่มได้เท่ากับ 3

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัย อาชีพหลัก รายได้ ภาษาหลักในการสื่อสาร ประสบการณ์การเลี้ยงดู เด็ก จำนวนเด็กปฐมวัยที่เลี้ยงดูในปัจจุบัน ระยะเวลา ในการเดินทางไป รพ.สต./รพ. คู่มือเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การได้รับสื่อความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประเภทสื่อความรู้ที่ได้รับ ประสบการณ์การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า และ อุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบทดสอบ ของชฎาภรณ์ ชื่นตา, สุภาพร แก้วใส, สมจิต แซ่ลิ้ม, และเพียงนคร คามา (2561) จำนวน 12 ข้อ ประกอบ

ด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถาม ที่เป็นเท็จ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ ให้เลือกตอบว่าถูก ผิด หรือไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ โดยมี เกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบ ว่าถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าผิด หรือไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้ คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับ น้อย (0-7.19 คะแนน) ในระดับปานกลาง (7.20- 9.59 คะแนน) และในระดับมาก (9.60-12.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ใน การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยพัฒนาจาก แบบสอบถามของภควดี นนทพันธ์ (2561) จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับ น้อย (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34- 3.67 คะแนน) และในระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินความเชื่อในสมรรถนะ แห่งตนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผู้วิจัย ดัดแปลงจากแบบประเมินของปรพร ทองหลวง (2559) จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณ ค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ทำไม่ได้แน่นอน ทำได้น้อย ทำได้มาก และทำได้มากที่สุด ส่วนเกณฑ์ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความเชื่อในระดับต่ำมาก (1.00-1.75 คะแนน) ในระดับต่ำ (1.76-2.50 คะแนน) ในระดับสูง (2.51- 3.25 คะแนน) และในระดับสูงมาก (3.26-4.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของชนิกานต์ ชาญเดช (2557) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ ด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ ด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน จำนวน 5 ข้อ และด้านการประเมินผล จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบ

เป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้เลย เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนในระดับไม่ดี (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับค่อนข้างดี (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับดี (3.68-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบบประเมินความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข และพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเด็กที่มีปัญหาและพฤติกรรม ได้คำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแต่ละชุดเท่ากับ 1 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กปฐมวัยชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .88 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ฯ แบบประเมินความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนฯ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถาม

พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .83, .89, .87 และ .89 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 006/2021 และ IRB No. P3-0122/2563 วันที่ 5 มกราคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ศึกษา เข้าพบบุคลากรที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมสำเนาที่สามารถสื่อสารภาษาไทยและภาษากะเหรี่ยงได้ดี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป และอาศัยอยู่ในประเทศไทยไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งฝึกอบรมวิธีการใช้เครื่องมือการวิจัย จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละพื้นที่ แนะนำตัวดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแบบทดสอบ และแบบประเมิน โดยใช้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน 2564

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย วิเคราะห์

ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ข้อมูลความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.19 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 โดยมีอายุเฉลี่ย 32.21 ปี ( $SD = 9.43$ ) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.09 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยโดยเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 77.14 มีอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.38 ไม่มีรายได้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.71 โดยมีรายได้เฉลี่ย 4,765.61 บาทต่อเดือน ( $SD = 6,883.73$ ) ภาษาหลักในการสื่อสาร ส่วนใหญ่ใช้ภาษากะเหรี่ยงภาษาเดียวในการสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 61.43 มีประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กจำนวน 1 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.89 ส่วนใหญ่มีจำนวนเด็กปฐมวัยที่เลี้ยงดูในปัจจุบัน คือ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 62.86 ระยะเวลาในการเดินทางไป รพ.สต./รพ. อยู่ในช่วง 16-30 นาที มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.05 โดยมีระยะเวลาในการเดินทางเฉลี่ย 24.39 นาที ( $SD = 13.58$ ) ส่วนใหญ่มีและใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 65.24 เคยได้รับสื่อความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย คิดเป็นร้อยละ 85.71 ประเภทสื่อความรู้ที่ได้รับ คือ หนังสือ/คู่มือ คิดเป็นร้อยละ 85.55 ไม่มีประสบการณ์การดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า คิดเป็นร้อยละ 82.38 และมีอุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เหมาะสม

ตามวัย คิดเป็นร้อยละ 64.29

2. ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ พบว่า ผู้ปกครองที่มีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.71 รองลงมาคือ ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 34.29 และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการส่งเสริมฯ ในระดับปานกลาง ( $M = 7.98$ ,  $SD = 2.33$ )

3. การรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ พบว่า ผู้ปกครองฯ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมฯ ในระดับมาก ( $M = 4.11$ ,  $SD = .57$ )

4. ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ พบว่า ผู้ปกครองฯ มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมฯ ในระดับสูง ( $M = 2.73$ ,  $SD = .49$ )

5. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ พบว่า ผู้ปกครองฯ มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างดี ( $M = 2.35$ ,  $SD = .64$ )

6. พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ พบว่า ผู้ปกครองฯ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 61.90 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.19 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมฯ ในระดับมาก ( $M = 3.93$ ,  $SD = .68$ )

7. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ พบว่า การได้รับสื่อความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอได้

ร้อยละ 18.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .183$ ,  $p < .001$ ) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอได้มากที่สุด ( $Beta = -.208$ ,  $p < .05$ ) รองลงมา คือ

การได้รับสื่อความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ( $Beta = .165$ ,  $p < .05$ ) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล ( $Beta = -.173$ ,  $p < .05$ ) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ ( $n = 210$ )

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	-.193	.080	-.208	-2.404	.017
การได้รับสื่อความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	.321	.128	.165	2.498	.013
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล	-.146	.073	-.173	-1.991	.048

Constant = 4.536,  $R = .428$ ,  $R^2 = .183$ , adj.  $R^2 = .171$ ,  $F = 15.335$ ,  $p < .001$

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอมีความพยายามในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัย โดยผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็กปฐมวัย (ร้อยละ 77.14) ซึ่งธรรมชาติของผู้เป็นมารดาจะมีความรักและความห่วงใยบุตรมาก จึงพยายามสรรสร้างเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของบุตร (สุกัญญา สอนสี และคณะ, 2558) โดยผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในการวิจัยครั้งนี้มีการชี้แนะให้เด็กรู้จักตนเองและสิ่งของรอบตัว ซึ่งอาจเนื่องด้วยวิถีชีวิตของชาวกะเหรี่ยงปกากะญอที่มีความสันโดษ ใช้ชีวิตอิงกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมรอบตัว จึงมักเน้นให้เด็กปฐมวัยเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งของรอบตัวมากกว่าการจัดหาของเล่นให้ แต่หากจะจัดหาของเล่นให้เด็กนั้นก็สามารถทำได้ง่าย เพราะ

มักเป็นของเล่นที่ใช้วัสดุตามธรรมชาติหรือทรัพยากรที่มีอยู่ ผู้ปกครองจึงเน้นการเรียนรู้จากสิ่งรอบตัวและประยุกต์ใช้ของเล่นรอบตัว และเน้นให้เด็กมีโอกาสเล่นตามความสนใจของเขาเอง เพราะจะช่วยให้เด็กเล่นได้โดยไม่เบื่อง่าย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของรรฤณ แสงแก้ว, จิดาภา ผูกพันธ์, กนกจันทร์ เข้มningar, และวาสนา มาตพรมราช (2564) ที่พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า การได้รับสื่อความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอได้ร้อยละ 18.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอได้มากที่สุด โดยมีผลทางลบ แสดงว่า ผู้ปกครองชาว

กะเหรี่ยงปกากะญอที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยลดลง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอได้รับคำแนะนำ คำปรึกษา หรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจทำให้ผู้ปกครองเกิดแรงกดดัน หรือความวิตกกังวล และไม่แน่ใจว่าตนเองจะสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรของตนได้หรือไม่ จึงอาจทำให้ผู้ปกครองไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเท่าที่ควร แตกต่างจากการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและการนำเสนอข้อมูลที่หลากหลาย ทำให้มีการรับรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว (รรุณ แสงแก้ว และคณะ, 2564) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปรัชญาพร ธิสาระ และคณะ (2560) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธิดา ปัญญาธนะคุณ, แสงทอง ธีระทองคำ, และสมนึก สุกุลหงส์โสภณ (2562) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่า การได้รับสื่อความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่าผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอที่ได้รับสื่อความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอส่วนใหญ่เคยได้รับสื่อความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (ร้อยละ 85.71) โดยสื่อความรู้ที่ได้รับ คือ หนังสือ/คู่มือ (ร้อยละ 85.55) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลและภาพประกอบ

ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ปกครองในการนำไปใช้เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ ช่วยให้มีความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งการที่ผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอส่วนใหญ่ได้รับสื่อความรู้ประเภทหนังสือ/คู่มือนั้น มีความแตกต่างจากในประชากรกลุ่มอื่นที่มีการใช้โทรศัพท์มือถือประเภทสมาร์ทโฟนและแท็บเล็ตเป็นเครื่องมือในการเลี้ยงเด็กเล็กที่ส่งผลให้เกิดปัญหาตามมา คือ เด็กเล็กโดยเฉพาะเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการทางร่างกาย อารมณ์ และภาษาไม่เหมาะสม เด็กเล็กจำนวนมากเผชิญกับภาวะสมาธิสั้น (ซั๋วคราว) หรือภาวะความบกพร่องทางการเรียนรู้ อันเป็นผลมาจากการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์มากเกินไป ในวัยที่ยังเล็กมาก (อภิรพี เศรษฐรักษ์ ต้นเจริญวงศ์, ศรีรัฐ กักศิรมจิต, และญาณวุฒิ เสวตชิตติกุล, 2561) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชยาน์ ภิรมย์สิทธิ, จาริศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์เช, และกิตติศักดิ์ หลวงพันทา (2561) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมปกป้องโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผลสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอได้ โดยมีผลทางลบ แสดงว่า ผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผลเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยลดลง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอมีการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับวิธีการหรือแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและได้รับข้อมูลป้อนกลับ ผู้ปกครองอาจไม่เข้าใจข้อมูลที่ได้รับทั้งหมด เนื่องจากอุปสรรคด้านภาษา ซึ่งพบว่าหลายคนมีปัญหาในการอ่านและการพูดภาษาไทย ทำให้ผู้ปกครองปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไม่มากนัก จึงควรมีการปรับหรือพัฒนาคู่มือในการประเมินพัฒนาการ

เด็กสำหรับกลุ่มชาวกะเหรี่ยงปกากะญอโดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถประเมินพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ของกระทรวงสาธารณสุข ที่เน้นให้ผู้ปกครองเป็นบุคคลหลักในการดำเนินการ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยประเมินและให้คำแนะนำ โดยการประเมินพัฒนาการเด็กในช่วงอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 60 เดือน ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่อาจต้องเพิ่มการประเมินผลและการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปรัชญาพร ชิตาระและคณะ (2560) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองได้ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติดา ชัยมานะเดช (2562) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมตามบทบาทของพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว

#### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดหาสื่อความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมกับกลุ่มชาวกะเหรี่ยงปกากะญอโดยเฉพาะ เช่น คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี สำหรับผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ รวมทั้งให้ข้อมูลข่าวสารและข้อมูลป้อนกลับที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ต้องเพิ่มมากขึ้น
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป  
ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงปกากะญอ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มผู้ปกครองชาติพันธุ์อื่นๆ

#### เอกสารอ้างอิง

- กองกิจการนิคมสร้างตนเองและพัฒนาชาวเขา กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2559). *ทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง ครอบคลุมพื้นที่ 20 จังหวัดของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2559*. สืบค้นจาก [https://hhdc.anamai.moph.go.th/th/pa2564-1-27/download?id=70081&mid=35117&mkey=m\\_document&lang=th&did=22762](https://hhdc.anamai.moph.go.th/th/pa2564-1-27/download?id=70081&mid=35117&mkey=m_document&lang=th&did=22762)
- จินตนา พัฒนพงษ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ, และนฤมล ธนเจริญวัชร. (2558). *การศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2557*. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
- ชฎาภรณ์ ชื่นตา, สุภาพร แก้วใส, สมจิต แซ่ลิ้ม, และเพียงนคร คำผา. (2561). *การพัฒนาการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดยโสธร* (รายงานผลการวิจัย). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.
- ชนิกานต์ ชาญเดช. (2557). *การศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรวัยขวบปีแรกในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชไมพร ทูมอย. (2560). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดินของผู้ดูแลหลักในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลอุ้มผาง อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จิรากร บุญลี. (2562). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี โดยกรมมีส่วนร่วมของครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลภูสิงห์ อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ*. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 2(1), 23-33.

- ณัฐชยานันท์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์เช, และกิตติศักดิ์ หลวงพันทา. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสาร มลภ. วิชาการ*, 22(43-44), 55-69.
- ณัฐธิดา ปัญญาธรรณคุณ, แสงทอง ชีระทองคำ, และสมนึก สกุดหงส์โสภณ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลเด็กสมองพิการของญาติผู้ดูแลในกรุงเทพมหานคร. *วารสารการปฏิบัติ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 6(1), 5-18.
- ปรพร ทองหลวง. (2559). *ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ปรีชญาพร ชิสาระ, จุฑามาศ ผลมาก, เพชรลดา สีขาว, และบุษยารัตน์ ศิลปวิทยาพร. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ในจังหวัดพะเยา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 169-176.
- ภควดี นนทพันธ์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูเด็ก จังหวัดสงขลา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 1(3), 10-24.
- มณเฑียร มະโนธรรม, พัชรา ก้อยชูสกุล, อารีย์ จอแย, วรัญญา มณีรัตน์, จุฑามาศ เมืองมูล, และสุพรรณฉวี วนิชปริญญากุล. (2562). ความรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 14(1), 69-80.
- รฤกม แสงแก้ว, จิตาภา ผูกพันธ์, กนกจันทร์ เข้มนาการ, และวาสนา มาตพรมราช. (2564). ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 14(2), 152-164.
- วิชัย เอกพลากร. (บ.ก.). (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิก แอนด์ ดีไซน์.
- ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย. (2563). *ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม*. สืบค้นจาก <https://hhdc.anamai.moph.go.th>
- สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนรินทร์. (2561). *คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี สำหรับผู้ปกครอง*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานตามตัวชี้วัดกระทรวง*. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2561). *รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560*. สืบค้นจาก [https://nich.anamai.moph.go.th/web-upload/9x45fd5e87a10707bad447547633b2d76d/m\\_document/37540/30988/file\\_download/fb4f63590316599313e9bbd939775ace.pdf](https://nich.anamai.moph.go.th/web-upload/9x45fd5e87a10707bad447547633b2d76d/m_document/37540/30988/file_download/fb4f63590316599313e9bbd939775ace.pdf)
- สุกัญญา สอนสี, ชุณี พงศ์จตุรวิทย์, และนุจรี ไชยมงคล. (2558). พฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นในนุตรวัยก่อนเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. ใน *เอกสารสืบเนื่องจากการประชุมสัมมนาวิชาการเครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15* (น. 187-198). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ, และสมเกียรติยศ วรเดช. (2561). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 281-296.

- อกินดา ชัยมานะเดช. (2562). ปัจจัยทางจิตและสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมตามบทบาทของพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารร่วมพฤษ์ มหาวิทยาลัยเกริก*, 37(1), 33–42.
- อภิรพี เศรษฐรักษ์ ต้นเจริญวงศ์, ศรีรัฐ กักดิรัณชิด, และญาณวุฒิ เสวตชิตกุล. (2561). พฤติกรรมการใช้หน้าจอของเด็กไทยวัย 0–3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม*, 6(2), 60–69.
- อัจฉราพร ปิติพัฒน์, สิริณัฐ โภคพัชญ์เบศ, ชลิดา คำศรีพล, และสมสมร เรืองวรรณ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของผู้ดูแลเด็กวัยเตาะแตะ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ*, 34(3), 1–10.
- Apidechkul, T., Laingon, O., & Suwannaporn, S. (2016). Inequity in accessing health care service in Thailand in 2015: A case study of the hill tribe people in Mae Fah Luang District, Chiang Rai, Thailand. *Journal of Health Research*, 30(1), 67–71. doi:10.14456/jhr.2016.10
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- United Nations Children’s Fund. (2019). *Early childhood development*. Retrieved from <https://www.unicef.org/thailand/th/>
- World Health Organization. (2012). *Developmental difficulties in early childhood: Prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: A review*. Retrieved from [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/97942/9789241503549\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/97942/9789241503549_eng.pdf?sequence=1)

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

### Factors Associated with Mental Health among Older Adults in Bangnampriao District, Chachoengsao Province

นาถนภา วงษ์ศีล, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) <sup>1</sup>

Nardnapa Wongsin, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing) <sup>1</sup>

สนธยา มณีรัตน์, ป.ด. (การพยาบาล) <sup>2</sup>

Sonthaya Maneerat, Ph.D. (Nursing) <sup>2</sup>

Received: September 29, 2024

Revised: December 12, 2024

Accepted: December 19, 2024

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 413 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .83 และแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น มีค่าความเชื่อมั่น .89 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.62 2) เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 11.171, p < .01$ ;  $\chi^2 = 25.761, p < .001$ ;  $\chi^2 = 22.462, p < .05$ ;  $\chi^2 = 22.470, p < .05$  และ  $\chi^2 = 14.494, p < .01$  ตามลำดับ) และ 3) การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุน

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงน้ำรักษ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

<sup>1</sup> Registered Nurse, Buengnamrak Sub-district Health Promoting Hospital, Chachoengsao Province

<sup>2</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม จังหวัดนครพนม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup> Instructor, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: sonthaya@bcnnv.ac.th

จากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .344$ ,  $p < .001$  และ  $r = .356$ ,  $p < .001$  ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรมีการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยเน้นให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพจิต การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การสนับสนุนจากครอบครัว

### Abstract

This descriptive correlational research aimed to explore mental health and to examine the relationship among personal factors, community participation, family support, and mental health among older adults. The participants were 413 older adults living in Bangnampriao District, Chachoengsao Province. The research instruments consisted of the personal factor questionnaire, the community participation assessment form with a reliability of .81, the family support assessment form with a reliability of .83, and the Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15) with a reliability of .89. Data were collected from March to May 2024. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and Pearson's product-moment correlation.

The research results revealed that 1) 57.62% of older adults had mental health scores better than average; 2) gender, age, education level, occupation, and underlying disease were statistically significantly related to mental health among older adults ( $\chi^2 = 11.171$ ,  $p < .01$ ;  $\chi^2 = 25.761$ ,  $p < .001$ ;  $\chi^2 = 22.462$ ,  $p < .05$ ;  $\chi^2 = 22.470$ ,  $p < .05$ ; and  $\chi^2 = 14.494$ ,  $p < .01$ , respectively); and 3) community participation and family support were positively statistically significantly related to mental health among older adults ( $r = .344$ ,  $p < .001$  and  $r = .356$ ,  $p < .001$ , respectively).

This research suggests that healthcare providers should arrange an elderly mental health-enhancing program that emphasizes community participation and family support. This will help older adults achieve good mental health.

**Keywords:** Older adult, Mental health, Community participation, Family support

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปี ค.ศ. 2021 เป็นปีแห่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครั้งสำคัญของไทย ที่ได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2022) ทำให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง เกิดการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพได้ง่าย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคดิจิทัล และวิถีชีวิตหลังการเกิดโรคโควิด 19 ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง จากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ จำนวน 9,527,054 คน ได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ จำนวน 7,501,688 คน คิดเป็นร้อยละ 78.74 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.06 โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.43 สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนานุกุลทอง, ประภา ยุทธไตร, โสพรรณม โทพะยะ, ชรินทร์ จักรภพโยธิน, และขวัญฤชดา พิมพการ (2567) ที่พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบสามอันดับแรกในผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 21.60–22.80 (วิชุดา อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2558; สุชาดา แซ่ลิ้ม, 2562) ดังนั้น การเตรียมความพร้อมด้วยการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุจนถึงวัยสูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดโอกาสเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง (กรมอนามัย, 2565)

ภาวะสุขภาพจิต (mental health) หมายถึง สภาพสุขภาพที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตนเอง สามารถ

รับมือกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนได้ (World Health Organization, 2023) โดยภาวะสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งปัจจัยด้านสังคม จิตใจ และชีวภาพ เช่นเดียวกับภาวะสุขภาพและโรคทั่วไป จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงของโรคทางจิตเวชที่พบทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ ความยากจน ระดับการศึกษาต่ำ และการไร้ที่อยู่อาศัย (ศุทธา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์, คุชฎี จิงศิริกุลวิทย์, และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2560) โดยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังการศึกษาที่พบว่า โรคเรื้อรังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยทำให้มีความเครียดในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.35 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 23.97 (ณัฐปภัศญ์ นวลสีทอง, ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, และภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์, 2564) มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 13.50 (มินตรา สาระรักษ์, จูติรัช งานฉมิง, และนันทยา กระสวยทอง, 2563) และการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ 53.30 (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ, 2563) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมร่วมกันในโรงเรียน ผู้สูงอายุมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 5.60 (อัญญา แพทย์ศาสตร์ และพัชรินทร์ รุจิรานุกุล, 2565) จากการประเมินสุขภาพจิตคนไทยด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ผ่านระบบ Mental Health Check-In ของกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2567 โดยมีผู้ตอบแบบสำรวจจำนวน 1,180,829 คน พบว่ามีความเครียดสูง จำนวน 7,912 คน คิดเป็นร้อยละ 0.67 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 10,863 คน คิดเป็นร้อยละ 0.92 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 3,326 คน

คิดเป็นร้อยละ 0.28 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีปัญหาสุขภาพจิตจำนวนไม่น้อย

อำเภอบางน้ำเปรี้ยว เป็น 1 ใน 11 อำเภอ ของจังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 10 ตำบล มีประชากรสูงอายุ จำนวน 15,525 คน คิดเป็นร้อยละ 19.31 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทยด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ผ่านระบบ Mental Health Check-In ของกรมสุขภาพจิต โดยจังหวัดฉะเชิงเทราที่มีผู้ตอบแบบสำรวจ จำนวน 13,951 คน พบว่ามีความเครียดสูง จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 0.62 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 0.59 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51 ส่วนในอำเภอบางน้ำเปรี้ยวมีผู้ตอบแบบสำรวจ จำนวน 874 คน พบว่ามีความเครียดสูง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 2.06 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 4.46 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 3.09 (กรมสุขภาพจิต, 2567) นอกจากนี้ จากการคัดกรองความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จำนวน 4,551 คน พบว่ามีความเครียด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 0.20 และจากการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) จำนวน 9,681 คน พบว่ามีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 0.37 (ฐานข้อมูล HDC รพ.สต. อำเภอบางน้ำเปรี้ยว, 2567) สะท้อนให้เห็นว่า แม้ขนาดปัญหาด้านสุขภาพจิตจะไม่ใหญ่มากนัก แต่หากเกิดปัญหาก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและก่อให้เกิดปัญหาด้านอื่นๆ ที่รุนแรง ทั้งของผู้สูงอายุและครอบครัวได้มาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่พบว่ามีความสำเร็จในการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยวัยอื่น สอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิตที่แสดงให้เห็นว่า สถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 2 ต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยสาเหตุสำคัญมาจากความสัมพันธ์กับ

คนใกล้ชิด โรคเรื้อรังทางกาย และโรคซึมเศร้า ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาเร่งด่วนที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข และเป็นปัญหาสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม เนื่องจากปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยปกป้อง ดังการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย เพศ (มินตรา สารรักษ์ และคณะ, 2563; Mazloomzadeh, Biglari, & Eskandari, 2021; Reddy, Gupta, Lohiya, & Kharya, 2013) อายุ (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ, 2563; ชาญรัตน์ จีนเฮ็ง, 2562; มุสตุรา ยะโกะ, พิสมัย หอมจำปา, นูร์ริยะ ลาเตะเกะ, ฮูดา แวะหะยี, และโรซาวรรณา เซฟโฆลาม, 2563; ยชญ์วิรินทร์ จรรย์รมย์ และสิริกิร สุวัชฌัญญา, 2563) ระดับการศึกษา (วิลาวัลย์ ชาดา และคณะ, 2567; สุนิสา คำขึ้น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, และปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, 2563; Mahmoodi, Yazdkhasti, Rostami, & Ghavidel, 2022; Mazloomzadeh et al., 2021; Reddy et al., 2013) การอยู่กับคู่สมรส (วิลาวัลย์ ชาดา และคณะ, 2567) การมีอาชีพ (ชาญรัตน์ จีนเฮ็ง, 2562; สุนิสา คำขึ้น และคณะ, 2563; สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ชะชาตย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, และเสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, 2563) ความเพียงพอของรายได้ (ปณิตทัต ตันชนบัญญัติกร, อาริย์ สงวนชื่อ, และรัตนภรณ์ อาษา, 2562; สุนิสา คำขึ้น และคณะ, 2563; Reddy et al., 2013) การมีโรคประจำตัว (พาริณี สุกใส, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, 2561; สุนิสา คำขึ้น และคณะ, 2563) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน (นามชัย กิตตินาคบัญญัติ, 2561;

ปีณทัต ดันธนปัญญากร และคณะ, 2562) และ การสนับสนุนจากครอบครัว (ชัยญรัตน์ จินธิง, 2562; ปีณทัต ดันธนปัญญากร และคณะ, 2562; ยชญ์วิรินทร์ จรบุรมย์ และสิริกร สุวัชฌ์ฐษา, 2563; Devita et al., 2024) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพจิต ของมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งรัฐวิกตอเรีย (VicHealth) (ศุทรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์ และคณะ, 2560) โดยสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาองค์ประกอบ ด้านจิตใจในระดับที่แตกต่างกันตามอายุที่มากขึ้น (ปาริชาติ เว้นไวยาศาสตร์, 2563) โดยสุขภาพจิตที่ดีเป็น ตัวชี้วัดความอยู่ดีมีสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (นามชัย กิตตินาคบัญญัติ, 2561)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาและ ความสำคัญของภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงสนใจ ศึกษาภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัด ฉะเชิงเทรา เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต และนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพจิตที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและ ชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอ บางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วน บุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุน จากครอบครัว กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอ บางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

### สมมติฐานการวิจัย

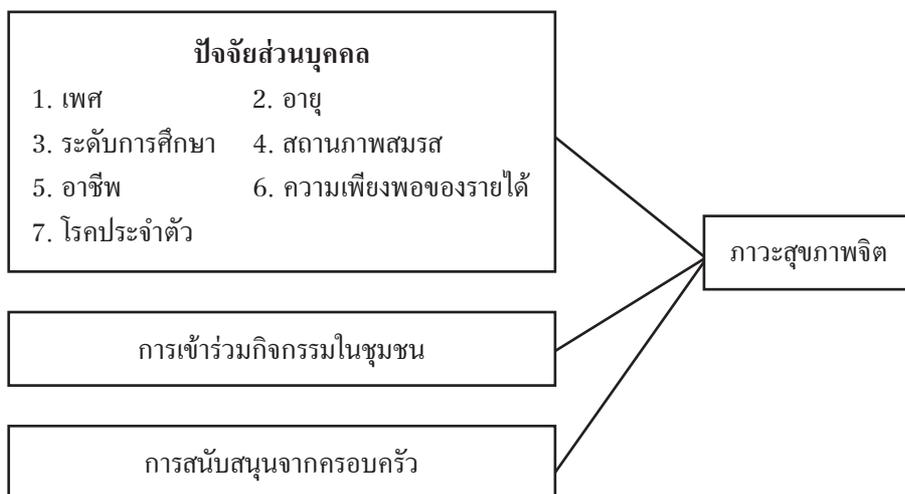
1. ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และ โรคประจำตัว) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุน จากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ จิตของผู้สูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (เป็นส่วนหนึ่งของ โครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอ บางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา) โดยใช้กรอบแนวคิด ในการปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางผลักดันงานส่งเสริม สุขภาพจิต ของมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งรัฐวิกตอเรีย (The Victorian Health Promotion Foundation: VicHealth) (ศุทรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์ และคณะ, 2560) โดยมีหลักในการศึกษา ดังนี้ 1) ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ จิตและทิศทางการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1.1 การ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (สัมพันธภาพที่เกื้อหนุน การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม และความร่วมมือของ พลเมือง) 1.2 การไม่ถูกแบ่งแยกกีดกัน และปลอดภัย จากความรุนแรง (การให้คุณค่าที่หลากหลาย ความมั่นคง ปลอดภัยทางร่างกาย และการตัดสินใจและควบคุม จัดการชีวิตของตนเอง) และ 1.3 การมีส่วนร่วมทาง เศรษฐกิจ (การทำงาน การศึกษา ที่อยู่อาศัย และ การเงิน) 2) กลุ่มประชากรและพื้นที่การดำเนินงาน ภาคส่วนและหน่วยงานในการดำเนินงาน 3) ผลลัพธ์ ระยะกลาง และ 4) ผลดีระยะยาว ดังนั้น การศึกษาเพื่อหา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงเป็นการศึกษาปัจจัยเริ่มต้นที่กำหนดสุขภาพจิตใน กลุ่มประชากรสูงอายุ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว เพื่อนำไปสู่ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนต่อไป โดยผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรที่เกี่ยวข้อง จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) ปัจจัย ส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว 2) การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และ 3) การสนับสนุน

จากกรอบคร้ว สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็น ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 15,525 คน (ฐานข้อมูล HDC รพ.สต. อำเภอบางน้ำเปรี้ยว, 2567ก) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 2) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 375 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 413 คน โดยเลือกหมู่บ้าน 1 หมู่บ้าน จากแต่ละตำบล ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก

ได้จำนวน 10 หมู่บ้าน และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามสัดส่วนของประชากร

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของรัตนากาญจน์ เจริญศรีรุ่งเรือง (2563) จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการเข้าร่วมกิจกรรมในระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน)

ในระดับปานกลาง (2.01–3.00 คะแนน) และในระดับสูง (3.01–4.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของธัญญารัตน์ จีนเฮียง (2562) จำนวน 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0–3 ได้แก่ ไม่เลย ต่ำ ปานกลาง และมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้รับการสนับสนุนเลย (0–.75 คะแนน) ได้รับการสนับสนุนในระดับต่ำ (.76–1.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.51–2.25 คะแนน) และในระดับสูง (2.26–3.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool [T-GMHA-15]) ของกรมสุขภาพจิต (2566) จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อยมาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 42 คะแนน) มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (43–49 คะแนน) และมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (50–60 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยจิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .96, .94 และ .98 ตามลำดับ ดำเนินการ

แก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเคหะหนองจอก กรุงเทพฯ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81, .83 และ .89 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง** มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (เอกสารรับรอง เลขที่ PH\_CCO\_REC 016/2567 วันที่ 12 มีนาคม 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ที่ศึกษา หมู่บ้านละ 1 คน รวมจำนวน 10 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ฝึกอบรมวิธีการใช้แบบประเมิน กำหนดช่วงวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ นัดหมายวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาที่นัดหมาย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน โดยใช้เวลา 20–30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2567

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรม ในชุมชน ข้อมูลการสนับสนุนจากครอบครัว และ ข้อมูลภาวะสุขภาพจิต วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิต วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุนจาก ครอบครัว กับภาวะสุขภาพจิต วิเคราะห์ด้วยสถิติ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 72.40 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.09 โดยมีอายุเฉลี่ย 69.57 ปี ( $SD = 6.76$ ) ส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 79.66 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.33 ไม่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 50.12 มีรายได้ไม่เพียงพอ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.50 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 65.86

2. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการเข้าร่วมกิจกรรมใน ชุมชนโดยรวมในระดับปานกลาง ( $M = 15.51, SD = 4.73$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่ ผู้สูงอายุเข้าร่วมมากที่สุด คือ “การเข้าร่วมงานของ เพื่อนบ้าน เช่น งานแต่ง งานทำบุญบ้าน หรืองานศพ” ( $M = 3.43, SD = .86$ ) รองลงมา คือ “ร่วมกิจกรรม ทางวัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน เช่น วันสำคัญ ไปวัดหรือมัสยิด” ( $M = 3.28, SD = .90$ ) ส่วนกิจกรรม ที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมน้อยที่สุด คือ “การเข้าร่วมเป็น อาสาสมัครหรือจิตอาสา เพื่อช่วยเหลือสังคม” ( $M = 1.91, SD = 1.18$ )

3. การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวใน ระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.60 และ

มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ในระดับปานกลาง ( $M = 35.68, SD = 7.75$ ) เมื่อ จำแนกเป็นรายรายกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง 3 กิจกรรมแรก ได้แก่ “บุคคลในครอบครัวพาไปพบแพทย์” “ยังคงทำงานบ้าน เนื่องจากเป็นความต้องการของตัวเอง” และ “บุคคล ในครอบครัวมาเยี่ยม” คิดเป็นร้อยละ 63.90, 62.70 และ 58.80 ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับ การสนับสนุนเลย 3 กิจกรรมแรก ได้แก่ “ครอบครัว ช่วยดูแลงานบ้านให้” “มีโอกาสดูแลหรืออยู่ใกล้ชิด กับหลาน” และ “บุคคลในครอบครัวชวนให้ไปอยู่ด้วยกัน หรือให้หยุดทำงานเพื่อพักผ่อน” คิดเป็นร้อยละ 15.30, 16.20 และ 24.70 ตามลำดับ

4. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.62 รองลงมา คือ มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 29.30 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 13.08 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุมีคะแนน เฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตในระดับมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ( $M = 50.96, SD = 6.90$ ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ “ถ้าท่านป่วย ท่าน มั่นใจว่าครอบครัวของท่านจะดูแลท่านเป็นอย่างดี” ( $M = 3.67, SD = .57$ ) รองลงมา คือ “ครอบครัวของ ท่านมีความรักและผูกพันต่อกัน” ( $M = 3.60, SD = .57$ ) และ “สมาชิกของครอบครัวให้ความช่วยเหลือท่าน” ( $M = 3.59, SD = .64$ ) ตามลำดับ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับ ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ อายุ ระดับ การศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับ ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 11.171, p < .01$ ;  $\chi^2 = 25.761, p < .001$ ;  $\chi^2 = 22.462, p < .05$ ;  $\chi^2 = 22.470, p < .05$  และ  $\chi^2 = 14.494, p < .01$  ตามลำดับ) ส่วนสถานภาพ สมรส และความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์ กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (n = 413)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะสุขภาพจิต			$\chi^2$	p
	ต่ำกว่าคนทั่วไป	เท่ากับคนทั่วไป	ดีกว่าคนทั่วไป		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				11.171	.004
ชาย	6 (5.26)	43 (37.72)	65 (57.02)		
หญิง	48 (16.05)	78 (26.09)	173 (57.86)		
อายุ				25.761	< .001
60-69 ปี	17 (8.06)	60 (28.43)	134 (63.51)		
70-79 ปี	26 (16.56)	39 (24.84)	92 (58.60)		
80 ปีขึ้นไป	11 (24.44)	22 (48.89)	12 (26.67)		
ระดับการศึกษา				22.462	.033
ไม่ได้เรียน	9 (21.43)	15 (35.71)	18 (42.86)		
ประถมศึกษา	39 (11.86)	89 (27.05)	201 (61.09)		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	6 (14.29)	17 (40.48)	19 (45.23)		
สถานภาพสมรส				11.140	.084
โสด	12 (17.91)	16 (23.88)	39 (58.21)		
คู่	20 (9.43)	58 (27.36)	134 (63.21)		
ม่าย/หย่า/แยก	22 (16.42)	47 (35.07)	65 (48.51)		
อาชีพ				22.470	.033
ไม่มีอาชีพ	33 (15.42)	66 (30.84)	115 (53.74)		
เกษตรกรรม	7 (7.45)	30 (31.91)	57 (60.64)		
รับจ้าง	8 (13.56)	15 (25.42)	36 (61.02)		
ค้าขาย/เลี้ยงสัตว์	6 (13.04)	10 (21.74)	30 (65.22)		
ความเพียงพอของรายได้				9.469	.050
ไม่เพียงพอ	23 (14.46)	41 (25.79)	95 (59.75)		
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	24 (15.69)	53 (34.64)	76 (49.67)		
เพียงพอ เหลือเก็บ	7 (6.93)	27 (26.73)	67 (66.34)		
โรคประจำตัว				14.494	.001
ไม่มี	15 (10.64)	58 (41.13)	68 (48.23)		
มี	39 (14.34)	63 (23.16)	170 (62.50)		

6. ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .344, p < .001$  และ  $r = .356, p < .001$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการสนับสนุนจากครอบครัว กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ( $n = 413$ )

ตัวแปร	ภาวะสุขภาพจิต	
	r	p
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	.344	< .001
การสนับสนุนจากครอบครัว	.356	< .001

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป มากที่สุด (ร้อยละ 57.62) ทั้งนี้อาจเนื่องจากเป็นวัยสูงอายุตอนต้นที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เข้าร่วมกลุ่มหรือเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง ทำให้ยังมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง หรือมีคุณค่าในตนเอง (สุนิสา คำขึ้น และคณะ, 2563) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสนับสนุนในพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยวที่จัดกิจกรรมในชุมชนที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมกิจกรรม เช่น การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ การมีวัดและมัสยิด ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีแหล่งที่พึ่งทางใจตามความเชื่อและศรัทธา และยังมีสิ่งสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ เช่น การได้รับเบี้ยผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมในวันสำคัญ การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพาริณีสุกใส และคณะ (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และมีสุขภาพจิตในเกณฑ์ปกติ ผลการวิจัยพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าเพศหญิง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้หญิงมักนึกถึงความต้องการของคนอื่นมากกว่าตัวเอง ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง และถูกคาดหวังว่าต้องมีความอดทน ซึ่งล้วนเป็นเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังหรือมีปัญาสุขภาพจิตที่ไม่ดี สอดคล้องกับที่สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และพันธุณภากิตติรัตน์ไพบุลย์ (2564) ระบุว่า ปัญหาสุขภาพจิตในผู้หญิงอาจเกี่ยวข้องกับความไม่เสมอภาคทางเพศภาวะ และการที่ผู้หญิงส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างน้อยกว่าผู้ชาย แต่มีความรับผิดชอบในงานที่มากกว่า รวมถึงต้องรับผิดชอบงานในบ้าน แต่มักไม่ได้รับการให้คุณค่า เนื่องจากถูกกำหนดจากเพศภาวะว่าเป็นหน้าที่ซึ่งพึงกระทำ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมินตรา สาระรักษ์ และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดากุลประทีปปัญญา และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 58

ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60–69 ปี มีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70–79 ปี และที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ทั้งนี้อธิบายได้ว่า วัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60–69 ปี) เป็นช่วงวัยที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ดังการศึกษาของอิทธิพล ดวงจินดา, ปริญา ศรีธราพิพัฒน์, จันทร์จิรา อินจัน, และปรารวีร์ มั่นพัก (2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้นมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไม่มาก สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุในวัยนี้จะเริ่มหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อช่วยในการเผชิญต่อสถานการณ์ในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การศึกษาธรรมะ การสวดมนต์ไหว้พระ การนั่งสมาธิ หรือการไปวัดทำบุญ โดยเชื่อว่าจะทำให้จิตใจสงบ มั่นคง เข้มแข็ง และไม่เครียด มีการฝึกตนให้รู้จักรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น หรือหาวิธีผ่อนคลายจิตใจอื่น ๆ เช่น การปลูกต้นไม้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีและมีความสุข (ปาริชาติ แวนไวยาศาสตร์, เมทลี ระดาบุตร, และมาสริน สกุลปักษ์, 2566) ในทางตรงกันข้าม วัยสูงอายุตอนกลาง (อายุ 70–79 ปี) เป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายมากขึ้น มีปัญหาสุขภาพมากขึ้น เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย เริ่มทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้น้อยลง รวมถึงการออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับสุขภาพจิตที่ต่ำกว่า เช่นเดียวกับวัยสูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ที่มีโรคหรือการเจ็บป่วยมากขึ้น ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รวมถึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านจิตใจมากขึ้นด้วย จึงเป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำที่สุด ดังการศึกษาของมุตสุรา ยะโกะ และคณะ (2563) ที่พบว่า ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจะแตกต่างกันตามช่วงอายุ โดยช่วงอายุ 60–69 ปี มีสัดส่วนของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 60 สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญารัตน์ จินเส็ง (2562)

ที่พบว่า ผู้ที่มีอายุ 60–64 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60–69 ปี มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึงร้อยละ 51

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียน และที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาสามารถอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือแนวทางการป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Reddy et al. (2013) ที่พบว่า ระดับการศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิต

ผลการวิจัยพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย/เลี้ยงสัตว์ มีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพอื่น ๆ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ในการประกอบอาชีพค้าขาย/เลี้ยงสัตว์นั้น ผู้สูงอายุสามารถทำได้เองภายในบ้านหรือใกล้เคียงบริเวณบ้าน ซึ่งบ้านเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุมีความคุ้นเคย และรู้สึกผ่อนคลาย ไม่ต้องออกไปตรากตรำหรือตากแดดตากฝนเหมือนอาชีพอื่น ๆ เช่น เกษตรกรรม รับจ้าง สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา จันทร์สุวรรณ และคณะ (2563) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของธัญญารัตน์ จินเส็ง (2562) ที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอาชีพมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีอาชีพ

ผลการวิจัยพบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้

อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65.86) โดยโรคที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ หากไม่ได้อยู่ในช่วงการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จะไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมากนัก แต่อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจ ขอมรับ และปรับตัวในการอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังได้มากขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นมากที่สุด จึงมีความเสื่อมถอยของร่างกายไม่มากนัก สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี แม้ว่าจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีปัญหาสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย แต่ยังสามารถควบคุมโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ ไม่มีอาการกำเริบ รวมถึงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพาริณี สุกใส และคณะ (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทางกายดีมีโอกาสไม่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็น 8.30 เท่า ของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทางกายไม่ดี

ผลการวิจัยพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เช่น ร่วมงานแต่ง งานทำบุญบ้าน ร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรม หรือประเพณีของชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบปะเพื่อนในวัยเดียวกัน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และช่วยให้รู้สึกว่าคุณค่ายังมีคุณค่า ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปณิตทัต ดันธนปัญญากร และคณะ (2562) ที่พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชนที่ตนเองอาศัย มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของนามชัย กิตตินาคับัญชา (2561) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมให้ยาวนานจึงส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่บุคคลในครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุในเรื่องต่างๆ เช่น พาไปพบแพทย์ตามนัด ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าตนเองได้รับความรักและยังมีคุณค่า ดังการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนผู้สูงอายุจากบุคคลในครอบครัว 9 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้เงิน ด้านการให้สิ่งของหรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่เงิน ด้านการดูแลยามเจ็บป่วย ด้านการทำงานบ้าน ด้านการเลี้ยงหลาน ด้านการให้การศึกษาด้านการติดต่อเยี่ยมบ้าน ด้านการสนใจเอาใจใส่ และด้านการอบรมสั่งสอน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ธัญญารัตน์ จินเฮ็ง, 2562) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของปณิตทัต ดันธนปัญญากร และคณะ (2562) ที่พบว่า การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Devita et al. (2024) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวที่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่ายังไม่มีการสรุปที่ชัดเจนในเรื่องตัวแปรสถานภาพสมรส แม้ว่าการศึกษาของพาริณี สุกใส และคณะ (2561) จะพบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่มือโอกาสไม่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็น 2.40 เท่าของผู้สูงอายุโสด/หม้าย/หย่า/แยก ส่วนการศึกษาของ Reddy et al. (2013) พบว่า ผู้ที่หย่าร้างมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิต และการศึกษาของนามชัย กิตตินาคับัญชา (2561) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสดมีโอกาสมีสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ ในขณะที่การศึกษาของปณิตทัต ดันธนปัญญากร และคณะ (2562) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มือมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มี

สถานภาพสมรสอื่น ๆ

ผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ที่มีรายได้เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ และที่มีรายได้เพียงพอ เหลือเก็บ ก็มีภาวะสุขภาพจิตในระดับใกล้เคียงกัน ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอหรือไม่เงินเก็บ อาจทำให้รู้สึกว่ามีชีวิตไม่มีความมั่นคงในชีวิต มีความวิตกกังวลหากต้องใช้จ่ายในยามจำเป็น ต้องพึ่งพาและเป็นภาระของผู้อื่นในทางตรงกันข้าม การที่ผู้สูงอายุมีรายได้เป็นของตนเอง และมีเงินเก็บ ทำให้รู้สึกว่ามีความมั่นคงในชีวิต ไม่เกิดความขัดสนในการใช้จ่ายยามจำเป็น ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นด้านการเงิน และไม่เป็นภาระของใคร ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Mazloomzadeh et al. (2021) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และหากผู้สูงอายุมีรายได้ลดลงหรือรายได้ไม่เพียงพออาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ (ปณิตทัต ต้นธนปัญญากร และคณะ, 2562)

#### ข้อเสนอแนะ

##### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรมีการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยเน้นให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการสนับสนุนจากครอบครัว รวมถึงควรป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน โดยบูรณาการกับงานประจำ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมทางศาสนา และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

##### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป และผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

#### เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์.
- กรมสุขภาพจิต. (2566). *แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15)*. สืบค้นจาก [https://www.sorpsor.com/happy2017/t\\_gmha\\_15\\_index.php](https://www.sorpsor.com/happy2017/t_gmha_15_index.php)
- กรมสุขภาพจิต. (2567). *ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย*. สืบค้นจาก <http://checkin.dmh.go.th/dashboards>
- กรมอนามัย. (2565). *คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย ภายใต้แนวคิด “สุขเพียงพอ ปลอดภัย ชีวียืนยาว” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิง.
- กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, วิรดา อัครเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, จามจรี แซ่หลู่, เพ็ญภา พิสัยพันธ์, และอรัญญา นามวงศ์. (2563). สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 17(2), 581-595.
- ฐานข้อมูล HDC รพ.สต. อำเภอบางน้ำเปรี้ยว. (2567ก). *จำนวนประชากร ปี 2567*. สืบค้นจาก <http://cco.hdc.moph.go.th/hdc/reports>
- ฐานข้อมูล HDC รพ.สต. อำเภอบางน้ำเปรี้ยว. (2567ข). *ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต*. สืบค้นจาก <http://cco.hdc.moph.go.th/hdc/reports>

- ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, ธัญรัตน์ ฤกษ์ชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, และภัทรวรินทร์ ภัทรีศรีธมบุรณ์. (2564). ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(2), 78–89.
- ทัศนาศา บัญทอง, ประภา ยุทธไตร, โสพรรณ โพทะยะ, ชนินทร์ จักรภพโยธิน, และขวัญธิดา พิมพ์การ. (2567). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในชุมชนเมือง เขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสภาการพยาบาล*, 39(2), 163–177.
- ธัญญารัตน์ จินเส็ง. (2562). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นามชัย กิตตินาคบัญญัติ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางกาย สภาพแวดล้อม การมีส่วนร่วมทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. *วารสารประชากรศาสตร์*, 34(1), 1–40.
- ปิ่นมัทต์ ต้นชนปัญญากร, อารีย์ สงวนชื่อ, และรัตนภรณ์ อาษา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 12(2), 68–85.
- ปาริชาติ แวนไวศาสตร์. (2563). บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยยึดหลักพุทธจริยศาสตร์. *วารสารการพยาบาล*, 22(2), 105–117.
- ปาริชาติ แวนไวศาสตร์, เมทนี ระดาบุตร, และมาสริน สกุลปักษ์. (2566). การรับรู้และประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย: การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 39(1), 170–181.
- พาริณี สุกใส, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, และพิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(5), 809–818.
- มินตรา สารรักษ์, ฐิติรัช งามนึ่ง, และนันทยา กระสายทอง. (2563). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(3), 304–310.
- มุตตรา ยะโกะ, พิศมัย หอมจำปา, นุรีย์ยะ ลำตะเถะ, อุดา แวะหะยี, และโรชวรรณา เขพโฆลาม. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดยะลา. ใน *รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาภาคใต้ ครั้งที่ 5 “วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมเพื่อสังคม”* (น. 175–190). นครศรีธรรมราช: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย.
- ยชญ์วรินทร์ จรบุรณย์, และสิริก สุธวัชณัฐชา. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น. *วารสารพยาบาล*, 69(3), 20–26.
- รัตนากาญจน์ เจริญศรีรุ่งเรือง. (2563). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านกรที่มีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- วิชุดา อุ้นแก้ว, และปียชิตา คูหิรัญญรัตน์. (2558). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขต รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาศุภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4), 577-589.
- วิลาวลัย ชาดา, นิรุวรรณ เทรินโบล, วิภา ชูปวา, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, เบญจพล แสงไสว, สุภาพร ชัยชาวดวัฒนา, และนงคัลักษณ์ ตั้งปรัชญากุล. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี*, 18(1), 84-95.
- ศุพตรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์, ดุษฎี จิ่งศิริกุลวิทย์, และ พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2560). *การส่งเสริมสุขภาพจิต: แนวคิด หลักฐาน และแนวทางปฏิบัติ*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, และพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2564). ผลกระทบของเพศภาวะต่อสุขภาพจิต และแนวคิดเพศภาวะกำหนดนโยบายสุขภาพจิต. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(3), 259-272.
- สุชาดา แซ่ลิ้ม. (2562). การศึกษาความชุกและปัจจัย ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดระนอง. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 33(1), 193-202.
- สุนิสา คำขึ้น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, และ ปรารถทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. (2563). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 150-163.
- สุพัตรา จันทรสุวรรณ, สุนทรี ชะชาติย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, และเสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์. (2563). ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุตำบลสนามชัย จ.สุพรรณบุรี. *วารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 3(2), 42-51.
- อัฐฉญา แพทย์ศาสตร์, และพัชรินทร์ รุจิรานุกูล. (2565). แนวทางการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลวังใหม่ อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 16(3), 166-173.
- อิทธิพล ดวงจินดา, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์, จันทรจิรา อินจัน, และปารวีร์ มั่นพัก. (2562). ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวันกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ไทยในบริบทพื้นที่จังหวัดชัยนาท. *วารสารวิจัย สุขภาพและการพยาบาล*, 35(3), 60-73.
- Department of Economic and Social Affairs, United Nations. (2022). *World population prospects 2022: Summary of results*. New York: Author.
- Devita, Y., Nita, Y., Dwiguna, S., Puswati, D., Saputra, R., & Alfianur. (2024). Analysis of factors related to the mental status of elderly. *Jurnal Keperawatan Priority*, 7(1), 23-34. doi:10.34012/jukep.v7i1.4550
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610. doi:10.1177/001316447003000308

- Mahmoodi, Z., Yazdkhasti, M., Rostami, M., & Ghavidel, N. (2022). Factors affecting mental health and happiness in the elderly: A structural equation model by gender differences. *Brain and Behavior, 12*(5), e2549. doi:10.1002/brb3.2549
- Mazloomzadeh, S., Biglari, S., & Eskandari, F. (2021). Mental health, quality of life and their related factors among elderly people in Zanjan health centers, 2017. *Journal of Advances in Medical & Biomedical Research, 29*(135), 230–237. doi:10.30699/jambs.29.135.230
- Reddy, V. B., Gupta, A., Lohiya, A., & Kharya, P. (2013). Mental health issues and challenges in India: A review. *International Journal of Scientific and Research Publications, 3*(2), 1–3. Retrieved from <https://www.ijsrp.org/research-paper-0213/ijsrp-p14129.pdf>
- World Health Organization. (2023). *Mental health of older adults*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
-

## สาเหตุและมุมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น: การทบทวนวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบในบริบทประเทศไทย Causes and Perspectives on Repeat Pregnancy in Adolescent Pregnant Women: A Qualitative Systematic Review within the Context of Thailand

อารีรัตน์ วิเชียรประภา, พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด)<sup>1</sup>  
Areerat Wichainprapha, M.N.S. (Maternal and Newborn Nursing)<sup>1</sup>  
ชนิษฐา เมฆกมล, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว)<sup>2</sup>  
Kanitta Mekkamol, M.N.S. (Family Nursing)<sup>2</sup>

Received: November 18, 2024    Revised: December 21, 2024    Accepted: December 25, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาสาเหตุและมุมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น โดยสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล CINAHL, EBSCOhost, PubMed, ScienceDirect ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของ University of Hull ฐานข้อมูล ThaiLIS ฐานข้อมูลของศูนย์ข้อมูลการวิจัย Digital วช. และฐานข้อมูล ThaiJO กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุและมุมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นในบริบทประเทศไทย ที่ตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2556–2566 ทั้งในวารสารภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 8 เรื่อง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคุณภาพ และแบบบันทึกการสกัดข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบ ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า จากการสืบค้นงานวิจัยตามคำค้นที่กำหนด พบงานวิจัยจำนวน 30 เรื่อง โดยมีงานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่า สาเหตุการตั้งครรภ์ซ้ำมาจาก 1) มารดาวัยรุ่นและสามีขาดความตระหนักเกี่ยวกับโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำ 2) มารดาวัยรุ่นและ

<sup>1,2</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1,2</sup> Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: kanitta@pnc.ac.th

สามีขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแต่ละวิธี 3) การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิดไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับวัยรุ่น และการให้คำแนะนำที่ไม่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล 4) มารดาวัยรุ่นไม่ได้รับบริการคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 5) มารดาวัยรุ่นมีประสบการณ์เกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการคุมกำเนิด จึงหยุดคุมกำเนิด 6) มารดาวัยรุ่นและครอบครัวไม่รับรู้ถึงผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ 7) เป็นความต้องการของสามีและครอบครัว และ 8) ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อของมารดาวัยรุ่นและครอบครัว สำหรับมุมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น พบว่า 1) อายุยังน้อย ไม่ควรมีลูก 2) มารดาวัยรุ่นที่ไปทำงานนอกบ้านมีมุมมองว่าไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของมารดาได้อย่างเต็มที่ 3) การตั้งครรภ์เป็นเรื่องที่น่ายินดี และ 4) การตั้งครรภ์ซ้ำหรือการมีลูกเป็นเรื่องปกติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิดเป็นรายบุคคลแก่มารดาวัยรุ่นและครอบครัว และให้บริการคุมกำเนิดแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงมีการติดตามเยี่ยมบ้านจากภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อร่วมมือกันในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

**คำสำคัญ:** การตั้งครรภ์ซ้ำ มารดาวัยรุ่น การพบทวนอย่างเป็นระบบ

### **Abstract**

This research is a systematic review aimed at investigating the causes and perspectives on repeat pregnancy in adolescent pregnant women. The data were sourced from CINAHL, EBSCOhost, PubMed, ScienceDirect, international theses from the University of Hull, ThaiLIS, the Digital Research Information Center, and ThaiJO. The samples were eight qualitative research regarding causes and perspectives on repeat pregnancy in adolescent pregnant women within the context of Thailand. These researches were published between 2013 and 2023 in Thai or English journals. The research instruments consisted of the JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research and the JBI Qualitative data extraction tool. The data collection was conducted through the systematic review methodology outlined by the Joanna Briggs Institute (JBI) from June to October 2024. Data were analyzed using frequency and content analysis.

The research results revealed that a total of thirty studies were identified based on the search criteria, of which eight met the inclusion and quality assessment criteria. The causes of repeat pregnancies consisted of 1) lack of awareness: adolescent pregnant women and their spouses lacked awareness about the likelihood of repeat pregnancies; 2) limited knowledge: inadequate understanding of various contraceptive methods in adolescent pregnant women and their spouses; 3) incomplete contraceptive counseling,

particularly on methods suitable for adolescents, and did not tailor contraceptive advice to individual needs; 4) not receiving contraceptive services before being discharged from the hospital; 5) adolescent pregnant women experienced side effects from contraceptive methods, leading them to discontinue their use; 6) adolescent pregnant women and their families were unaware of the consequences of repeat pregnancies; 7) it was influenced by the desires of the husband and family; and 8) traditions, culture, and beliefs of adolescent pregnant women and their families. In addition, the perspectives on repeat pregnancies in these adolescent pregnant women included: 1) adolescent pregnant women viewed themselves as too young; 2) adolescent pregnant women who worked outside the home perceived that they could not fulfill their maternal roles; 3) perceived repeat pregnancy as a source of joy; and 4) repeat pregnancies or having more children was considered normal.

This research suggests that healthcare personnel should provide individualized contraceptive counseling to adolescent pregnant women and their families. Additionally, contraceptive services should be offered to postpartum adolescents before their discharge from the hospital. Furthermore, home visits by community network partners should be implemented to collaborate in preventing and addressing the issue of repeat pregnancies among adolescents.

**Keywords:** Repeat pregnancy, Adolescent pregnant women, Systematic review

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (teenage or adolescent pregnancy) หมายถึง การตั้งครรภ์ในหญิงที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี (World Health Organization, 2023) ซึ่งอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี 1,000 คน มีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 24.40 และในปี พ.ศ. 2565 คิดเป็นร้อยละ 21 (ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, ธัชฉัตร พันตรา, และอารีรัตน์ จันทร์ลาภ, 2565) แม้ว่าแนวโน้มของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะลดลง แต่ยังคงมีอัตราการคลอดซ้ำในวัยรุ่นที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากสถิติพบว่า การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ในปีงบประมาณ 2566 คิดเป็นร้อยละ 14.44 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ คือ

ไม่เกินร้อยละ 13.50 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2566)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มากกว่าการตั้งครรภ์ในช่วงอายุอื่น ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ได้แก่ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์ ภาวะศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกราน ทำให้ระยะการคลอดยาวนาน มีภาวะตกเลือดหลังคลอด และอัตราการตายของมารดามีแนวโน้มสูงขึ้น (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วิวัฒน์เสรี, 2565) และหากวัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ซ้ำจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น เช่น การคลอดก่อนกำหนด ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะช็อค ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (ปาริฉัตร อารยะจารุ, ขวัญใจ เพทายประกายเพชร, และอัจฉรา อ่วมเครือ, 2562)

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นยังถือเป็นปัญหาสำคัญของครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับเข้าศึกษาต่อของมารดาวัยรุ่นที่เป็นไปได้ยากเนื่องจากต้องเลี้ยงดูบุตร และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระและหารายได้เพิ่มขึ้น เพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรภายหลังคลอด (สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3, 2565) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลกระทบต่อสังคม เนื่องจากการไม่ยอมรับของสังคมและวัฒนธรรมวัยรุ่นบางคนเลือกทางออกด้วยการตัดสินใจทำแท้ง บางคนที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อมักทอดทิ้งเด็กไว้กับปู่ย่าตายายหรือญาติภายหลังคลอด ทำให้เด็กอาจไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่และเป็นปัญหาต่อสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศเกี่ยวกับต้นทุนที่รัฐบาลต้องจัดสวัสดิการทางสังคม สวัสดิการทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้กับมารดาวัยรุ่นและเด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น (รักมณี บุตรชน, ทิพวรรณ เลียบสื่อตระกูล, และยศ ตีระพัฒนานนท์, 2561)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ได้แก่ 1) อายุ โดยมารดาตั้งครรภ์แรกที่อายุน้อยกว่า 15 ปี มักมีความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำมากขึ้น เนื่องจากวัยรุ่นยังมีความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำไม่ดีเท่าที่ควร 2) สถานภาพสมรส โดยมารดาที่มีสถานภาพสมรสอยู่กินกับสามีของตนจะมีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำได้มาก เนื่องจากไม่มีความตั้งใจที่จะป้องกันการตั้งครรภ์เท่าที่ควร และ 3) วิธีการคุมกำเนิด โดยมารดาวัยรุ่นภายหลังคลอดบุตรคนแรกยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในการคุมกำเนิด และขาดความตระหนักในการคุมกำเนิด จึงทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ (ปาริฉัตร อารยะจารุ และคณะ, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของปาริฉัตร อารยะจารุ, วิราวรรณ คล้ายหิรัญ, และจิราภรณ์ อนุชา (2562) ที่พบว่า กลุ่มมารดาที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำให้เหตุผลว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ แต่ก็ไม่ต้องการที่จะทำแท้ง และมีข้อค้นพบที่สำคัญ คือ

มารดาไม่ตั้งใจที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ และระบุว่า การมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตครอบครัว ดังนั้นจึงไม่ได้คุมกำเนิด และการศึกษาของ Conroy et al. (2016) ที่พบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำเกิดจากความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ มีความอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง และมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมตนเองได้ ส่วนกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำเกิดความไม่แน่ใจเกี่ยวกับข้อมูลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์

จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยภายในตัวมารดาวัยรุ่น และปัจจัยภายนอกตัวมารดาวัยรุ่นที่เกิดจากบุคคลใกล้ชิด นอกจากนี้ยังพบว่า มุมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นมีประเด็นที่หลากหลาย ซึ่งภายหลังคลอดบุตรคนแรก มารดาวัยรุ่นควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อขจัดสาเหตุและปรับเปลี่ยนมุมมองของมารดาวัยรุ่นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสาเหตุและมุมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ในการสรุปเป็นองค์ความรู้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยทบทวนวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ (qualitative systematic review) เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษามุมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดในการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของสถาบัน

โจแอนนาบริกส์ (The Joana Briggs Institute [JBI]) เพื่อศึกษาสาเหตุและมุมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น โดยมีการสืบค้นอย่างเป็นระบบตามหลัก PICO (PICO framework) ของงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยกำหนดกลุ่มประชากร (population) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาวัยรุ่น หลังคลอดตั้งครรภ์ซ้ำ ปรากฏการณ์ที่ศึกษา (phenomena of interest) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาสาเหตุและมุมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น และบริบท (context) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผลงาน (inclusion criteria) มีกระบวนการในการกำหนดคำสืบค้น (searching terms) และกำหนดฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น (database) เพื่อแสดงให้เห็นถึงการสืบค้นอย่างเป็นระบบ และภายหลังการสืบค้นและพบงานวิจัยที่ตรงกับข้อกำหนดของงานวิจัย จะมีการประเมินค่างาน (critical appraisal) เพื่อคัดเลือกรางานวิจัยที่ได้มาตรฐานมาใช้ในการทบทวนวรรณกรรม แล้วนำไปวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ต่อไป

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยใช้วิธีการของสถาบันโจแอนนาบริกส์

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุและมุมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ใช้เกณฑ์ตามหลัก PICO ได้แก่ 1.1 กลุ่มประชากร (population) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดตั้งครรภ์ซ้ำ 1.2 ปรากฏการณ์ที่ศึกษา (phenomena of interest) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาสาเหตุและมุมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น และ 1.3 บริบท (context) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย และ 2) ใช้เกณฑ์อื่นๆ คือ 2.1 ประเภทงานวิจัย (type

of research) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) และ 2.2 ช่วงเวลาที่ตีพิมพ์ (publication period) เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2556–2566 (ปี ค.ศ. 2013–2023) ทั้งในวารสารภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ได้งานวิจัยจำนวน 8 เรื่อง

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้ JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Aromataris, Lockwood, Porritt, Pilla, & Jordan, 2024) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่าใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ หรือใช้ไม่ได้

ชุดที่ 2 แบบบันทึกการสกัดข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้ JBI Qualitative data extraction tool ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Aromataris et al., 2024)

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ 061/67 วันที่ 17 มิถุนายน 2567) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยดำเนินการอ้างอิงชื่องานวิจัย โดยระบุชื่อผู้แต่งและวารสารที่ตีพิมพ์อย่างถูกต้อง ไม่มีการบิดเบือนข้อมูล และดำเนินการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยด้วยเครื่องมือการวิจัยที่มีคุณภาพและน่าเชื่อถือ ข้อมูลเอกสารงานวิจัยจะถูกเก็บในตู้ที่มีกุญแจล็อก ส่วนข้อมูลที่บันทึกในคอมพิวเตอร์ จะมีการตั้งรหัสเข้าใช้งานโดยทีมผู้วิจัย

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดคำถามการวิจัย ได้แก่ สาเหตุการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นคืออะไร และมุมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นเป็นอย่างไร

2. กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ เพื่อศึกษาเหตุและมูมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น

3. กำหนดหัวข้อในการทบทวนวรรณกรรม และสืบค้นงานวิจัยตามหลัก PICO ดังนี้

3.1 กำหนดคำสำคัญ (keywords) ในการสืบค้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.1.1 กลุ่มประชากร ได้แก่ มารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น การตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น การตั้งครรภ์ซ้ำของสตรีวัยรุ่นไทย Repeat pregnancy of teen mothers, Repeat pregnancy in adolescence, Repeat adolescent pregnancies, Rapid repeat pregnancy in adolescent, Recurrent teenage pregnancies

3.1.2 ประเภทงานวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ

3.1.3 ผลลัพธ์ ได้แก่ สาเหตุและมูมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น ปัจจัยการตั้งครรภ์ซ้ำในสตรีวัยรุ่น ประสบการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น Reasons and perception among adolescence mothers with repeated pregnancies, Experiences of repeat pregnancy in Thai adolescent mothers, Lived experiences of adolescent mothers

3.2 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล เพื่อให้ได้งานวิจัยที่ครบถ้วนและครอบคลุมมากที่สุด โดยสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ หรือใช้บริการสืบค้นออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต โดยสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล CINAHL, EBSCOhost, PubMed, ScienceDirect ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของ University of Hull ฐานข้อมูล ThaiLIS ฐานข้อมูลของศูนย์ข้อมูลการวิจัย Digital วช. (Digital Research Information Center) และฐานข้อมูล ThaiJO

4. คัดเลือกงานวิจัย ทีมผู้วิจัยคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างอิสระ นำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน และตัดสินใจคัดเลือกงานวิจัย

5. ประเมินคุณภาพงานวิจัย (critical appraisal) เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือและคุณภาพของงานวิจัย เพื่อเข้าสู่การวิเคราะห์ โดยทีมผู้วิจัยนำงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ที่กำหนดมาตรวจสอบคุณภาพโดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยแยกกันประเมินคุณภาพอย่างอิสระ และสรุปผล ซึ่งทีมผู้วิจัยอ่านงานวิจัยแล้วพบว่ามีความคิดเห็นในการประเมินค่างานวิจัยตรงกัน

6. รวบรวมข้อมูลและสกัดข้อมูล (data extraction) ทีมผู้วิจัยสกัดข้อมูลจากงานวิจัยที่มีคุณภาพ โดยใช้แบบบันทึกการสกัดข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ โดยแยกกันสกัดข้อมูลอย่างอิสระ ซึ่งทีมผู้วิจัยสกัดข้อมูลแล้วพบว่ามีความคิดเห็นตรงกัน

7. วิเคราะห์และสรุปผลองค์ความรู้ โดยนำผลการศึกษามาสรุป และสรุปผลการค้นคว้าเป็นหมวดหมู่ เปรียบเทียบผลการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อสรุปขององค์ความรู้

ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม 2567

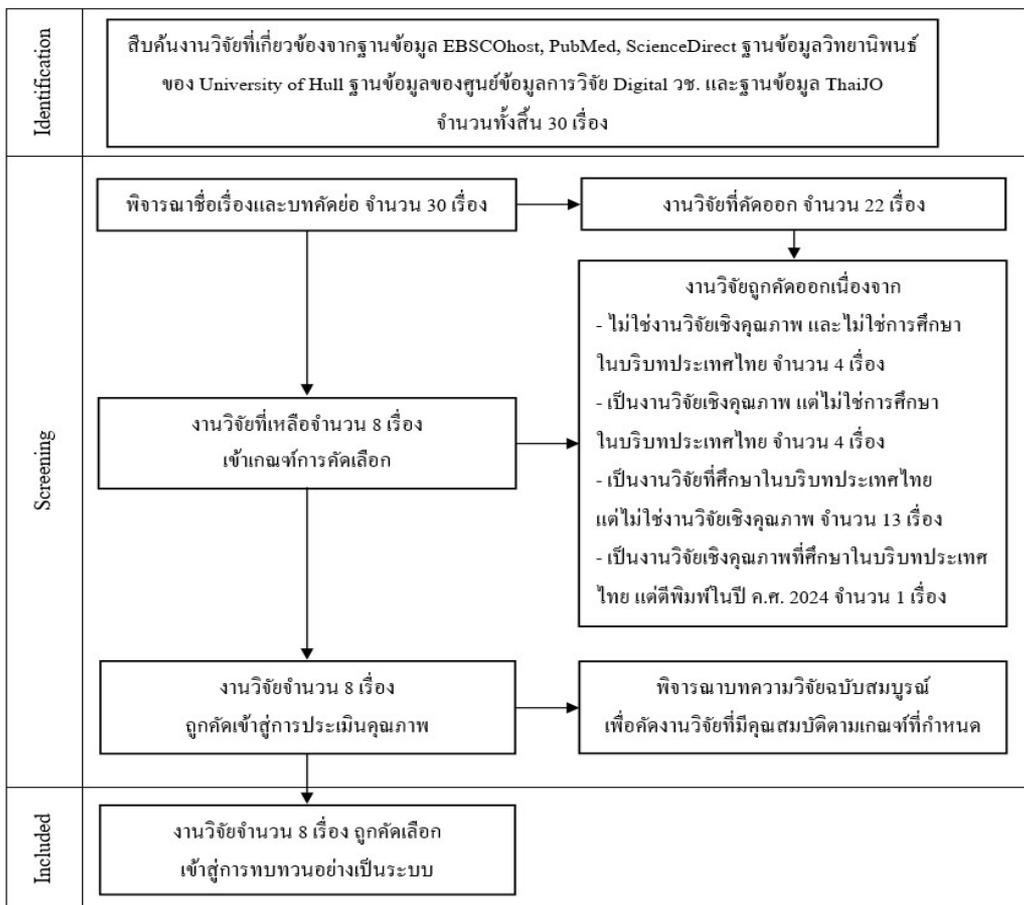
**การวิเคราะห์ข้อมูล** 1) ข้อมูลลักษณะทั่วไปของงานวิจัย วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ 2) ข้อมูลคุณภาพของงานวิจัย วิเคราะห์ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพของ JBI และวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และ 3) ข้อมูลจากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ จำนวน 8 เรื่อง วิเคราะห์และสังเคราะห์ผลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

## ผลการวิจัย

จากการสืบค้นงานวิจัยตามคำค้นที่กำหนดในฐานข้อมูลที่ศึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 30 เรื่อง จากฐานข้อมูล EBSCOhost จำนวน 1 เรื่อง จากฐานข้อมูล PubMed จำนวน 6 เรื่อง จากฐานข้อมูล ScienceDirect จำนวน 2 เรื่อง จากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของ University of Hull จำนวน 1 เรื่อง จากฐานข้อมูล

ของศูนย์ข้อมูลการวิจัย Digital วช. จำนวน 2 เรื่อง และจากฐานข้อมูล ThaiJO จำนวน 18 เรื่อง ส่วนฐานข้อมูล CINAHL และ ThaiLIS ไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เมื่อพิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดย่อ ได้คัดงานวิจัยออก จำนวน 22 เรื่อง เนื่องจาก 1) ไม่ใช่งานวิจัยเชิงคุณภาพ และไม่ใช้การศึกษาในบริบทประเทศไทย จำนวน 4 เรื่อง 2) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ แต่ไม่ใช้การศึกษาในบริบทประเทศไทย จำนวน 4 เรื่อง 3) เป็น

งานวิจัยที่ศึกษาในบริบทประเทศไทย แต่ไม่ใช่งานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 13 เรื่อง และ 4) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาในบริบทประเทศไทย แต่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2024 จำนวน 1 เรื่อง ดังนั้นจึงมีงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 8 เรื่อง โดยการคัดเลือกรงานวิจัยเข้าสู่การทบทวนอย่างเป็นระบบ ตามรูปแบบ PRISMA (preferred reporting item for systematic reviews and meta-analyses) สรุปได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 การคัดเลือกงานวิจัยเข้าสู่การทบทวนอย่างเป็นระบบ ตามรูปแบบ PRISMA

ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพ จำนวน 8 เรื่อง มีดังนี้ 1) วัตถุประสงค์การวิจัย งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง มีวัตถุประสงค์หลักในการศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิต เพศวิถี สาเหตุ ปัจจัย และการตัดสินใจในการตั้งครรรค์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น รวมถึงศึกษาความต้องการช่วยเหลือในการป้องกันการตั้งครรรค์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น 2) กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรรค์หรือมารดาหลังคลอดที่เป็นวัยรุ่นที่ตั้งครรรค์ซ้ำ อายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 7 เรื่อง และกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรรค์ซ้ำและพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการวางแผนครอบครัวแก่วัยรุ่นหญิง จำนวน 1 เรื่อง 3) งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำการศึกษาในบริบท

ประเทศไทย โดยจำแนกเป็นจังหวัดในภาคเหนือ จำนวน 2 เรื่อง ภาคกลาง จำนวน 4 เรื่อง ภาคใต้ จำนวน 1 เรื่อง และไม่ระบุพื้นที่ศึกษา จำนวน 1 เรื่อง 4) งานวิจัยเผยแพร่ในฐานข้อมูลเป็นภาษาไทย จำนวน 7 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยในฐานข้อมูล ThaiJO จำนวน 6 เรื่อง และในฐานข้อมูลของศูนย์ข้อมูลการวิจัย Digital วช. จำนวน 1 เรื่อง และเผยแพร่ในฐานข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 1 เรื่อง ในฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของ University of Hull และ 5) งานวิจัยเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 1 เรื่อง ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 2 เรื่อง ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 1 เรื่อง ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2 เรื่อง ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1 เรื่อง และในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 1 เรื่อง ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ

ผู้วิจัย ปี พ.ศ.	วัตถุประสงค์การศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง และพื้นที่ศึกษา	รูปแบบการวิจัย	ฐานข้อมูลที่ เผยแพร่งานวิจัย
ปาริฉัตร อารยะจารุ, วิราวรรณ คล้ายหิรัญ, และ จิราภรณ์ อนุชา (2562)	เพื่อศึกษาประสบการณ์ ชีวิตในการตั้งครรรค์ซ้ำ ของมารดาวัยรุ่น และ การตัดสินใจใน การตั้งครรรค์ซ้ำ ของมารดาวัยรุ่น	มารดาตั้งครรรค์ อายุ 15-19 ปี จำนวน 8 คน ไม่ระบุพื้นที่ศึกษา	การวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีปรากฏการณ์ วิทยา (phenomenology)	ฐานข้อมูล ThaiJO
ณัฐกร เฟ็งฟวง, พิชญ์ภักดิ์ กันทวิ, และจตุพงศ์ สิงหราชไชย (2564)	เพื่อศึกษาการตั้งครรรค์ และการตั้งครรรค์ซ้ำใน วัยรุ่น และปัจจัยที่มี ผลต่อการตั้งครรรค์ซ้ำ ในวัยรุ่นกลุ่มชนชาติ พันธุ์ม้ง อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย	วัยรุ่นหญิงที่กำลัง ตั้งครรรค์ซ้ำหรือเคยมี ประวัติการตั้งครรรค์ซ้ำ ในกลุ่มชนชาติพันธุ์ม้ง อายุ 10-19 ปี จำนวน 18 คน พื้นที่ศึกษา จังหวัดเชียงราย	การวิจัยเชิงคุณภาพ รูปแบบวิจัยเชิง ธรรมชาติ (naturalistic research)	ฐานข้อมูล ThaiJO

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (ต่อ)

ผู้วิจัย ปี พ.ศ.	วัตถุประสงค์การศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง และพื้นที่ศึกษา	รูปแบบการวิจัย	ฐานข้อมูลที่ เผยแพร่งานวิจัย
เกตย์ลรี ศรีวิไล (2559)	เพื่อศึกษาสาเหตุของ การตั้งครรภ์ซ้ำใน มารดาวัยรุ่น และ ความต้องการ การช่วยเหลือใน การป้องกันการ ตั้งครรภ์ซ้ำใน มารดาวัยรุ่น	มารดาวัยรุ่น อายุน้อยกว่า 20 ปี และคลอดมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 10 คน พื้นที่ศึกษา โรงพยาบาล ชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้	การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)	ฐานข้อมูล ThaiJO
อัญญา ปลดเปลื้อง (2564)	เพื่อศึกษาประสบการณ์ การป้องกันการ ตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น	วัยรุ่นหญิง อายุ 15-19 ปี มีประวัติเคยตั้งครรภ์หรือ กำลังตั้งครรภ์ จำนวน 15 คน และพยาบาลวิชาชีพ ที่ให้บริกรวางแผน ครอบครัวแก่วัยรุ่นหญิง จำนวน 5 คน พื้นที่ศึกษา จังหวัดกาญจนบุรี	การวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงปรากฏการณ์ วิทยาการตีความ (hermeneutic phenomenology)	ฐานข้อมูล ThaiJO
ฤดี ปุงบางกะดี และเอมพร รตินทร (2557)	เพื่อศึกษาปัจจัยที่ เกี่ยวข้อง และ ผลกระทบของ การตั้งครรภ์ซ้ำของ สตรีวัยรุ่นในเขตเมือง	สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ และมีบุตรคนก่อนอายุ น้อยกว่า 24 เดือน จำนวน 30 คน พื้นที่ศึกษา กรุงเทพมหานคร	การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)	ฐานข้อมูล ThaiJO
สมศรี คะสัน และ ปฐนัท นาคสิงห์ (2566)	เพื่อศึกษาพฤติกรรมของ แม่วัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ ผ่านกระบวนการ จัดเกล้าทางสังคม และผลกระทบของ การตั้งครรภ์ซ้ำ	แม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ จำนวน 12 คน พื้นที่ศึกษา จังหวัดอุตรดิตถ์	การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)	ฐานข้อมูล ThaiJO
อรอุมา ทางดี (2559)	เพื่อศึกษาประสบการณ์ การตั้งครรภ์ซ้ำ และ หาแนวทางป้องกัน การตั้งครรภ์ซ้ำของ วัยรุ่น จังหวัดนนทบุรี	หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ ตั้งครรภ์ซ้ำ อายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 10 คน พื้นที่ศึกษา จังหวัดนนทบุรี	การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)	ฐานข้อมูลของ ศูนย์ข้อมูล การวิจัย Digital วช.

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (ต่อ)

ผู้วิจัย ปี พ.ศ.	วัตถุประสงค์การศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง และพื้นที่ศึกษา	รูปแบบการวิจัย	ฐานข้อมูลที่ เผยแพร่งานวิจัย
Parichat Arayajaru (2022)	to explore the experiences of adolescent mothers who have at least one living child and are at least 6 months pregnant on a subsequent occasion as adolescents (a repeat pregnancy).	a sample of 15 adolescent mothers experiencing a repeat pregnancy at the time of interview. Setting: Kanchanaburi province	a qualitative research	ฐานข้อมูล วิทยานิพนธ์ของ University of Hull

ส่วนที่ 2 คุณภาพของงานวิจัย จากการประเมินคุณภาพงานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง มีคุณภาพตามเกณฑ์การประเมิน

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ มีดังนี้

3.1 สาเหตุการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น มีดังนี้ 1) มารดาวัยรุ่นและสามีขาดความตระหนักเกี่ยวกับโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำ ทำให้ไม่คุมกำเนิดหรือคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ และสามีมองว่าหน้าที่ในการคุมกำเนิดเป็นของผู้หญิง ทำให้สามีไม่คุมกำเนิดหรือคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ 2) มารดาวัยรุ่นและสามีขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแต่ละวิธี จึงทำให้คุมกำเนิดไม่มีประสิทธิภาพ 3) การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิดจากบุคลากรสุขภาพ มารดาวัยรุ่นได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ไม่ครอบคลุมทุกวิธี โดยเฉพาะวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับวัยรุ่น และการให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดที่ไม่เฉพาะเจาะจง ส่วนใหญ่ให้คำแนะนำเป็นภาพรวมในเรื่องการดูแลตนเองและลูกหลังคลอด และให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่ม ทำให้มารดาไม่มีโอกาสในการซักถาม

ข้อสงสัยหรือสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล จึงทำให้มีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติในการคุมกำเนิดแต่ละวิธี จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ 4) มารดาวัยรุ่นไม่ได้รับบริการคุมกำเนิดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งบางสถานบริการจะให้บริการคุมกำเนิดแก่มารดาเมื่อมาตรวจตามแพทย์นัดภายหลังคลอด 6 สัปดาห์ ซึ่งมารดาวัยรุ่นบางคนไม่มาตรวจตามนัด จึงทำให้ไม่ได้คุมกำเนิด 5) มารดาวัยรุ่นบางคนมีประสบการณ์เกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการคุมกำเนิด เช่น เคยใช้ยาฉีดคุมกำเนิดแล้วมีเลือดออกกะปริดกะปรอย จึงหยุดคุมกำเนิด 6) มารดาวัยรุ่นและครอบครัวไม่รับรู้ถึงผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ 7) เป็นความต้องการของสามีและครอบครัว เนื่องจากสามีเคยมีครอบครัวมาก่อนแต่ไม่มีลูก จึงต้องการมีลูก และบางคนที่มีสามีอายุมาก จึงต้องการมีลูกไว้ดูแลตนเอง ซึ่งครอบครัวของสามีช่วยดูแลเลี้ยงดูลูก มารดาวัยรุ่นจึงตัดสินใจตั้งครรภ์ซ้ำ และ 8) ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อของมารดาวัยรุ่นและครอบครัวที่ต้องการให้มารดาวัยรุ่นมีลูกไว้สืบสกุลหลาย ๆ คน

3.2 มุมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น

โดยมารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่เมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ จะมีความรู้สึกตกใจ วิตกกังวล กลัวพ่อแม่ผิดหวัง เสียใจ เคยทำแท้งแต่ไม่สำเร็จ และกลัวว่าจะเป็นบาป จึงยอมรับ การตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ต่อ เนื่องจากได้รับการดูแล และได้รับกำลังใจจากครอบครัว ซึ่งมารดาวัยรุ่นมี มุมมองว่า 1) อายุยังน้อย ไม่ควรมีลูก เนื่องจากต้อง แยกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และต้องการหางานทำ เพื่อให้มีเงินเลี้ยงลูก บางคนต้องการกลับไปศึกษาต่อ เพื่อให้มีวุฒิการศึกษาสูงขึ้น จะทำให้สามารถทำงาน ที่มีค่าตอบแทนสูง เพื่อให้มีรายได้เพิ่มขึ้น ซึ่งการกลับไปศึกษาต่อของมารดาวัยรุ่น ส่วนใหญ่ต้องการศึกษา ด้านวิชาชีพที่สามารถประกอบอาชีพได้ หรือศึกษาต่อ ในระบบการศึกษานอกโรงเรียนเพื่อที่จะสามารถเรียน และทำงานได้พร้อมกัน แต่มารดาวัยรุ่นบางคนไม่ต้องการ ศึกษาต่อเนื่องจากต้องการทำงานเพื่อให้มีเงินเลี้ยงลูก 2) มารดาวัยรุ่นที่ไปทำงานนอกบ้านมีมุมมองว่า ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของมารดาได้อย่าง เต็มที่ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีมุมมองว่า 3) การตั้งครรภ์เป็นเรื่องที่น่ายินดี เนื่องจากสามีและ ครอบครัวต้องการ และคิดว่าตนเองมีความพร้อมใน การที่จะมีลูกและเลี้ยงดูลูก เนื่องจากเว้นระยะการมีลูก เป็นระยะเวลา 2 ปีแล้ว ซึ่งมารดาวัยรุ่นกลุ่มนี้มีมุมมอง ว่าการมีลูกทำให้ตนเองมีความรับผิดชอบและมีความ เป็นผู้ใหญ่มากขึ้น เนื่องจากต้องดูแลลูกและจะไม่ได้ มีชีวิตวัยรุ่นเหมือนเดิม และ 4) มารดาวัยรุ่นมีมุมมอง ว่าการตั้งครรภ์ซ้ำหรือการมีลูกเป็นเรื่องปกติ เนื่องจาก บุคคลใกล้ชิดของมารดาวัยรุ่น เช่น ญาติสนิท หรือ เพื่อนวัยเดียวกัน ก็มีครอบครัวและมีลูกเหมือนกัน นอกจากนี้ มารดาวัยรุ่นมีมุมมองเกี่ยวกับการดูแลเพื่อ ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยต้องการให้บุคลากรสุขภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดด้วยวิธีการฝังยาคุม กำเนิดแก่ตนเองและครอบครัว เนื่องจากครอบครัว มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และ มารดาวัยรุ่นมีความมั่นใจในการเลือกการคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำด้วยวิธีการฝังยาคุมกำเนิด

## การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยเป็น งานวิจัยเชิงคุณภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ งานวิจัย จำนวน 8 เรื่อง ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ ชีวิต เพศวิถี สาเหตุ ปัจจัย และการตัดสินใจในการ ตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น รวมถึงศึกษาความต้องการ การช่วยเหลือในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ในบริบทประเทศไทย ซึ่งอยู่ใน 3 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ในฐานข้อมูลเป็นภาษาไทย จำนวน 7 เรื่อง และใน ฐานข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 1 เรื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2566 ซึ่งถือว่ามีความเป็นปัจจุบัน

ส่วนคุณภาพของงานวิจัยพบว่า งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง ที่นำมาทบทวนวรรณกรรม ผ่านเกณฑ์การประเมิน คุณภาพ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคุณภาพ ของ JBI ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีคุณภาพ ดังนั้น งานวิจัย ที่นำมาทบทวนทั้ง 8 เรื่อง จึงถือว่าเป็นงานวิจัยที่มี คุณภาพ ถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ทำให้ ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ

ผลการวิจัยพบว่า สาเหตุการตั้งครรภ์ซ้ำของ มารดาวัยรุ่นมาจากการที่หญิงตั้งครรภ์และสามีขาด ความตระหนักเกี่ยวกับโอกาสในการตั้งครรภ์ซ้ำ ทำให้ ไม่คุมกำเนิดหรือคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ และสามีมองว่า หน้าที่ในการคุมกำเนิดเป็นของผู้หญิง ประกอบกับ มารดาวัยรุ่นและสามีขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ คุมกำเนิดแต่ละวิธี ทำให้คุมกำเนิดไม่มีประสิทธิภาพ มารดาวัยรุ่นบางคนมีประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับ ผลข้างเคียงจากการคุมกำเนิด ทำให้หยุดคุมกำเนิด และมีมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้รับบริการคุมกำเนิดหลังคลอด ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงเป็นสาเหตุ การตั้งครรภ์ซ้ำ นอกจากนี้ ประเพณี วัฒนธรรม และ ความเชื่อของมารดาวัยรุ่นและความต้องการของ ครอบครัว ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ

สอดคล้องกับการศึกษาของมณีสรา ห่วงทอง, วรณิ เดียววิศเรศ, และวรรณทนา สุภสิมานนท์ (2562) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว คิดเป็นร้อยละ 62.70 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว ได้แก่ 1) ปัญหาจากการใช้วิธีคุมกำเนิด ซึ่งปัญหาที่พบ เช่น รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแล้วมีอาการเวียนศีรษะก็หยุดรับประทาน บางครั้งลืมรับประทานยา บางคนฉีดยาคุมกำเนิดแล้วมีเลือดออกกะปริดกะปรอย คิดว่าผิดปกติ จึงหยุดคุมกำเนิด 2) สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่/มีสามีหรือคู่รักคนเดิม มีการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วมากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่/มีสามีหรือคู่รักคนใหม่ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อยู่ร่วมกับสามี หากมีความต้องการทางเพศ และขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์ ก็จะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์ และ 3) ความต้องการมีบุตรของสามีและหญิงตั้งครรภ์ เป็นการแสดงออกถึงความผูกพันในครอบครัว ความต้องการมีบุตรจึงส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็ว

สำหรับมุมมองการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่มีมุมมองว่าตนเองอายุยังน้อย ไม่ควรมีลูก เนื่องจากต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และต้องการหางานทำเพื่อให้มีเงินเลี้ยงลูก และมารดาวัยรุ่นที่ไปทำงานนอกบ้านมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของมารดาได้อย่างเต็มที่ ซึ่งปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนการแสดงบทบาทการเป็นแม่ของวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ ได้แก่ พ่อ แม่ ตา ยาย สามี และครอบครัวของสามี (สมศรี คะสัน และ ปุรินทร์ นาคสิงห์, 2566) เนื่องจากมารดาวัยรุ่นต้องปรับตัวเพื่อรับบทบาทใหม่ในการเลี้ยงดูลูกและต้องมีความรับผิดชอบเช่นเดียวกับมารดาวัยผู้ใหญ่ และมีกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีมุมมองว่าการตั้งครรภ์เป็นเรื่องที่น่าอึดใจ เนื่องจากสามีและครอบครัวต้องการ และมารดาวัยรุ่นคิดว่าตนเองมีความพร้อมในการที่จะมีลูกและ

เลี้ยงดูลูก และทำให้มีความรับผิดชอบและมีความเป็นผู้ใหญ่มากขึ้น อธิบายได้ว่า ในบริบทประเทศไทย สามีเป็นผู้ที่มีบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว ดังนั้นความคิดเห็นของสามีจึงมีอิทธิพลต่อความคิดเห็นและการตัดสินใจของบุคคลในครอบครัว หากสามีและครอบครัวของสามีมีความต้องการให้มีลูก จึงส่งผลให้มารดาวัยรุ่นคล้อยตามความคิดเห็นของสามีและครอบครัว ประกอบกับครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนดูแลทารกภายหลังคลอด ทำให้มารดาวัยรุ่นมีมุมมองที่ดีต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของนนทพร ศรีเมฆารัตน์ (2563) ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำที่เป็นปัจจัยภายในที่สำคัญ คือ ครอบครัว โดยทัศนคติและความเชื่อของคนในครอบครัวส่วนใหญ่ เชื่อว่าการมีลูกเร็วจะทำให้ทันสมัย และเป็นทัศนคติส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มองว่าการมีลูกตั้งแต่อายุน้อยจะทำให้มีคนช่วยงานในครอบครัวมากขึ้น และเป็นค่านิยมในวัยรุ่นบางกลุ่มอีกด้วย นอกจากนี้ มารดาวัยรุ่นยังมีมุมมองว่าการตั้งครรภ์ซ้ำหรือการมีลูกเป็นเรื่องปกติ เนื่องจากบุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อนวัยเดียวกันก็มีครอบครัวและมีลูกเหมือนกัน สอดคล้องกับการศึกษาของธัญพัฒน์ ฤทธิผล, พรนภา หอมสินธุ์, และยวดี ลีลัคณาวิระ (2562) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น ได้แก่ เจตคติต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ และเพื่อนรุ่นเดียวกันตั้งครรภ์ซ้ำ โดยกลุ่มที่มีเจตคติเห็นด้วยกับการตั้งครรภ์ซ้ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ 3.30 เท่า ของกลุ่มที่มีเจตคติไม่เห็นด้วยกับการตั้งครรภ์ซ้ำ และกลุ่มที่มีเพื่อนรุ่นเดียวกันตั้งครรภ์ซ้ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ 2.50 เท่า ของกลุ่มที่ไม่มีเพื่อนรุ่นเดียวกันตั้งครรภ์ซ้ำ แสดงให้เห็นว่า บุคคลใกล้ชิดโดยเฉพาะเพื่อน เป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความคิดและความเชื่อ รวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ของมารดาวัยรุ่น จึงส่งผลให้มารดาวัยรุ่นที่มีเพื่อนตั้งครรภ์ซ้ำมีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำเหมือนกับเพื่อนของตนเอง นอกจากนี้ มารดาวัยรุ่นยังมีมุมมองเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

โดยต้องการให้บุคลากรสุขภาพให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดด้วยวิธีการฝังยาคุมกำเนิดแก่ตนเองและครอบครัว เพื่อให้มีข้อมูลในการตัดสินใจในการคุมกำเนิดเพิ่มมากขึ้น และมารดาวัยรุ่นมีความมั่นใจในการเลือกการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำด้วยวิธีการฝังยาคุมกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาของปรียารัตน์ รัตน์วิบูลย์ และศุภาว์ เผือกเทศ (2563) ที่พบว่า วัยรุ่นหลังคลอดกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจร่วมกับการให้ความรู้ผ่านอินโฟกราฟิก ตัดสินใจเลือกคุมกำเนิดโดยวิธีฝังยาคุมกำเนิดมากที่สุด

แม้ว่าระบบการดูแลด้านสาธารณสุข เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับบริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีขอบเขตการบริการสำหรับหญิงไทยที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ทุกสิทธิการรักษา ที่อยู่ในภาวะหลังคลอดหรือหลังแท้ง หรือต้องการคุมกำเนิดเป็นบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรด้วยห่วงอนามัยหรือฝังยาคุมกำเนิดอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยหน่วยบริการไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายใดๆ จากผู้รับบริการเพิ่มเติม หากผู้รับบริการมีผลข้างเคียงจากการรับบริการดังกล่าว หรือมีความจำเป็นต้องนำห่วงอนามัยหรือยาฝังคุมกำเนิดออกก่อนระยะเวลาที่กำหนด หน่วยบริการต้องให้บริการโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) แต่ยังคงมีการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น แสดงให้เห็นว่า ระบบการดูแลด้านสาธารณสุขเพียงลำพังไม่อาจแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นได้ ต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้มีแนวทางการแก้ไขปัญหาทั้งจากวัยรุ่น ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติของการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ที่จัดให้มีการบูรณาการทั้งในสถานศึกษา โดยจัดให้มีการสอนเรื่องเพศวิถีศึกษา มีระบบการดูแลช่วยเหลือและคุ้มครองนักเรียนที่ตั้งครรภ์ ส่วนสถานบริการทำหน้าที่ให้ความรู้

เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ จัดบริการให้คำปรึกษาและบริการอนามัยเจริญพันธุ์ สำหรับสถานประกอบการให้การสนับสนุนให้ลูกจ้างเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาและบริการอนามัยเจริญพันธุ์ และหน่วยงานสวัสดิการสังคมทำหน้าที่ในการส่งเสริมสภาพเด็กและเยาวชนระดับอำเภอและจังหวัดให้มีการสร้างเครือข่ายในพื้นที่และประสานความร่วมมือในการเฝ้าระวังและประสานการช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาของทิพานันท์ แคนสีแก้ว, นุสรา ธนเหมะธุลิน, อุไรวรรณ สอนเสนา, และชวลักษณ์ คำนวน (2566) ที่พัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนากระบวนการ คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ได้แก่ ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวแทนวัยรุ่น ตัวแทนครอบครัววัยรุ่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลงานห้องคลอด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่มเป้าหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ วัยรุ่นที่มาคลอดที่โรงพยาบาล พบว่ารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ประกอบด้วย 1) การให้คุณค่าแก่ตัวเอง หมายถึง การที่วัยรุ่นรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ตระหนักรู้ในตนเอง รักตนเอง และกล้าเผชิญหน้ากับความถูกต้อง 2) ความรู้ หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของวัยรุ่นในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสาร เพื่อพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ 3) ครอบครัว หมายถึง ความรัก ความผูกพันของวัยรุ่นกับคนในครอบครัว ซึ่งเป็นตัวแปรในการลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น 4) ความตระหนัก หมายถึง หน้าที่ของวัยรุ่นที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยตระหนักรู้ถึงสิ่งที่เป็นประโยชน์และผลกระทบทั้งต่อตัวเอง ครอบครัว และสังคม 5) ทักษะการเอาตัวรอด หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวและจัดการสถานการณ์ที่อาจเป็นอันตราย รวมถึงมีทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ส่วนผลลัพธ์ของ

รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และความพึงพอใจที่มารับบริการ สูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบ แสดงให้เห็นว่า ความตระหนักรู้ในตนเองของวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในชุมชนทุกภาคส่วนมีส่วนสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรสุขภาพควรให้คำแนะนำแก่ มารดาวัยรุ่นเป็นรายบุคคลโดยครอบครัวมีส่วนร่วมเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ซ้ำ เพื่อให้มารดาวัยรุ่นและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

1.2 บุคลากรสุขภาพควรให้บริการคุมกำเนิดแก่ มารดาวัยรุ่นหลังคลอดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ในป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำและการตัดสินใจคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นและครอบครัว ตั้งแต่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายหลังคลอดบุตรคนแรก

2.2 ควรมีการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลและการติดตามเยี่ยมบ้านมารดาวัยรุ่นและครอบครัว โดยภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อดูแลช่วยเหลือมารดาวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

### เอกสารอ้างอิง

เกตุยลศิริ ศรีวิไล. (2559). การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของภาคใต้. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 142–152.

ณัฐกร เฟื่องพ่วง, พิษณุรักษ์ กันทวิ, และจตุพงศ์ สิงห์ไพร. (2564). การตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นในกลุ่มชนชาติพันธุ์ม้ง อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*, 13(3), 162–186.

ทิพานันท์ แดนสีแก้ว, นุสรรา ชนเหมาะสม, อุไรวรรณ สอนเสนา, และยุวลักษณ์ คำนวม. (2566). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหลังคลอดของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(3), 135–146.

ธัญพัฒน์ ฤทธิผล, พรนภา หอมสินธุ์, และยุวดี ลีลัคณาวิระ. (2562). ทุนชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 14(2), 78–89.

นันทพร ศรีเมฆารัตน์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 5(3), 46–50.

ปรียารัตน์ รัตนวิบูลย์, และศุภาวี เผือกเทศ. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจร่วมกับการให้ความรู้ผ่านสื่ออินโฟกราฟิกต่อการตัดสินใจคุมกำเนิดโดยการฝังยาคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลสภาภาษาชาติไทย*, 13(2), 241–256.

ปาริฉัตร อารยะจารุ, ชวัญใจ เพทายประกายเพชร, และ อัจฉรา อ่วมเครือ. (2562). การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น: ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพของมารดาและทารก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(3), 86–92.

ปาริฉัตร อารยะจารุ, วิราวรรณ กล้ายหิรัญ, และจิราภรณ์ อนุชา. (2562). ประสบการณ์ชีวิตของมารดาวัยรุ่น: ความตั้งใจ/ไม่ตั้งใจ ในการตั้งครรภ์ซ้ำ. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 177–185.

- ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. (บ.ก.). (2565). *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, รัชฉัตร พันตรา, และอารีรัตน์ จันทร์ลาภุ. (บ.ก.). (2565). *สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565*. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.
- มณิสรา ห่วงทอง, วรณิ เตียวอิสเรศ, และวรรณทนา สุกสีมานนท์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างรวดเร็วของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(1), 161-172.
- รักมณี บุตรชน, ทิพวรรณ เลียบสี่อระกุล, และยศ ตีระวัฒนานนท์. (2561). การตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทย: ความสัมพันธ์ระหว่างหลักฐานและนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(6), 1011-1022.
- ฤดี ปุงบางกะดี, และเอมพร รตินทร. (2557). ปัจจัยและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำของสตรีวัยรุ่นไทย: กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(2), 23-31.
- สมศรี คะสัน, และปริญทร์ นาคสิงห์. (2566). เพศวิถีและบทบาทการเป็นแม่ของแม่วัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำในจังหวัดอุตรดิตถ์. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 8(5), 458-471.
- สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3. (2565). *โครงการวิจัยระบบการดูแลทางสังคมและการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3*. สืบค้นจาก <https://ebooks.m-society.go.th/researchs/detail/149>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *การสนับสนุนค่าบริการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยและป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. สืบค้นจาก [https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202011/m\\_news/31982/192762/file\\_download/e84f4cbb4860b15768c6b035386c0747.pdf](https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202011/m_news/31982/192762/file_download/e84f4cbb4860b15768c6b035386c0747.pdf)
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2566). *รายงานประจำปี 2566 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์*. สืบค้นจาก <https://rh.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/download/?did=215925&id=115401&reload=>
- อรอุมา ทางดี. (2559). *การป้องกันและประสบการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น จังหวัดนนทบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อัญญา ปลดเปลื้อง. (2564). *ประสบการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น*. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 8(1), 33-50.
- อภาพร เผ่าวัฒนา. (2566). *การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: การสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์*. นครปฐม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Arayajaru, P. (2022). *Experiences of repeat pregnancy in Thai adolescent mothers* (Doctoral dissertation). University of Hull.
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBI Manual for evidence synthesis - 2024 Edition*. Retrieved from <https://synthesismanual.jbi.global>

Conroy, K. N., Engelhart, T. G., Martins, Y.,  
Huntington, N. L., Snyder, A. F., Coletti,  
K. D., & Cox, J. E. (2016). The enigma  
of rapid repeat pregnancy: A qualitative  
study of teen mothers. *Journal of Pediatric  
and Adolescent Gynecology*, 29(3), 312–  
317. doi:10.1016/j.jpag.2015.12.003

World Health Organization. (2023). *Adolescent  
pregnancy*. Retrieved from [https://www.  
who.int/news-room/fact-sheets/detail/  
adolescent-pregnancy](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy)

---

# ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์\*

## Factors Affecting Service Receiving among Hypertensive Patients in Phichai District, Uttaradit Province\*

รตามณี น้อยมา, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)<sup>1</sup>

Radamanee Noima, M.P.H. (Public Health)<sup>1</sup>

รุ่ง วงศ์วัฒน์, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)<sup>2</sup>

Rung Wongwat, Dr.P.H. (Public Health)<sup>2</sup>

Received: October 12, 2024    Revised: December 5, 2024    Accepted: December 10, 2024

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาการรับบริการ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 388 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยนำเข้า แบบสอบถามปัจจัยจำเอน มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .76–.88 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุน มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .71–.90 และแบบสอบถามการรับบริการ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

<sup>1</sup> Master's Thesis of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

<sup>1</sup> มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

<sup>1</sup> Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

<sup>2</sup> Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

<sup>2</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: rwongwat@yahoo.com

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับบริการครบตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 78.87 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (AOR = 3.80, 95% CI = 1.56–9.27,  $p < .01$ ) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (AOR = 1.12, 95% CI = 1.51–2.42,  $p < .05$ ) ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (AOR = .28, 95% CI = 1.13–2.62,  $p < .01$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง (AOR = 1.87, 95% CI = 1.83–4.23,  $p < .05$ ) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ (AOR = 2.19, 95% CI = 1.95–5.07,  $p < .01$ ) การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง (AOR = 3.11, 95% CI = 1.47–6.59,  $p < .01$ ) การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (AOR = 3.89, 95% CI = 1.34–11.27,  $p < .05$ ) ความสามารถในการเข้าถึงบริการ (AOR = 7.55, 95% CI = 1.46–38.98,  $p < .05$ ) แรงสนับสนุนทางสังคม (AOR = 3.10, 95% CI = 1.17–8.20,  $p < .05$ ) ความมั่นใจในบริการ (AOR = 3.24, 95% CI = 2.73–14.41,  $p < .01$ ) และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ (AOR = 3.89, 95% CI = 3.88–17.13,  $p < .05$ )

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคให้คำแนะนำที่เข้าใจง่าย และเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการ ความมั่นใจในบริการ และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับบริการครบตามเกณฑ์  
คำสำคัญ: การรับบริการ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

### Abstract

This cross-sectional analytic research aimed to investigate service receiving and factors affecting service receiving among hypertensive patients. The samples were 388 hypertensive patients in Phichai District, Uttaradit Province. The research instruments included a predisposing factor questionnaire, a need factor questionnaire with reliabilities in the range of .76–.88, an enabling factor questionnaire with reliabilities in the range of .71–.90, and a service receiving questionnaire. Data were collected from June to August 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and binary logistic regression analysis.

The research results revealed that 78.87% of hypertensive patients had met the index of services. The factors that statistically significantly affected service receiving among hypertensive patients were composed of age (AOR = 3.80, 95% CI = 1.56–9.27,  $p < .01$ ), sick period (AOR = 1.12, 95% CI = 1.51–2.42,  $p < .05$ ), having complications (AOR = .28, 95% CI = 1.13–2.62,  $p < .01$ ), perceived violence (AOR = 1.87, 95% CI = 1.83–4.23,  $p < .05$ ), types of health service offices (AOR = 2.19, 95% CI = 1.95–5.07,  $p < .01$ ), receiving information by oneself (AOR = 3.11, 95% CI = 1.47–6.59,  $p < .01$ ), receiving advice from health officials

(AOR = 3.89, 95% CI = 1.34–11.27,  $p < .05$ ), ability to access the service (AOR = 7.55, 95% CI = 1.46–38.98,  $p < .05$ ), receiving social support (AOR = 3.10, 95% CI = 1.17–8.20,  $p < .05$ ), service confidence (AOR = 3.24, 95% CI = 2.73–14.41,  $p < .01$ ), and equality in access to services (AOR = 3.89, 95% CI = 3.88–17.13,  $p < .05$ ).

This research suggests that healthcare workers should promote perceived violence, provide clear advice, and enhance the ability to access the service, service confidence, and equality in access to services among hypertensive patients. This will help the patients meet the index of services.

**Keywords:** Service receiving, Hypertensive patients

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกสูงถึง 7.50 ล้านคน หรือร้อยละ 12.80 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน และมีแนวโน้มการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, 2013) ส่วนประเทศไทยพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2559–2561 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,306,070 คน 1,366,495 คน และ 1,478,433 คน ตามลำดับ โดยมีอัตราการตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 12.05, 13.07 และ 13.13 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 2 (ประกอบด้วยจังหวัดพิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย และอุตรดิตถ์) ในช่วงปี พ.ศ. 2561–2563 พบว่า จังหวัดอุตรดิตถ์มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 1,292.35, 1,296.35 และ 1,186.49 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และพบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2562 และ 2563 ร้อยละ 23.91 และ 24.44 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของประเทศไทย ที่ร้อยละ 24.70

ส่วนสถานการณ์ของอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี พ.ศ. 2562 และ 2563 พบว่ามีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 27.52 และ 28.22 ตามลำดับ โดยพบว่า อัตราความชุกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และมีค่าสูงกว่าของจังหวัดอุตรดิตถ์และของประเทศไทย (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์, 2563)

การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจทั้งในแง่ภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลและผลิตภาพของประชากรที่สูญเสียไป โดยมีการประมาณการว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2554–2573 ต้นทุนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อสังคมโลกจะมีมูลค่าประมาณ 1,401 ล้านล้านบาท ซึ่ง 1 ใน 4 ของประชากรโลกจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการเสียชีวิตก่อนวัย 60 ปี นอกจากนี้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังก่อให้เกิดการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงานจากการขาดงานของผู้ป่วย และการเพิ่มต้นทุนจากการสูญเสียประสิทธิภาพในการทำงาน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2563) โดยโรคความดันโลหิตสูงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกายโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการติดตามการรักษา ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นเวลานาน จนอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจวาย โรคไตเรื้อรัง ประสาทตาเสื่อม ตาบอด

พิการหรืออาจเสียชีวิตได้ (อาณัติ วรรณะ, นิภา กิมสูงเนิน, และรัชนี้ นามจันทร์, 2563) หากมีการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

จากรายงานข้อมูลของจังหวัดอุดรดิตถ์พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับบริการติดตามการรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงครบตามเกณฑ์ (2 ครั้งขึ้นไป) ก่อนข้างต่ำ โดยในปี พ.ศ. 2562 พบการรับบริการจำนวน 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 1 ครั้ง และไม่รับบริการ มีอัตราเท่ากับร้อยละ 67.07, 8.97 และ 23.96 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2563 พบการรับบริการจำนวน 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 1 ครั้ง และไม่รับบริการ มีอัตราเท่ากับร้อยละ 66.70, 9.56 และ 23.74 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า การไม่รับบริการมีอัตราสูงกว่าการรับบริการจำนวน 1 ครั้ง และในปี พ.ศ. 2563 อำเภอพิชัยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด รับบริการจำนวน 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 1 ครั้ง และไม่รับบริการ มีอัตราเท่ากับร้อยละ 73.31, 5.96 และ 20.72 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรดิตถ์, 2564) โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการติดตามการรักษาอย่างไม่เป็นไปตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องได้รับการตรวจติดตามและได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม อย่างน้อย 2 ครั้งในรอบปี ซึ่งพบว่า การรับบริการไม่ครบตามเกณฑ์ที่สูงถึงร้อยละ 26 ส่วนการรับบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด คือรับบริการอย่างน้อย 2 ครั้งในรอบปี มีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ เมื่อเทียบอัตราการรับบริการจำนวน 2 ครั้งขึ้นไป พบว่า อำเภอพิชัยมีอัตราการรับบริการต่ำกว่าของจังหวัดอุดรดิตถ์ การที่ผู้ป่วยไม่รับบริการติดตามการรักษาส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 อำเภอพิชัยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่รับบริการติดตามการรักษาไม่ครบ 2 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุม

ระดับความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 16.67 และพบว่า ผู้ป่วยเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7.17 โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 18.53 (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการติดตามการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา (ทีนุชา ทันทวงศ์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, และพรทิพย์ กีระพงษ์, 2559) เพศ สถานภาพสมรส อายุ (Mwenda, Kirigia, Kamweru, & Gitonga, 2021) และอาชีพ (Choi & Kim, 2016) ปัจจัยจำเป็น ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการ (พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์ และอภิญา วงศ์พิริโยธา, 2562) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคของการรับบริการ (ทีนุชา ทันทวงศ์ และคณะ, 2559) และปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ หน่วยบริการประจำ อพยาศัยของเจ้าหน้าที่ (สุจิตรา พิทักษ์, 2558) สิทธิการรักษา (พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์ และอภิญา วงศ์พิริโยธา, 2562) ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ความมั่นใจในบริการ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ (ทีนุชา ทันทวงศ์ และคณะ, 2559) ระยะเวลาในการรอคอย (บัณฑิต สวรรยาวิสุทธิ, 2561) การได้รับการสนับสนุนจากญาติ และการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (เอกชัย ชัยยาทา, ลภัสรา หนูมคำ, และฉิมชน รักกะเปา, 2563) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตัวแปรย่อยตามสภาพบริบทของพื้นที่ ยังไม่พบการนำทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ของ Andersen (1995) มาเป็นกรอบในการค้นหาปัจจัยที่เป็นภาพกว้างที่ครอบคลุมปัจจัยนำ ปัจจัยจำเป็น และปัจจัยสนับสนุน ทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ของ Andersen (1995) กล่าวไว้ว่า การที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับปัจจัย

ที่สำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา เชื้อชาติ ทัศนคติ และความรู้อย่าง 2) ปัจจัยจำเป็น เป็นความจำเป็นที่ผู้รับบริการรับรู้ (perceived need) มุมมองและประสบการณ์ต่อภาวะสุขภาพ ความจำเป็นที่ผู้รับบริการประเมิน (evaluated need) และการตัดสินใจของผู้ให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการและความต้องการเข้าถึงบริการ และ 3) ปัจจัยสนับสนุน เป็นปัจจัยหลักที่ผลักดันให้เกิดการรับบริการสุขภาพ โดยความต้องการเกิดจากผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ส่วนทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) กล่าวว่า บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองจะเข้ารับบริการเมื่อเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ โดยองค์ประกอบที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค สำหรับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม กล่าวถึงสิ่งที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ด้านจิตใจ ส่งผลให้บุคคลได้ปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมในทางที่ต้องการและบรรลุเป้าหมาย โดยแรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทจากครอบครัว จากกลุ่มเพื่อน และจากผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งทำให้ผู้รับบริการมีกำลังใจและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรม การใช้บริการสุขภาพ ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้การศึกษามีความครบถ้วนในหลายมิติ โดยทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพช่วยอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทฤษฎีแบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพช่วยอธิบายว่าผู้รับบริการเข้าใจโรคและการรักษาอย่างไร อันมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของเครือข่ายสนับสนุนในการกระตุ้นให้ผู้รับบริการเข้ารับการรักษา ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะนำไปใช้ในการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

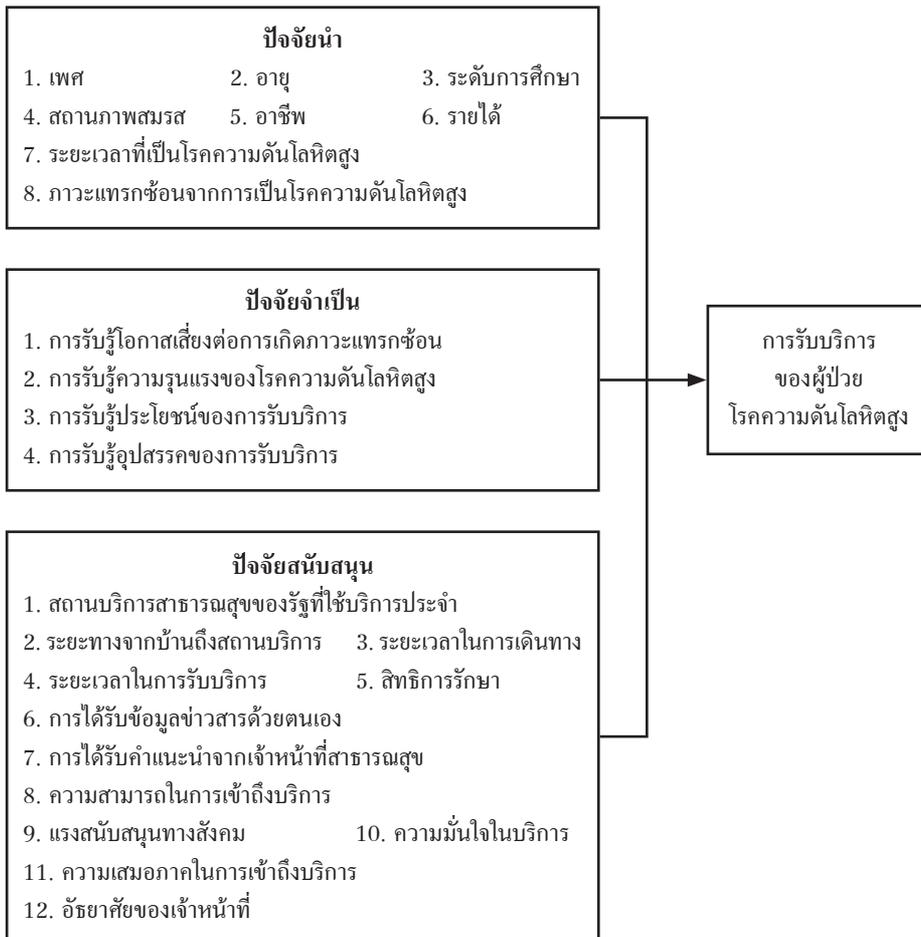
### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง) ปัจจัยจำเป็น (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการ และการรับรู้อุปสรรคของการรับบริการ) และปัจจัยสนับสนุน (สถานบริการ สาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะเวลาในการรับบริการ สิทธิการรักษา การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความสามารถในการเข้าถึงบริการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความมั่นใจในบริการ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ และอรรถยาศัยของเจ้าหน้าที่) มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ ของ Andersen (1995) ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) โดยศึกษาตัวแปรตาม คือ การใช้บริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนตัวแปรต้นประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยจำเป็น และปัจจัยสนับสนุน เนื่องจากมีการศึกษาที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามดังกล่าว ได้แก่ หน่วยบริการประจำ อัยาศัยของเจ้าหน้าที่ (สุจิตรา พิทักษ์, 2558) สิทธิ

การรักษา ระยะทาง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการ (พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์ และอภิญญา วงศ์พิริโยธา, 2562) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการรับบริการ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ความมั่นใจในการบริการ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ (ทีนุชา ทันวงศ์ และคณะ, 2559) ระยะเวลาในการรอคอย (บัณฑิต สวรรยาวิสุทธิ์, 2561) การได้รับการสนับสนุนจากญาติ และการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (เอกชัย ชัยยาทา และคณะ, 2563) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross-sectional analytic research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 12,637 คน (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข จังหวัดอุตรดิตถ์, 2564) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านทั้งในและนอกเขตรับผิดชอบ มีตัวตนอยู่จริง และมารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในอำเภอพิชัย 2) มีสติสัมปชัญญะดี 3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร (Daniel & Cross, 2018) แทนค่าความแปรปรวนเท่ากับ .26 (จากการศึกษาของทีนุษา ทันวงศ์ และคณะ [2559]) ความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าเท่ากับ 5% และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 388 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ โดยเรียงลำดับเลขการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยในแต่ละสถานบริการ (ประกอบด้วยโรงพยาบาลพิชัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 13 แห่ง) จากนั้นหาอัตราส่วนระหว่างประชากรกับขนาดตัวอย่าง ได้เท่ากับ 33 แล้วสุ่มเลขเริ่มต้น ได้เลข 4 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานบริการตามสัดส่วนของประชากร

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยนำ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยจำเป็น ผู้วิจัย

สร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับบริการ จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ (McLachlan & Whiten, 2000) คือ มีการรับรู้ปัจจัยจำเป็นในระดับต่ำ (ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้) และในระดับสูง (สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยสนับสนุน ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยสนับสนุนด้านสถานบริการและสิทธิการรักษา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะเวลาในการรับบริการ และสิทธิการรักษา จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสนับสนุนด้านอื่น ๆ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ ด้านการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 ข้อ ด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการ จำนวน 3 ข้อ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ ด้านความมั่นใจในบริการ จำนวน 6 ข้อ ด้านความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ จำนวน 3 ข้อ และด้านอริยาศัยของเจ้าหน้าที่ จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวน 27 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เคย บางครั้ง และประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผล

คะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ (McLachlan & Whiten, 2000) คือ มีการรับรู้ปัจจัยสนับสนุนในระดับต่ำ (ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้) และในระดับสูง (สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามที่ให้ผู้ป่วยระบุจำนวนครั้งที่มารับบริการ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ ส่วนการแปลผลอิงตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ หากผู้ป่วยรับบริการจำนวน 2 ครั้งขึ้นไป ให้เป็นกลุ่ม 1 (กลุ่มรับบริการครบ) และหากรับบริการจำนวน 1 ครั้งหรือไม่รับบริการ ให้เป็นกลุ่ม 0 (กลุ่มรับบริการไม่ครบ)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยจำเป็น (ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการรับบริการ) และแบบสอบถามปัจจัยสนับสนุน ส่วนที่ 2 (ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง ด้านการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการ ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านความมั่นใจในบริการ และด้านความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการจัดการโรคเรื้อรัง อาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน ได้คำตัดสินความสอดคล้อง (IOC) ของแต่ละด้านอยู่ในช่วง .67–1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอปากท่างังหวัดอุดรดิตต์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .76, .78, .86, .88, .76, .87, .71, .87, .90 และ .73 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก

โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 063/2022 และ IRB No. P2-0411/2564 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอพิชัย ติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 แห่ง และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ เพื่อให้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งฝึกการใช้แบบสอบถาม และผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการรับบริการ จากนั้น อสม. พบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 20–30 นาที เมื่อได้รับแบบสอบถามครบตามจำนวนในแต่ละพื้นที่ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการรับบริการโดยเทียบกับข้อมูลในทะเบียนการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2565

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลปัจจัยนำ ข้อมูลปัจจัยจำเป็น และข้อมูลปัจจัยสนับสนุน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับบริการ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ส่วนการหาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ

### ผลการวิจัย

1. ปัจจัยนำของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.95 มีอายุอยู่ในช่วง 50–59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.70 โดยมีอายุเฉลี่ย 57.54 ปี ( $SD = 11.33$ ) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 64.43 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.16 มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.61 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 60.56 โดยมีรายได้เฉลี่ย 6,403.09 บาทต่อเดือน ( $SD = 6,605.05$ ) มีระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.53 โดยมีระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 7.95 ปี ( $SD = 5.39$ ) และมีภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 54.90 โดยเป็นไตวายเรื้อรัง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.76

2. ปัจจัยจำเป็นของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80.93 ( $M = 20.37, SD = 2.73$ ) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 77.32 ( $M = 21.22, SD = 2.67$ ) มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.53 ( $M = 19.18, SD = 1.72$ ) และมีการรับรู้อุปสรรคของการรับบริการในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 84.02 ( $M = 15.04, SD = 3.56$ )

3. ปัจจัยสนับสนุนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยมีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 55.93 ส่วนใหญ่มีระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการอยู่ในช่วง .50–10.00 กิโลเมตร คิดเป็น

ร้อยละ 73.71 โดยมีระยะทางเฉลี่ย 7.41 กิโลเมตร ( $SD = 7.23$ ) ใช้ระยะเวลาในการเดินทางอยู่ในช่วง 0–15 นาที มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.12 โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 18.99 นาที ( $SD = 12$ ) ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการรับบริการอยู่ในช่วง 1–120 นาที คิดเป็นร้อยละ 81.19 โดยใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 86.10 นาที ( $SD = 66.10$ ) ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา คือ บัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 85.82 มีการได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 56.44 ( $M = 1.90, SD = .49$ ) มีการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 59.28 ( $M = 1.90, SD = .49$ ) ส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 60.57 ( $M = 2.82, SD = .33$ ) ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 51.03 ( $M = 2.81, SD = .33$ ) ส่วนใหญ่มีความมั่นใจในบริการในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 65.21 ( $M = 2.89, SD = .26$ ) ได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.01 ( $M = 2.91, SD = .24$ ) และรับรู้ว่าอรรถยาศัยของเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 87.89

4. การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับบริการครบตามเกณฑ์จำนวน 306 คน คิดเป็นร้อยละ 78.87

5. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5.1 ปัจจัยนำ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ โดยผู้ป่วยที่มีอายุ 18–59 ปี มีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 60–89 ปี 3.80 เท่า ( $AOR = 3.80, 95\% CI = 1.56–9.27, p < .01$ ) ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคนานกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคน้อยกว่า 5 ปี 1.12 เท่า ( $AOR = 1.12, 95\% CI = 1.51–2.42, p < .05$ ) และภาวะแทรกซ้อน

จากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีโอกาสรับบริการครบลดหรือละ 72 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน (AOR = .28, 95% CI = 1.13–2.62,  $p < .01$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

5.2 ปัจจัยจำเป็น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับต่ำ 1.87 เท่า (AOR = 1.87, 95% CI = 1.83–4.23,  $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

5.3 ปัจจัยสนับสนุน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ โดยผู้ป่วยที่ใช้บริการที่โรงพยาบาลพิชัยมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่ใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2.19 เท่า (AOR = 2.19, 95% CI = 1.95–5.07,  $p < .01$ ) การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองในระดับสูงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองในระดับต่ำ 3.11 เท่า (AOR = 3.11, 95% CI = 1.47–6.59,

$p < .01$ ) การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสูงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่ำ 3.89 เท่า (AOR = 3.89, 95% CI = 1.34–11.27,  $p < .05$ ) ความสามารถในการเข้าถึงบริการ โดยผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการในระดับสูงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการในระดับต่ำ 7.55 เท่า (AOR = 7.55, 95% CI = 1.46–38.98,  $p < .05$ ) แรงสนับสนุนทางสังคม โดยผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ 3.10 เท่า (AOR = 3.10, 95% CI = 1.17–8.20,  $p < .05$ ) ความมั่นใจในบริการ โดยผู้ป่วยที่มีความมั่นใจในบริการในระดับสูงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่มีความมั่นใจในบริการในระดับต่ำ 3.24 เท่า (AOR = 3.24, 95% CI = 2.73–14.41,  $p < .01$ ) และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ โดยผู้ป่วยที่ได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการในระดับสูงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการในระดับต่ำ 3.89 เท่า (AOR = 3.89, 95% CI = 3.88–17.13,  $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ( $n = 388$ )

ปัจจัย	การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง			
	COR (95% CI)	$p$	AOR (95% CI)	$p$
<b>ปัจจัยนำ</b>				
อายุ				
60–89 ปี	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
18–59 ปี	1.75 (1.07–2.87)	.025	3.80 (1.56–9.27)	.003
<b>ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง</b>				
น้อยกว่า 5 ปี	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	2.09 (1.10–3.72)	.029	1.12 (1.51–2.42)	.020

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 388) (ต่อ)

ปัจจัย	การรับบริการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง			
	COR (95% CI)	p	AOR (95% CI)	p
ภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
มี	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ไม่มี	1.95 (1.14–3.31)	.014	.28 (1.13–2.62)	.002
<b>ปัจจัยจำเป็น</b>				
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	1.61 (1.03–2.51)	.035	1.87 (1.83–4.23)	.032
<b>ปัจจัยสนับสนุน</b>				
สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
โรงพยาบาลพิชัย	2.18 (1.29–3.68)	.003	2.19 (1.95–5.07)	.006
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	.25 (.15–.43)	<.001	3.11 (1.47–6.59)	.003
การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	2.50 (1.29–9.57)	<.001	3.89 (1.34–11.27)	.012
ความสามารถในการเข้าถึงบริการ				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	3.09 (2.47–15.32)	<.001	7.55 (1.46–38.98)	.016
แรงสนับสนุนทางสังคม				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	3.94 (2.22–13.23)	<.001	3.10 (1.17–8.20)	.023
ความมั่นใจในบริการ				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	3.47 (2.81–17.73)	<.001	3.24 (2.73–14.41)	.009
ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	9.14 (3.59–23.26)	<.001	3.89 (3.88–17.13)	.030
อัยยาศัยของเจ้าหน้าที่				
ระดับต่ำ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับสูง	1.93 (1.07–15.35)	<.001	1.81 (.30–10.75)	.515

## การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนจากการเป็น โรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มี อายุมากมีข้อจำกัดหลายด้าน ได้แก่ ข้อจำกัดด้าน ร่างกาย อาจมีปัญหาสุขภาพ เช่น ข้อต่อเสื่อม ปวด กล้ามเนื้อ ข้อจำกัดด้านจิตใจและพฤติกรรม มักขาด แรงจูงใจหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับการพบแพทย์ และ ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม อาจวิตกกังวลเรื่อง ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการเนื่องจากมีรายได้ ก่อนข้างน้อย ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความแข็งแรง สามารถเดินทางมารับบริการที่สถานบริการที่ใช้บริการ ประจำได้ดีกว่า จึงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วย ที่มีอายุมาก สอดคล้องกับการศึกษาของทีนุชา ทันวงศ์ และคณะ (2559) ที่พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อ การรับบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต่างกัน ส่วน ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วย ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นเวลานานอาจเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคและจำเป็นต้องมาพบแพทย์ เพื่อรับการรักษา อีกทั้งผู้ป่วยมีความตระหนักถึงความ สำคัญของสุขภาพ มีความกลัวต่อผลกระทบที่ร้ายแรง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและระบบบริการ สุขภาพ จึงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่เป็น โรคในระยะเวลาที่สั้นกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Legido-Quigley et al. (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาการป่วยมากกว่า 5 ปี มีความตระหนักเรื่องการรับบริการและวิตกกังวลเกี่ยวกับ ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง จึงส่งผลให้ผู้ป่วย รับบริการมากขึ้น สำหรับภาวะแทรกซ้อนจากการเป็น โรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่มีประสบการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้

เกิดความกลัว ต้องดูแลตนเองโดยปฏิบัติตามคำแนะนำ ของบุคลากรทางการแพทย์ และเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง จึงมีโอกาสรับบริการครบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ แทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของปลิวิชซ์ ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง (2557) ที่พบว่า ภาวะแทรกซ้อน จากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อพฤติกรรม เข้ารับบริการของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูงมีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไป ตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิดของ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ว่า บุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อได้รับรู้ถึง ความรุนแรงของโรค และจะแสดงพฤติกรรมเมื่อประเมิน แล้วเห็นว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะก่อให้เกิดผลดี มากกว่าผลเสีย (จักรพันธ์ เฟ็ชระภูมิ, 2562) นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยได้รับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ด้วยตนเองหรือจากบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้เกิด การเรียนรู้ เกิดการพัฒนาด้านความเชื่อ และมีเจตคติ ที่ดีต่อการเข้ารับบริการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับ การศึกษาของพิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์ และอภิถญา วงศ์พิริโยธา (2562) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรง ของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับบริการ คลินิกโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัยพบว่า สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ใช้บริการประจำ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความ สามารถในการเข้าถึงบริการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความมั่นใจในบริการ และความเสมอภาคในการเข้าถึง บริการ มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยที่ใช้ บริการที่โรงพยาบาลพิชัยมีโอกาสรับบริการครบกว่า ผู้ป่วยที่ใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อาจเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพในการรักษาพยาบาลสูงกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งในด้านอุปกรณ์การแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ และบุคลากร ในส่วนการได้รับข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อธิบายได้ว่าการรับรู้ข้อมูลด้วยตนเองจะทำให้มีการจดจำและเกิดความเข้าใจได้ดี ร่วมกับการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นคำแนะนำที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้มารับบริการเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย ชัยยาทา และคณะ (2563) ที่พบว่า การแสวงหาข้อมูลสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรินทร์ ศรีสมโภชน์ (2557) ที่พบว่า การให้คำแนะนำในด้านต่างๆ ของเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องการมารับบริการ ในส่วนความสามารถในการเข้าถึงบริการ อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับความสะดวกสบายในการเดินทาง อีกทั้งสถานบริการมีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น ทำให้สะดวกในการรับบริการ จึงมีโอกาสรับบริการครบมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา พิทักษ์ (2558) ที่พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเลือกมารับบริการ คือ ความสามารถในการเข้าถึงบริการ เรื่องความสะดวกสบายในการเดินทาง และการมีช่องทางด่วนสำหรับการให้บริการ ในส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม อธิบายตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ้าน คอยให้คำปรึกษา กระตุ้นเตือนให้มารับบริการ จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีและต้องการเข้ารับบริการ (Fisher et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย ชัยยาทา และคณะ (2563) ที่พบว่า การสนับสนุนให้กำลังใจและการใส่ใจจากญาติมีความสัมพันธ์กับการรับบริการและตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

และโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Turan, Aksoy, and Çiftçi (2019) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับบริการและการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในส่วนความมั่นใจในบริการ อธิบายได้ว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง หากสถานบริการของรัฐให้บริการอย่างมีคุณภาพ บุคลากรมีความรู้ความชำนาญ คอยดูแลเอาใจใส่ และมีความกระตือรือร้น ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา พิทักษ์ (2558) ที่พบว่า ผู้รับบริการมีความมั่นใจในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการจัดบริการที่มีคุณภาพ และในส่วนของความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ อธิบายได้ว่า ความเสมอภาคในการบริการเป็นการให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ โดยสถานบริการสาธารณสุขจะยึดหลักการให้บริการอย่างเสมอภาค ทำให้ส่งผลต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของทีนุชา ทันทวงศ์ และคณะ (2559) ที่พบว่า การเพิ่มคุณภาพของการบริการด้านความเสมอภาค การไม่เลือกปฏิบัติ มีผลต่อการรับบริการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับมาก

#### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรมีการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค ให้คำแนะนำที่เข้าใจง่าย และเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการ ความมั่นใจในบริการ และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยรับบริการครบตามเกณฑ์
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป  
ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการรับบริการในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง  
สาธารณสุข. (2562). *ข้อมูลจำนวนและอัตราตาย  
ด้วยโรคไม่ติดต่อ โรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้น  
จาก [https://bps.moph.go.th/new\\_bps/  
KPITemplate\\_MOPH](https://bps.moph.go.th/new_bps/KPITemplate_MOPH)

งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
อุดรดิตถ์. (2563). *สถานการณ์โรคความดัน  
โลหิตสูง จังหวัดอุดรดิตถ์*. สืบค้นจาก [http://  
ggg.gg/ uut3k](http://ggg.gg/ uut3k)

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). *พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด  
ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3).  
พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ทีนุชา ทันวงศ์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, และพรทิพย์  
กัระพงษ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
การมารับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่าย  
สุขภาพอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี. *วารสาร  
ความปลอดภัยและสุขภาพ*, 9(31), 26–36.

บัณฑิต สวรรยาวิสุทธ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อ  
ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิก  
โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์.  
*ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(5), 451–456.

ปลุวิษข์ ทองแดง, และจันทร์จิรา สีสว่าง. (2557).  
ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรค  
ความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*,  
15(3), 288–295.

พิลารัฐ ภูระธีรานรัชต์, และอภิัญญา วงศ์พิริโยธา.  
(2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้าน  
สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรค  
ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่รับบริการ  
คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสุรินทร์.  
*วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์  
บุรีรัมย์*, 34(2), 257–272.

วัชรินทร์ ศรีสมโภชน์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
กับความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการสุขภาพ  
ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับการรักษาพยาบาลใน  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางแก้ว  
จังหวัดพัทลุง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล  
และการสาธารณสุขภาคใต้*, 1(1), 1–14.

ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข กระทรวง  
สาธารณสุข. (2563). *ข้อมูลอัตราป่วยรายใหม่*.  
สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th>

ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรดิตถ์.  
(2564). *จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่  
ขึ้นทะเบียนในสถานบริการสาธารณสุข*. สืบค้น  
จาก [https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/  
index.php](https://utt.hdc.moph.go.th/hdc/main/<br/>index.php)

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2563). *สถานการณ์  
โรคไม่ติดต่อ โรคความดันโลหิตสูง*. สืบค้นจาก  
[https://hpold.anamai.moph.go.th/main.  
php?filename=index\\_th](https://hpold.anamai.moph.go.th/main.<br/>php?filename=index_th)

สุจิตรา พิทักษ์. (2558). ผลของการเข้าถึงระบบบริการ  
สุขภาพในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร  
ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบลบ้านใหม่หนองหอย อำเภอดอยหล่อ  
จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์  
ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 5(2), 128–136.

อานัติ วรรณะ, นิภา กิมสูงเนิน, และรัชนี้ นามจันทร์.  
(2563). การรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณ  
เตือนในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง.  
*วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.*, 2(1),  
30–44.

เอกชัย ชัยยาทา, ลักษณ์ดา หนู่มคำ, และณิชนน รักกะเปา.  
(2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน  
สุขภาพกับพฤติกรรมมารับประทานยาและการ  
มาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ  
โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำพูน. *วารสาร  
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 28(1), 182–196.

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior, 36*(1), 1–10. doi:10.2307/2137284
- Choi, S. H., & Kim, Y. H. (2016). Factors affecting Korean registered nurses' intention to implement smoking cessation intervention. *Osong Public Health and Research Perspectives, 7*(1), 63–70. doi:10.1016/j.phrp.2015.11.008
- Daniel, W. W., & Cross, C. L. (2018). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (11th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Fisher, E. B., Brownson, C. A., O'Toole, M. L., Shetty, G., Anwuri, V. V., & Glasgow, R. E. (2005). Ecological approaches to self-management: The case of diabetes. *American Journal of Public Health, 95*(9), 1523–1535. doi:10.2105/AJPH.2005.066084
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Legido-Quigley, H., Naheed, A., de Silva, H. A., Jehan, I., Haldane, V., Cobb, B., ... Jafar, T. H. (2019). Patients' experiences on accessing health care services for management of hypertension in rural Bangladesh, Pakistan and Sri Lanka: A qualitative study. *PLoS One, 14*(1), e0211100. doi:10.1371/journal.pone.0211100
- McLachlan, J. C., & Whiten, S. C. (2000). Marks, scores and grades: Scaling and aggregating student assessment outcomes. *Medical Education, 34*(10), 788–797. doi:10.1046/j.1365-2923.2000.00664.x
- Mwenda, A. K., Kirigia, C., Kamweru, P. K., & Gitonga, L. K. (2021). Factors affecting health seeking behaviour in hypertensive patients of Imenti North sub county, Kenya. *International Journal of Community Medicine and Public Health, 8*(1), 37–42. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20205675
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly, 15*(2), 175–183. doi:10.1177/109019818801500203
- Turan, G. B., Aksoy, M., & Çiftçi, B. (2019). Effect of social support on the treatment adherence of hypertension patients. *Journal of Vascular Nursing, 37*(1), 46–51. doi:10.1016/j.jvn.2018.10.005
- World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis*. Retrieved from [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/)

## การส่งเสริมสมรรถนะดิจิทัลสำหรับพยาบาล Promoting Digital Competency for Nurses

พัทธ์สิตา สิริภัทรสิทธิ์, พย.บ.<sup>1</sup>

Phussita Sirinaphussit, B.N.S.<sup>1</sup>

อาภากร เป็รียนนิม, ปร.ด. (การวัดและเทคโนโลยีทางวิทยาการปัญญา)<sup>2</sup>

Arpakorn Prewnim, Ph.D. (Measurement and Technology in Cognitive Science)<sup>2</sup>

Received: April 9, 2024 Revised: September 25, 2024 Accepted: December 22, 2024

### บทคัดย่อ

การส่งเสริมสมรรถนะดิจิทัลสำหรับพยาบาล เป็นการบูรณาการทักษะและความรู้เข้ากับทัศนคติและความสามารถในการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทที่หลากหลาย ส่งผลให้พยาบาลสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี และความซับซ้อนในงานด้านการพยาบาล รวมถึงการเผชิญกับปัญหาด้านความปลอดภัยของข้อมูลและการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจและประสบความสำเร็จในการปฏิบัติหน้าที่ของตน สมรรถนะดิจิทัลจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีการส่งเสริมอย่างเต็มที่แก่พยาบาลในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมสมรรถนะดิจิทัลสำหรับพยาบาล ประกอบด้วย การพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรการฝึกอบรมให้ครอบคลุมเนื้อหาด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการที่เน้นการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ในงานด้านการพยาบาล การจัดสร้างชุมชนออนไลน์หรือแพลตฟอร์มการเรียนรู้ออนไลน์ที่พยาบาลสามารถแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ด้านเทคโนโลยีทางการพยาบาลได้ รวมทั้งการจัดให้มีแหล่งข้อมูลออนไลน์ที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย และการสนับสนุนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการที่พยาบาลสามารถแบ่งปันประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยี ซึ่งผู้บริหารควรมีกลยุทธ์หรือมาตรการในการจัดฝึกอบรมด้านเทคโนโลยีดิจิทัลแก่พยาบาลอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนทรัพยากรหรืองบประมาณเพื่อให้สามารถส่งเสริมสมรรถนะดิจิทัลสำหรับพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: สมรรถนะดิจิทัล คุณภาพการพยาบาล การส่งเสริม

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวิชัยยุทธ

<sup>1</sup> Registered Nurse, Vichaiyut Hospital

<sup>2</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

<sup>2</sup> Instructor, Faculty of Nursing, North Bangkok University

<sup>2</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: arpakorn.pr@gmail.com

## Abstract

Promoting digital competence for nurses involves integrating skills, knowledge, attitudes, and the ability to apply them effectively in real-world situations, adapted to diverse contexts. This enables nurses to confidently navigate technological changes and the complexities of their professional responsibilities, including challenges related to data security and patient privacy. Therefore, fostering digital competence is essential for both the present and future of nursing practice. Key strategies include developing and updating training curricula to encompass relevant digital technologies, conducting hands-on workshops focused on the application of new technologies in nursing, and establishing online communities or learning platforms where nurses can exchange knowledge and experiences in the digital domain. Additionally, creating easily accessible online resources and supporting workshops where nurses can share their experiences with technology will further enhance their digital capabilities. It is imperative for management to implement continuous training strategies and allocate resources or budgets to ensure the ongoing promotion of digital competence among nurses.

**Keywords:** Digital competence, Nursing quality, Promotion

## บทนำ

การส่งเสริมสมรรถนะดิจิทัลช่วยให้พยาบาลเข้าถึงข้อมูล สื่อสารกับทีมสุขภาพ และดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และทันสมัยในยุคดิจิทัล ดังนั้น การเพิ่มพูนสมรรถนะดิจิทัลแก่พยาบาลจะช่วยให้พยาบาลสามารถใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการข้อมูลผู้ป่วย การใช้แอปพลิเคชันทางการแพทย์ในการประเมินและติดตามอาการผู้ป่วย รวมถึงการใช้เทคโนโลยีโทรเวชกรรม (telemedicine) ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยจากระยะไกล ซึ่งการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลนี้ควรมีการฝึกอบรมที่ต่อเนื่องและเป็นระบบ เพื่อให้พยาบาลสามารถนำความรู้และสมรรถนะดิจิทัลไปประยุกต์ใช้ในงานประจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย (Jones, Brown, & Green, 2021; Smith, 2020) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ

สาระเกี่ยวกับ แนวคิดสมรรถนะดิจิทัล องค์ประกอบของสมรรถนะดิจิทัล และแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะดิจิทัลแก่พยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้ผู้อ่านได้แนวทางในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางการพยาบาลเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและประสิทธิภาพการทำงานในสถานพยาบาล สามารถใช้เครื่องมือดิจิทัลและแอปพลิเคชันต่างๆ เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วย สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ รวมถึงค้นหาข้อมูลทางการแพทย์ที่ทันสมัย ซึ่งการเสริมสร้างสมรรถนะดิจิทัลนี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้บริการที่มีความถูกต้องเหมาะสม และรวดเร็วมากขึ้น ลดข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย และสามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงวิธีการใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย การสื่อสาร และการจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ซึ่งพยาบาลต้องพัฒนาทักษะดิจิทัลอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้

## แนวคิดสมรรถนะดิจิทัล

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทำให้เกิดการเชื่อมโยงกันของมนุษย์ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (information and communication technologies [ICT]) ควบคู่กับอินเทอร์เน็ต กระตุ้นความเจริญก้าวหน้าและการเติบโตในด้านต่าง ๆ เช่น การธนาคาร การขนส่ง เศรษฐศาสตร์ การแพทย์ การศึกษา ดังนั้น มนุษย์ต้องเพิ่มความสามารถ (ability) ทักษะ (skill) และสมรรถนะ (competency) ที่หลากหลาย เพื่อปรับตัวให้เข้ากับ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี (Reddy, Sharma, & Chaudhary, 2020) สมรรถนะดิจิทัล (digital competency) เป็นความสามารถในการเรียนรู้และใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพในบริบทต่าง ๆ โดยการพัฒนาทักษะนี้ทำให้บุคคลสามารถคิดวิเคราะห์ ปรับตัว และใช้งานเครื่องมือดิจิทัลเพื่อการทำงานและการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นิยามนี้สอดคล้องกับแนวคิดของผู้เชี่ยวชาญหลายคน โดยคณะกรรมการยุโรป (European Commission, 2018) กำหนดให้สมรรถนะดิจิทัลเป็นการใช้เครื่องมือดิจิทัลในการแก้ปัญหาและการทำงานในชีวิตประจำวัน ในขณะที่ UNESCO (2018) ระบุว่า สมรรถนะดิจิทัลเป็นความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการศึกษา การทำงาน และการใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น นวัตกรรมทางเทคโนโลยีได้เปลี่ยนวิธีการเรียนรู้และสมรรถนะดิจิทัลให้เป็นหนึ่งในสมรรถนะหลักในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร การคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหา การทำงานร่วมกัน และการเรียนรู้ตลอดชีวิตในยุคศตวรรษที่ 21 (Cisotto & Pupolin, 2018)

สมรรถนะดิจิทัลเป็นความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเข้าถึง วิเคราะห์ สร้างสรรค์ และสื่อสารข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นในยุคศตวรรษที่ 21 (Binkley et al., 2012; Ferrari, 2013) โดยสมรรถนะเป็นความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการที่ซับซ้อน

จากการสร้างและรวบรวมข้อมูลด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติในบริบทเฉพาะ สมรรถนะดิจิทัลเน้นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างมีวิจารณญาณทางสังคมและความสามารถในการใช้ความรู้ในการทำงานที่สำคัญเฉพาะทาง หรือตามบทบาทที่กำหนด รวมถึงการสื่อสารและการใช้ชีวิตประจำวัน สมรรถนะพื้นฐานนี้ประกอบด้วย การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ความเชี่ยวชาญทางเทคนิค การใช้คอมพิวเตอร์ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อสื่อสารและทำงานร่วมกันผ่านทางอินเทอร์เน็ต (กิตติพิศ โคนสันเทียะ, พงศ์ประพันธ์ พงษ์โสภณ, เอกภูมิ จันทร์ขันธ์, และเอกรัตน์ ทานาค, 2565) เป็นแรงจูงใจ สมรรถนะ ความรู้ หรือคุณลักษณะที่ช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานหรือกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง มีลักษณะพื้นฐานที่บอกลักษณะการปฏิบัติหรือการคิด (Chouhan & Srivastava, 2014)

สมรรถนะดิจิทัลเป็นทักษะที่สำคัญในยุคดิจิทัล ประกอบด้วย ระบบทักษะ (skills) และกลยุทธ์ (strategies) ในสภาพแวดล้อมดิจิทัล (digital environments) (Reddy, Sharma, & Chaudhary, 2020) เกี่ยวข้องกับเทคนิคการอ่านและการเขียนดิจิทัลในรูปแบบมัลติมีเดีย คำ ข้อความ การแสดงภาพ ภาพเคลื่อนไหว กราฟิก เสียง และวิดีโอ เป็นการผสมผสานระหว่างความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ คุณลักษณะที่มีอยู่ในตนเอง และทัศนคติที่มีต่องาน สามารถวัดได้จากมาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งเป็นความสามารถในการค้นหา จัดระเบียบ ทำความเข้าใจ ประเมิน วิเคราะห์ข้อมูล การใช้ประโยชน์ การแบ่งปัน และการสร้างเนื้อหาโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและอินเทอร์เน็ต และการสื่อสารข้อมูลโดยใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล (วิจัยวงษ์ใหญ่ และมารุต พัฒนา, 2562; Shabana Tabusum, Saleem, & Sadik Batcha, 2014) เป็นที่ยอมรับ และสามารถปรับปรุงได้โดยการฝึกอบรมและพัฒนาเพื่อให้บุคคลมีศักยภาพในการปฏิบัติงาน (Sharma, 2017; Walton, 2016) สามารถใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมั่นใจและส่งเสริมการพัฒนาทั้งด้านวิชาการ

ส่วนบุคคล และวิชาชีพ โดยครอบคลุมความสามารถ 4 มิติ ได้แก่ การใช้ (use) ความเข้าใจ (understand) การสร้างสรรค์ (create) และการเข้าถึง (access) เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ

### องค์ประกอบของสมรรถนะดิจิทัล

สมรรถนะดิจิทัลเป็นหนึ่งในความสามารถหลักแห่งศตวรรษที่ 21 เป็นสมรรถนะที่จำเป็นในปัจจุบันเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานและการดำรงชีวิตในยุคข้อมูลข่าวสาร (Fernández-Luque, Ramírez-Montoya, & Córdón-García, 2021) ความสามารถในการใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีมีการเชื่อมโยงกันใน 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 เป็นโมเดลรากฐาน คือ ความรอบรู้ด้านดิจิทัล (digital literacy) ประกอบด้วย ทักษะ แนวคิด ความรู้ ทักษะคิด และความตระหนักรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล ระดับที่ 2 เป็นการใช้งานดิจิทัล (digital usage) การประยุกต์ใช้ทางวิชาชีพ ขึ้นอยู่กับสมรรถนะดิจิทัลหรือความรู้ด้านดิจิทัลของแต่ละบุคคล รวมถึงการใช้ทักษะดิจิทัลเพื่อใช้เครื่องมือดิจิทัลที่เหมาะสมในการค้นหาและประมวลผลข้อมูล และค้นหาวิธีแก้ปัญหาในระดับสูงสุด และระดับที่ 3 เป็นการเปลี่ยนแปลงทางดิจิทัล (digital transformation) เกิดจากการใช้เครื่องมือดิจิทัลเพื่อสร้างองค์ความรู้ กิจกรรม หรือนวัตกรรมทางการพยาบาล

แม้ว่ายังไม่มีการกำหนดสมรรถนะดิจิทัลในแต่ละสาขาวิชาชีพ แต่คณะกรรมการยุโรปได้ศึกษาวิจัยและพัฒนากรอบแนวคิดสมรรถนะดิจิทัลสำหรับประชาชน เพื่อสร้างมาตรฐานในการพัฒนาทักษะดิจิทัลของประชาชนในยุโรป โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ เตรียมพร้อมสำหรับการทำงานและการใช้ชีวิตในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Mishra & Sharma, 2018) ไว้ 5 ด้าน 21 สมรรถนะ ดังนี้

ด้านที่ 1 ความรอบรู้เกี่ยวกับข้อมูลและสารสนเทศ (information and data literacy) เป็นสมรรถนะด้าน

คอมพิวเตอร์ (computer competency) ประกอบด้วย 3 สมรรถนะ ดังนี้

1. สมรรถนะด้านการมองเห็น (visual competency) การเรียกดู สืบค้น กลั่นกรองข้อมูลสารสนเทศ และเนื้อหาดิจิทัล เป็นการค้นหาและการบริโภคเนื้อหาทางด้านดิจิทัล สามารถเรียกดูและมีวิธีการเข้าถึงข้อมูล สารสนเทศ และเนื้อหาดิจิทัลที่ต้องการสามารถสืบค้นข้อมูลสารสนเทศโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล สร้างและพัฒนาแนวทางการสืบค้นของตนเอง กลั่นกรองความน่าเชื่อถือของข้อมูล สารสนเทศ และเนื้อหาดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การประเมินข้อมูล สารสนเทศ และเนื้อหาดิจิทัล (evaluating data, information, and digital content) ทักษะการเรียนรู้ (learning skills) วิธีการรู้วิธีการศึกษาและเรียนรู้ในสภาพแวดล้อมทางเทคโนโลยีเป็นการรู้จักใช้เทคโนโลยีที่ตอบสนองความจำเป็นในการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถวิเคราะห์ ตีความ เปรียบเทียบ และประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล สารสนเทศ และเนื้อหาดิจิทัล ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล สารสนเทศ และเนื้อหาดิจิทัล

3. สมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT competency) การรู้วิธีการในการเลือกและใช้อุปกรณ์ดิจิทัล แอปพลิเคชัน หรือบริการเพื่อปฏิบัติงานที่ต้องใช้อินเทอร์เน็ต ลักษณะการจัดการข้อมูล สารสนเทศ และเนื้อหาดิจิทัล จัดเก็บข้อมูล สารสนเทศ และเนื้อหาดิจิทัลอย่างเป็นระบบ สามารถสืบค้นและนำมาใช้ได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

ด้านที่ 2 การสื่อสารและสร้างความร่วมมือ (communication and collaboration) การสื่อสารเนื้อหาดิจิทัล (communicating digital content) ประกอบด้วย 6 สมรรถนะ ดังนี้

1. การมีปฏิสัมพันธ์ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (interacting through digital technologies) สร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบคลุม เพื่อนร่วมงาน และสังคม ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลที่หลากหลาย เข้าใจ

วิธีการติดต่อสื่อสารผ่านสื่อดิจิทัลที่เหมาะสมในบริบทต่างๆ เช่น อีเมล โทรศัพท์มือถือ เฟซบุ๊ก ไลน์

2. สมรรถนะด้านเทคโนโลยี (technological competency) การแบ่งปันข้อมูลสารสนเทศผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล สามารถแบ่งปันข้อมูลสารสนเทศและเนื้อหาดิจิทัลกับผู้อื่นผ่านสื่อดิจิทัลที่เหมาะสม โดยระบุแหล่งที่มาและการอ้างอิงอย่างถูกต้อง

3. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (engaging in citizenship through digital technologies) มีส่วนร่วมในการให้บริการแบบดิจิทัลของภาครัฐและเอกชน ในลักษณะการสื่อสารและการทำงานร่วมกัน ความสามารถในการมีส่วนร่วมในเครือข่ายดิจิทัลในบริบทด้านการเรียนรู้ เช่น การทำธุรกรรมทางการเงินผ่านแอปพลิเคชัน บริการพร้อมเพย์ (prompt pay) แสวงหาโอกาสและเสริมสร้างพลังอำนาจตนเองให้มีส่วนร่วมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

4. การทำงานร่วมกับผู้อื่นผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล (collaborating through digital technologies) ใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีดิจิทัลสำหรับการทำงาน การติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูล ร่วมสร้างและใช้ทรัพยากรในการพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกัน

5. การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (netiquette) สมรรถนะด้านสารสนเทศ (information competency) มีการค้นหาข้อมูลจากเว็บไซต์และประเมินความถูกต้อง สามารถแบ่งปันข้อมูลสารสนเทศได้ ตระหนักถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการใช้สื่อดิจิทัล เช่น การใช้ภาษาที่ถูกต้องและสุภาพ การเข้าเว็บไซต์ที่สร้างสรรค์และมีประโยชน์ มีพฤติกรรมการสื่อสารที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่ม ตระหนักถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมในยุคดิจิทัล

6. การจัดการด้านอัตลักษณ์ของตนเองในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (managing digital identity) สร้างและปกป้องชื่อเสียงของตนเองจากการใช้สื่อดิจิทัลรับมือกับข้อมูลและบริการต่างๆ ที่ส่งผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล สร้างและจัดการความเป็นตัวตนและภาพลักษณ์

ของตนเองในโลกดิจิทัล การจัดการอาชีพและอัตลักษณ์ (career and identity management) การจัดการข้อมูลประจำตัว (identity management) เป็นความสามารถในการเข้าใจวิธีการรับรองความปลอดภัยในการจัดการข้อมูลประจำตัวออนไลน์และส่งเสริมชื่อเสียงทางดิจิทัลเชิงบวก

ด้านที่ 3 การสร้างเนื้อหาดิจิทัล (digital content creation) ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ ดังนี้

1. การพัฒนาเนื้อหาดิจิทัล (developing digital content) หรือการสร้างเนื้อหาดิจิทัล (creating digital content) วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล สารสนเทศ และเนื้อหาดิจิทัล โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ภาพเคลื่อนไหว และแอปพลิเคชัน เพื่อเผยแพร่เนื้อหาผ่านสื่อดิจิทัล

2. การบูรณาการและการปรับปรุงเนื้อหาดิจิทัลที่เกี่ยวกับงาน (integrating and re-elaborating digital content) บูรณาการปรับเปลี่ยน ปรับปรุงข้อมูล สารสนเทศ และเนื้อหาดิจิทัล เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ และสามารถประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน เป็นลักษณะของทุนด้านดิจิทัล (digital scholarship) ที่สามารถเชื่อมโยงและมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานวิชาชีพและการวิจัย

3. การระมัดระวังด้านการละเมิดลิขสิทธิ์ (copyright and licenses) มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายการละเมิดสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา และการอนุญาตให้ใช้ข้อมูล สารสนเทศ และเนื้อหาดิจิทัล

4. การสร้างโปรแกรม (programming) วางแผนและพัฒนาระบบคอมพิวเตอร์เพื่อแก้ปัญหาหรือดำเนินงานตามภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบ

ด้านที่ 4 ความปลอดภัย (safety) สมรรถนะด้านข้อมูล (information competency) ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ ดังนี้

1. การป้องกันอุปกรณ์ (protecting devices) ดูแลรักษาเครื่องมือหรืออุปกรณ์ดิจิทัล ป้องกันความเสี่ยงและภัยคุกคามในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น

สแกนไวรัส สำรองข้อมูล บันทึกข้อมูลบนคลาวด์

2. การปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลและความเป็นส่วนตัว (protecting personal data and privacy) ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การมีรหัสผู้ใช้และรหัสผ่านในการเข้าระบบคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์สื่อสารสื่อออนไลน์ และเปลี่ยนรหัสผ่านอยู่เสมอ การไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวผ่านสื่อดิจิทัล ป้องกันตัวเองจากความเสียหายที่อาจได้รับจากการใช้สื่อดิจิทัล ความเป็นส่วนตัวในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นสมรรถนะด้านสื่อ (media competency) สามารถอ่านหรือรับรู้ข้อมูลหรือเนื้อหาอย่างมีวิจารณญาณ และใช้มีัลติมีเดียในการผลิตสื่ออย่างสร้างสรรค์ เช่น เคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้อื่นที่แสดงผ่านสื่อดิจิทัล แบ่งปันข้อมูล สารสนเทศ และสื่อดิจิทัลที่สามารถระบุตัวตนหรือแหล่งที่มา

3. การปกป้องสุขภาพและความผาสุก (protecting health and well-being) หลีกเลี่ยงความเสี่ยงด้านสุขภาพและภัยคุกคามต่อสุขภาพทั้งกายและจิตในขณะที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การป้องกันตัวเองและบุคคลอื่นจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การก้มก้มแก้งทางไซเบอร์ การหลอกลวงผ่านสื่อดิจิทัล ตระหนักถึงความผาสุกของสังคมและการอยู่ร่วมกันทางสังคมบนสื่อดิจิทัล

4. การปกป้องสิ่งแวดล้อม (protecting the environment) ตระหนักถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมจากการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การมีมนุษยสัมพันธ์ระหว่างบุคคลน้อยลง การขาดความมั่นใจในการใช้ชีวิตในสังคม การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อรักษาสังแวดล้อม เช่น การบันทึกข้อมูลในระบบดิจิทัลแทนการใช้กระดาษ การประชุมทางไกลผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลแทนการเดินทางเพื่อเข้าร่วมการประชุม

ด้านที่ 5 การแก้ปัญหา (problem-solving) ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ ดังนี้

1. การแก้ปัญหาทางเทคนิคขั้นพื้นฐาน (solving technical problems) ระบุปัญหาทางเทคนิคจากการใช้อุปกรณ์ดิจิทัลและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และสามารถแก้ปัญหาเหล่านั้นเบื้องต้นได้

2. การระบุความต้องการและการตอบสนองทางเทคโนโลยี (identifying needs and technological responses) ประเมินความต้องการและระบุหรือเลือกใช้เครื่องมือดิจิทัลในการแก้ปัญหา ปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงาน

3. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างสร้างสรรค์ (creatively using digital technologies) ใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสร้างองค์ความรู้ ปรับปรุงกระบวนการทำงาน มีส่วนร่วมในการใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการทำงานของตนเอง หน่วยงาน และองค์กร

4. การระบุสมรรถนะดิจิทัลที่จำเป็นต้องพัฒนา (identifying digital competence gaps) ทำความเข้าใจและระบุสมรรถนะดิจิทัลของตนเองที่จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงและพัฒนา แสวงหาโอกาสในการพัฒนาตนเอง และการพัฒนาตนเองให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีดิจิทัล

สมรรถนะดิจิทัลจึงเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความรับผิดชอบในสังคมดิจิทัล รวมทั้งมีความสามารถในการเข้าถึง ประมวลผล ทำความเข้าใจ ใช้ประโยชน์ สร้างเนื้อหาสื่อ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและอินเทอร์เน็ต เป็นการผสมผสานระหว่างความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือดิจิทัล (digital tool knowledge) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) และการมีส่วนร่วมทางสังคม (social engagement) โดยมีส่วนการดังนี้ (European Commission, 2018)

digital competency = digital tool knowledge + critical thinking + social engagement

จากแนวคิดดังกล่าวพบว่า สมรรถนะดิจิทัลเป็นความสามารถของบุคคลในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความรับผิดชอบในสังคมดิจิทัล รวมถึงการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศและอินเทอร์เน็ต การส่งเสริมสมรรถนะนี้แก่พยาบาลวิชาชีพจะช่วยพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ยกกระดานการสื่อสารกับทีมสุขภาพ และเสริมสร้างการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การให้บริการสุขภาพมีคุณภาพและทันสมัยมากยิ่งขึ้นในยุคดิจิทัล

### แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะดิจิทัลแก่พยาบาลวิชาชีพ

สมรรถนะเป็นคุณภาพและศักยภาพที่ทำให้บุคคลทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรเป็นกลยุทธ์สำคัญในการสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันและความสำเร็จขององค์กร (ปรียันันท์ ประยูรศักดิ์, 2561) สมรรถนะดิจิทัลถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถของบุคลากรในการปฏิบัติงานในยุคดิจิทัล โดยเฉพาะในสาขาการพยาบาลที่ต้องใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาและส่งเสริมสมรรถนะดิจิทัลแก่พยาบาลวิชาชีพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากช่วยให้สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ทันสมัย ประมวลผลข้อมูลได้อย่างถูกต้อง และใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น (Alqiawi & Ezzeldin, 2015) การมีความรู้เกี่ยวกับสมรรถนะดิจิทัลจะช่วยให้พยาบาลสามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีและสภาพแวดล้อมทางการแพทย์ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการทางสุขภาพให้มีมาตรฐานและทันสมัย นอกจากนี้ การพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลยังส่งเสริมการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องและเป็นระบบในองค์กร ส่งผลให้บุคลากรสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ด้วยเหตุนี้ องค์กรด้านสุขภาพจึงควรสร้างแนวทางในการพัฒนาองค์กรให้กลายเป็นองค์กรแห่ง

การเรียนรู้ โดยเน้นการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลแก่พยาบาล เพื่อให้สามารถให้บริการที่มีคุณภาพสูงและมีความยั่งยืนในสังคมดิจิทัลในอนาคต

สมรรถนะดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพเป็นความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยและทำงานตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ (Brown, Pope, Bosco, Mason, & Morgan, 2020) สมรรถนะดิจิทัลของพยาบาลเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะที่ดีของพยาบาลกับระดับทักษะ (skill) ความรู้ (knowledge) ความสามารถ (ability) คุณลักษณะส่วนบุคคล (personal characteristic of attributes) หรือลักษณะนิสัย (traits) แรงจูงใจ (motivation) และแนวคิดและคุณค่าของตนเอง (self-concept and value) ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม และมีผลให้สามารถปฏิบัติงานที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ดีและมีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลอื่นหรือเหนือกว่าเกณฑ์/เป้าหมายที่กำหนดไว้ ปัจจุบัน ระบบสุขภาพและการดูแลที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงจากการพัฒนาด้านดิจิทัล มีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น หุ่นยนต์ทางสังคม และการนำปัญญาประดิษฐ์มาใช้ทางการแพทย์ (Tischendorf et al., 2024)

สภาการพยาบาลกำหนดสมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศเป็นหนึ่งในแปดสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ (สภาการพยาบาล, 2553) สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในงานพยาบาล เช่น การวิเคราะห์ข้อมูล การจัดเก็บข้อมูล การติดต่อสื่อสารผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2561; สภาการพยาบาล, 2553) อย่างไรก็ตาม สมรรถนะเหล่านี้ยังไม่ครอบคลุมถึงการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลให้ทันสมัยจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้พยาบาลสามารถนำเทคโนโลยีมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในงานบริการสุขภาพ

แนวทางการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลของพยาบาล

เริ่มจากการประเมินสมรรถนะปัจจุบัน เพื่อให้ทราบว่า สามารถปฏิบัติงานตามเกณฑ์ที่กำหนดได้หรือไม่ ก่อนที่จะดำเนินการพัฒนาผ่านรูปแบบต่างๆ เช่น การศึกษา ต่อ การจัดอบรม หรือการศึกษาดูงาน หลังจากการพัฒนา เสร็จสิ้น ต้องมีการประเมินผลเพื่อดูความสำเร็จใน การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยสมรรถนะดิจิทัลจะถูก นำมารวบรวมเพื่อนำไปกำหนดเกณฑ์ประสิทธิภาพ การปฏิบัติงาน ซึ่งจะช่วยให้องค์กรสามารถบรรลุเป้าหมาย ในศตวรรษที่ 21 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สิริวดี ชูเชิด, 2565) นอกจากนี้ จากการศึกษาของปีดิณช ราชภัฏคิ (2566) พบว่า บัณฑิตพยาบาลจบใหม่มีสมรรถนะ ดิจิทัลในระดับปานกลาง โดยด้านการใช้ดิจิทัลมีค่าเฉลี่ย สูงสุด และผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจด้านนี้ในระดับ ปานกลางเช่นกัน

ในการส่งเสริมสมรรถนะดิจิทัลแก่พยาบาลวิชาชีพ มีการกำหนดแผนหรือแนวทางการประยุกต์เพื่อส่งเสริม สมรรถนะดิจิทัลของพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการในยุคดิจิทัลได้ อย่างเหมาะสม ผู้เขียนจึงสรุปแนวทางในการส่งเสริม สมรรถนะดิจิทัลแก่พยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

1. การประเมินสมรรถนะปัจจุบัน (performance assessment) เป็นการเริ่มต้นด้วยการประเมินสมรรถนะ ดิจิทัลของพยาบาล เพื่อทราบจุดแข็งและจุดที่ต้องพัฒนา
2. การจัดทำแผนพัฒนา (development plan preparation) โดยพัฒนาแผนการฝึกอบรมและพัฒนา ทักษะดิจิทัลที่เหมาะสม เช่น การอบรมการใช้เทคโนโลยี ใหม่ ๆ หรือการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสารสนเทศ ทางการแพทย์
3. การใช้เทคโนโลยีในการฝึกอบรม (using technology in training) เช่น การใช้แพลตฟอร์ม ออนไลน์และเครื่องมือดิจิทัลในการจัดอบรม เพื่อเพิ่ม ความสะดวกและเข้าถึงการเรียนรู้ได้ง่าย
4. การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต (promoting lifelong learning) โดยสนับสนุนให้พยาบาลมีการ เรียนรู้และพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง ผ่านการเข้าร่วม

การประชุม สัมมนา หรือการศึกษาดูงาน

5. การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ (creating a learning network) เป็นการสร้างเครือข่ายระหว่าง พยาบาลกับผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี เพื่อแลกเปลี่ยน ความรู้และประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

6. การติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation) โดยทำการติดตามผลการพัฒนา สมรรถนะดิจิทัลของพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ และ ปรับปรุงแผนพัฒนาตามผลการประเมิน

7. การสนับสนุนจากองค์กร (corporate support) องค์กรควรมีการสนับสนุนที่ชัดเจนในการส่งเสริม การพัฒนาสมรรถนะดิจิทัล โดยจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรที่จำเป็น

ปัจจุบันในศตวรรษที่ 21 ทุกคนจำเป็นต้องมี สมรรถนะดิจิทัลเพื่อใช้ในการเรียนรู้ การพัฒนาตนเอง และการประกอบอาชีพในอนาคต พยาบาลจึงควรมี สมรรถนะดิจิทัลที่สอดคล้องกับกรอบสมรรถนะดิจิทัล ของประเทศไทย 4 ด้าน (กองทุนพัฒนาดิจิทัลเพื่อ เศรษฐกิจและสังคม สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัล เพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2563) ดังนี้

1. ด้านการรอบรู้ดิจิทัลหรือสมรรถนะดิจิทัล (digital competency) พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะ ในการเข้าถึง ค้นหา คัดกรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดการ ประยุกต์ใช้ สื่อสาร สร้าง แบ่งปัน ติดตามข้อมูล สารสนเทศและเนื้อหาอย่างเหมาะสม มีความรับผิดชอบ มีมารยาทในการใช้ ไม่ละเมิดสิทธิผู้อื่น และไม่ละเมิด กฎหมาย

วิธีการส่งเสริม: เป็นการส่งเสริมการเข้าใจ และใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในงานด้านการพยาบาลอย่าง มีประสิทธิภาพ โดยการจัดฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ แหล่งข้อมูลดิจิทัล เช่น ฐานข้อมูลทางการแพทย์และ แอปพลิเคชันสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมการใช้เครื่องมือ ออนไลน์ในการค้นคว้าข้อมูลและงานวิจัย เพื่อเพิ่มพูน ความรู้และทักษะทางการแพทย์และสุขภาพ (McCarthy, 2019; Zubair & Toor, 2023)

2. ด้านการใช้ดิจิทัลหรือทักษะดิจิทัล (digital skill/ ICT skill) พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพหลากหลาย และสามารถประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติทางการพยาบาลและการบริการทางสุขภาพได้มากขึ้น เช่น การประกอบอาชีพ การศึกษาและเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง การดำเนินชีวิตประจำวัน

วิธีการส่งเสริม: ให้พยาบาลสามารถใช้เครื่องมือดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศในการปฏิบัติงาน มีการจัดการเรียนการสอนหรือการอบรมที่เน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในสถานการณ์จำลอง เช่น การใช้ซอฟต์แวร์เพื่อจัดการข้อมูลผู้ป่วย มีการจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้พยาบาลได้ทดลองใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วย (Mather & Anderson, 2020)

3. ด้านการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล (problem solving with digital tools) พยาบาลมีสมรรถนะในการระบุความต้องการและทรัพยากรตัดสินใจใช้เครื่องมือดิจิทัลที่เหมาะสมอย่างชาญฉลาดตามวัตถุประสงค์และความต้องการ แก้ปัญหาอย่างเชื่อมโยงกันด้วยเครื่องมือดิจิทัล ใช้เทคโนโลยีอย่างสร้างสรรค์ สามารถแก้ปัญหาเชิงเทคนิค และสามารถปรับปรุงพัฒนาสมรรถนะตนเองให้เท่าทันโลก

วิธีการส่งเสริม: เสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาด้วยการใช้เครื่องมือดิจิทัล เช่น จัดอบรมเพื่อสอนเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลและการตัดสินใจโดยใช้ซอฟต์แวร์และแอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้อง หรือส่งเสริมให้พยาบาลแบ่งปันประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ใช้เครื่องมือดิจิทัล เพื่อเรียนรู้จากกันและกัน (Cummings & Goepf, 2021)

4. ด้านการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงดิจิทัล (adaptive digital transform) สมรรถนะในการยืดหยุ่นและปรับตัวของพยาบาลวิชาชีพต่อโลกที่มีการ

เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกระแสดความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี กระแสโลกาภิวัตน์ รวมทั้งทำงานร่วมกับผู้อื่นที่มีสังคมและวัฒนธรรมที่หลากหลาย ริเริ่มและเรียนรู้ด้วยตนเอง

วิธีการส่งเสริม: สนับสนุนการปรับตัวในการใช้เทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว มีการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ที่ยืดหยุ่น โดยให้พยาบาลมีโอกาสทดลองใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งสนับสนุนให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากทีมงาน (Haseeb & Haseeb, 2022)

## สรุป

การพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต กลวิธีการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลสำหรับพยาบาลมีหลากหลาย เช่น การสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ยืดหยุ่นผ่าน e-learning การฝึกอบรมในรูปแบบออนไลน์ การพัฒนาทักษะการจัดการข้อมูลด้วยการใช้ระบบเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์และซอฟต์แวร์วิเคราะห์ข้อมูล การเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล การประยุกต์ใช้นวัตกรรมดิจิทัล เช่น การใช้เทคโนโลยีการติดตามสัญญาณชีพ การใช้ระบบ telehealth รวมทั้งการกระตุ้นให้พยาบาลมีความกระตือรือร้นในการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล เช่น การจัดการประกวด การนำเสนอโครงการหรือการวิจัยที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในการพัฒนาการทำงานและการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้ควรมีการประเมินสมรรถนะดิจิทัลของพยาบาลเป็นประจำ และสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ โดยได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมจากผู้บริหารและองค์กร เพื่อให้พยาบาลสามารถพัฒนาทักษะดิจิทัลได้อย่างต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง

กองทุนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). *รายงานประจำปี กองทุนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ประจำปี พ.ศ. 2562 และ 2563*. สืบค้นจาก <https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/589780>

กิตติพิศ โคนสันเทียะ, พงศ์ประพันธ์ พงษ์โสภณ, เอกภูมิ จันทระขันตี, และเอกรัตน์ ทานาค. (2565). สมรรถนะดิจิทัล: สมรรถนะใหม่สำหรับครูยุคปัจจุบัน. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 22(2), 14–23.

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2561). *การศึกษาของค์ประกอบสมรรถนะดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต)*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ปรีณันท์ ประยูรศักดิ์. (2561). *การสรรหาและบรรจุพนักงาน*. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการสื่อและสิ่งพิมพ์กราฟฟิคไชน่า.

ปิติฉัตร ราชกักดี. (2566). สมรรถนะดิจิทัลของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 24(1), 336–347.

วิชัย วงษ์ใหญ่, และมารุต พัฒนาผล (2562). *การโค้ชเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ผู้นำนวัตกรรมหลักสูตรและการเรียนรู้.

สภาการพยาบาล. (2553). *สมรรถนะผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์*. นนทบุรี: สิริยอดการพิมพ์.

สิริวดี ชูเชิด. (2565). การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 12(1), 223–238.

Alqiawi, D. A., & Ezzeldin, S. M. (2015). A suggested model for developing and accessing competence of prospective teachers in faculties of education. *World Journal of Education*, 5(6), 65–73. doi: 10.5430/wje.v5n6p65

Binkley, M., Erstad, O., Herman, J., Raizen, S., Ripley, M., Miller-Ricci, M., & Rumble, M. (2012). Defining twenty-first century skills. In P. Griffin, B. McGaw, & E. Care (Eds.), *Assessment and teaching of 21st century skills: Methods and approach* (pp. 17–66). Dordrecht: Springer.

Brown, J., Pope, N., Bosco, A. M., Mason, J., & Morgan, A. (2020). Issues affecting nurses' capability to use digital technology at work: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15–16), 2801–2819. doi:10.1111/jocn.15321

Chouhan, V. S., & Srivastava, S. (2014). Understanding competencies and competency modeling – A literature survey. *IOSR Journal of Business and Management*, 16(1), 14–22. doi:10.9790/487X-16111422

Cisotto, G., & Pupolin, S. (2018). Evolution of ICT for the improvement of quality of life. *IEEE Aerospace and Electronic Systems Magazine*, 33(5–6), 5–6. doi:10.1109/MAES.2018.170114

Cummings, K., & Goepp, J. (2021). Using digital tools for problem solving in nursing practice. *International Journal of Nursing Knowledge*, 32(1), 5–12. doi:10.1111/2047-3095.12273

- European Commission. (2018). *Digital competence framework for citizens*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fernández-Luque, A. M., Ramírez-Montoya, M. S., & Cordón-García, J. A. (2021). Training in digital competencies for health professionals: Systematic mapping (2015–2019). *Profesional de la información*, 30(2). Retrieved from <https://revista.profesionaldelainformacion.com/index.php/EPI/article/view/82475/62940>
- Ferrari, A. (2013). *DIGCOMP: A framework for developing and understanding digital competence in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Haseeb, M., & Haseeb, A. (2022). The impact of digital transformation on nursing practice. *Journal of Healthcare Management*, 67(2), 93–104. doi:10.1097/JHM-D-21-00259
- Jones, P., Brown, K., & Green, T. (2021). Enhancing digital competency in healthcare: Strategies for success. *Nursing Informatics Today*, 35(2), 45–52.
- Mather, C., & Anderson, J. (2020). Developing digital skills in nursing: The role of higher education. *Nursing Open*, 7(4), 1234–1242. doi:10.1002/nop2.587
- McCarthy, A. (2019). Digital literacy: A guide for nursing educators. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(3), 55–61. doi:10.5430/jnep.v9n3p55
- Mishra, P., & Sharma, P. K. (2018). Digital literacy competencies in the 21st century. *Globus Journal of Progressive Education*, 8(2), 1–3. Retrieved from <https://www.globusedujournal.in/wp-content/uploads/2019/05/JD18Pramod.pdf>
- Reddy, P., Sharma, B., & Chaudhary, K. (2020). Digital literacy: A review of literature. *International Journal of Technoethics*, 11(2), 65–94. doi:10.4018/IJT.20200701.0a1
- Shabana Tabusum, S. Z., Saleem, A., & Sadik Batcha, M. (2014). Digital literacy awareness among arts and science college students in Tiruvallur district: A study. *International Journal of Managerial Studies and Research*, 2(4), 61–67.
- Sharma, P. (2017). Competence development at the workplace: A conceptual framework. *JK International Journal of Management and Social Science*, 1(1), 39–44.
- Smith, J. (2020). Digital competencies for nursing practice. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1123–1131.
- Tischendorf, T., Hasseler, M., Schaal, T., Ruppert, S. N., Marchwacka, M., Heitmann-Möller, A., & Schaffrin, S. (2024). Developing digital competencies of nursing professionals in continuing education and training—A scoping review. *Frontiers in Medicine*, 11, 1358398. doi:10.3389/fmed.2024.1358398

UNESCO. (2018). *Digital literacy in education*. Retrieved from <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265403>

Walton, G. (2016). "Digital Literacy" (DL): Establishing the boundaries and identifying the partners. *New Review of Academic Librarianship*, 22(1), 1-4. doi:10.1080/13614533.2015.1137466

Zubair, H., & Toor, F. (2023). Integrating digital competence into nursing education: A framework. *Nurse Education Today*, 113, 104583. doi:10.1016/j.nedt.2022.104583

# คุณภาพชีวิตครอบครัวของเด็กวัยก่อนเรียน ที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลัน Family Quality of Life of Preschool Children with Acute Lymphoblastic Leukemia

ปัทมา บุญช่วยเหลือ, ปร.ด. (การพยาบาล)<sup>1</sup>  
Pattama Boonchuaylua, Ph.D. (Nursing)<sup>1</sup>

Received: August 29, 2024    Revised: December 10, 2024    Accepted: December 25, 2024

### บทคัดย่อ

มะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลันในเด็กเป็นภาวะที่คุกคามชีวิต การรักษาที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบันทำให้มีจำนวนผู้ป่วยเด็กที่หายขาดจากโรคและอัตราการรอดชีวิตหลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคเพิ่มมากขึ้น ช่วงวัยก่อนเรียนเป็นช่วงที่เด็กกำลังเจริญเติบโตและมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ แต่ในระหว่างการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นนี้ ทำให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวต้องเผชิญกับผลข้างเคียงจากการรักษาและการดำเนินโรคทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว จึงจำเป็นต้องสร้างความรู้ความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตครอบครัว รวมถึงแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัว ซึ่งสามารถส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัวที่เผชิญกับผลกระทบจากมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลันในวัยเด็ก อันจะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้องในการให้การช่วยเหลือ และออกแบบแนวทางการดูแลแบบองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับสุขภาพและความสุขของทั้งครอบครัว

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิตครอบครัว เด็กวัยก่อนเรียน มะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลัน

<sup>1</sup> อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1</sup> Instructor, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, E-mail: pattama1@pnc.ac.th

## Abstract

Acute lymphoblastic leukemia (ALL) in children is a life-threatening condition. With current effective treatments, many pediatric patients are achieving remission, and survival rates post-diagnosis have significantly increased. The preschool years are a critical period for growth and development. However, during this time, the effective treatments often bring about short-term and long-term side effects from the disease and its treatment, affecting the well-being and quality of life of everyone in the family. It is therefore essential to raise awareness about the factors influencing the quality of life of these families as well as how families enhance quality of life that can promote the well-being of families facing the impacts of childhood ALL. The goal is to provide valuable insights for nurses and related health professionals to assist in creating holistic care strategies that prioritize the health and happiness of the entire family.

**Keywords:** Family quality of life, Preschool children, Acute lymphoblastic leukemia

### บทนำ

มะเร็งในเด็กเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี (Siegel, Miller, Fuchs, & Jemal, 2021) โดยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในเด็ก คิดเป็นร้อยละ 26 (Suh et al., 2020) ซึ่งมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลัน (acute lymphoblastic leukemia [ALL]) เป็นชนิดที่พบมากที่สุด (Peyam & Trehan, 2020) การใช้ยาเคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้ระยะเวลาในการรักษา 2-3 ปี (Nguyen, Terao, Green, Pui, & Inaba, 2021) ทำให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวต้องเผชิญกับผลข้างเคียงจากการรักษาและการดำเนินโรคทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Mukherjee, Richardson, & Beresford, 2023) เช่น ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า ความอยากอาหารที่ลดลง ความวิตกกังวล ความกลัวภาวะซึมเศร้า (Hooke & Linder, 2019) รวมทั้งปัญหาพัฒนาการของเด็ก (Erdmann et al., 2021) สำหรับพ่อแม่ของเด็ก นอกจากจะต้องดูแลเด็กในระยะ

ประคับประคองแล้ว ยังต้องเผชิญกับความเครียดสะสมซึ่งส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์ การสื่อสารในครอบครัว ทำให้บทบาทของพ่อแม่เปลี่ยนแปลงและคุณภาพชีวิตครอบครัว (family quality of life [FQOL]) ลดลง (Atout, Alrimawi, Daibes, & Abusalameh, 2021) ในกรณีที่ครอบครัวไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่มีเด็กโรคมะเร็งและปรับตัวไม่ได้ อาจทำให้ครอบครัวเผชิญกับความเครียดเรื้อรังและวิตกกังวลสูง จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าของพ่อแม่หรือสมาชิกในครอบครัวได้ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความใกล้ชิดและการสนับสนุนทางอารมณ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Hooke & Linder, 2019) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตครอบครัว (Rosenberg et al., 2019) ในทางตรงกันข้าม หากครอบครัวได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนอย่างเหมาะสม ครอบครัวก็จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ ทั้งนี้ การรักษาความสมดุลของครอบครัวส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตครอบครัวที่ดี (Gise & Cohen, 2022) ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัวเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

โดยคุณภาพชีวิตครอบครัวเป็นกระบวนการสำคัญที่ส่งผลให้เด็กปรับตัวต่อภาวะวิกฤตในการเจ็บป่วยและการฟื้นตัว ซึ่งครอบครัวได้ก้าวผ่านความยากลำบากมาตลอดช่วงเวลาที่เด็กได้รับการรักษา บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับผลกระทบของมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลันในเด็กวัยก่อนเรียน ความหมาย องค์ประกอบที่สำคัญ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตครอบครัว รวมทั้งแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัว เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมสำหรับครอบครัวและเด็ก

### ผลกระทบของมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลันในเด็กวัยก่อนเรียน

เมื่อเด็กวัยก่อนเรียนป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลันและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานทำให้เกิดผลกระทบหลายส่วน ดังนี้

#### 1. ผลกระทบต่อเด็กป่วย

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อเด็กป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงพัฒนาการและการเจริญเติบโต และคุณภาพชีวิตในระยะยาว โดยผลกระทบหลักคือด้านร่างกาย ทั้งอาการจากโรค เช่น เหนื่อยง่าย ซีด เลือดออกง่าย มีไข้บ่อย น้ำหนักลด ปวดกระดูกหรือข้อ และผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผมร่วง ภูมิคุ้มกันลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Hooke & Linder, 2019) ด้านพัฒนาการ เด็กอาจเกิดการหยุดชะงักทางการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะใหม่ๆ จากการรักษาที่ยาวนานและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีการเจริญเติบโตที่ช้าลง อาจมีภาวะตัวเตี้ย ต้องแยกตัวออกจากเพื่อนในช่วงการรักษา อาจทำให้เด็กพลาดโอกาสในการพัฒนาทักษะทางสังคม ซึ่งการใช้ยาเคมีบำบัดทำให้เกิดการล่าช้าทางพัฒนาการและส่งผลกระทบต่อทักษะ

ทางปัญญาในวัยเด็ก (Mavrea et al., 2021) ส่วนด้านจิตใจ หลายการศึกษาพบว่า เด็กรู้สึกกลัวและเครียดจากการรักษาที่ทำให้เจ็บปวด เกิดความสับสนและความไม่มั่นคง เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนยังมีพัฒนาการทางความคิดที่จำกัด ไม่เข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นกับร่างกายของตนเอง และอาจพบปัญหาทางอารมณ์ โดยเด็กอาจแสดงพฤติกรรมงอแง หงุดหงิด หรือแยกตัวออกจากครอบครัว อันเป็นผลมาจากความเครียด (Melesse, Chau, & Nan, 2022)

#### 2. ผลกระทบต่อพ่อแม่

โรคมะเร็งในเด็กเป็นประสบการณ์ที่ยากลำบากและท้าทายสำหรับพ่อแม่ที่ต้องเผชิญกับความเป็นจริงใหม่ที่ทำให้เกิดความกลัว รู้สึกสับสน ขาดความมั่นใจจากการศึกษาพบว่า พ่อแม่ที่ต้องดูแลลูกที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งประสบกับข้อจำกัดในการดำรงชีวิตหลายประการ การทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวได้รับผลกระทบโดยตรงจากกระบวนการรักษา บางครอบครัวพ่อแม่ต้องลาออกจากงานหรือเปลี่ยนงาน เพื่อดูแลเด็กป่วยเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน มีการเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิตประจำวัน (Roser, Erdmann, Michel, Winther, & Mader, 2019) และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว (Erker et al., 2018; Katz et al., 2018) รวมทั้งพ่อแม่อาจมีปัญหาการสื่อสารและเกิดความขัดแย้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Katz et al. (2018) ที่พบว่า แม่มีกรับบทบาทในการดูแลเด็กป่วยที่โรงพยาบาล ส่งผลให้ต้องแยกห่างจากครอบครัว ชีวิตคู่และสมาชิกอื่นในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดในบทบาทของภรรยาที่ไม่สามารถดูแลสามี และไม่สามารถดูแลลูกคนอื่นได้เช่นเดิม นอกจากนี้ การศึกษาของ Mader et al. (2020) และการศึกษาของ Boonchuaylua, Rutchanagul, Kongvattananon, and Barry (2023) ยังสนับสนุนว่า ชีวิตคู่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น มีปัญหาความสัมพันธ์ในความเป็นคู่สามีภรรยาจากการแยกห่างกัน ภรรยาไม่สามารถ

แสดงบทบาทได้เช่นเดิม เกิดความเหงา และมีปัญหาหย่าร้างได้

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในเด็กเป็นสาเหตุที่ทำให้พ่อแม่เกิดความเครียด และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปรับตัวต่อกิจกรรมทางจิตสังคม หลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวต้องเผชิญกับความทุกข์ทางอารมณ์ (emotional distress) อย่างยิ่ง เนื่องจากถูกกดดันทางอารมณ์จากปัจจัยต่างๆ เช่น ความเครียด ความต้องการที่จัดการได้ยาก (Lima-Rodríguez, de Medina-Moragas, Fernández-Fernández, & Lima-Serrano, 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ Peterson, Chung, and Barrera (2020) ที่พบว่า ความไม่สบายใจที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวประสบ เช่น ความวิตกกังวล ความไม่แน่นอน ภาวะซึมเศร้า สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Roberts et al. (2021) ที่พบว่า พ่อแม่ของเด็กโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษามีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง แม้ว่าหลายคนจะสามารถปรับตัวได้ดีเมื่อเวลาผ่านไป แต่หลายคนยังคงประสบกับความเครียดอย่างยิ่งในช่วงที่ลูกของพวกเขาได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และบางคนไม่สามารถปรับตัวได้ ต้องเผชิญกับภาวะทางจิตใจอย่างหนัก ซึ่งอาจแสดงออกมาเป็นอาการเครียดหลังเหตุการณ์รุนแรง (post-traumatic stress symptoms) (Nakayama et al., 2017)

### 3. ผลกระทบต่อพี่น้องน้องของเด็กป่วย

เมื่อเด็กวัยก่อนเรียนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลัน พ่อแม่จะให้ความสนใจเนื่องจากเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวที่สุขภาพแข็งแรงได้อย่างเต็มที่ สมาชิกบางคนต้องแยกจากครอบครัวเป็นระยะเวลานานเพื่อดูแลเด็กป่วยที่โรงพยาบาล ในขณะที่เดียวกัน พี่น้องที่สุขภาพแข็งแรงต้องเผชิญกับความสับสน เกิดการ

เปลี่ยนแปลงสภาวะทางจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง (Erker et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheung et al. (2020) ที่พบว่า พี่น้องได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของพี่หรือน้องและการที่พ่อแม่ไม่อยู่ ทำให้พวกเขา รู้สึกถึงการแยกจากพ่อแม่ รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่ได้ได้รับความสนใจและไม่ชอบบ้านที่ว่างเปล่า ส่วนใหญ่รู้สึกสูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์กับพ่อแม่ เด็กป่วย หรือสมาชิกอื่นในครอบครัว สูญเสียความต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน และสูญเสียความคุ้นเคยในชีวิตประจำวัน (Michel, Brinkman, Wakefield, & Grootenhuys, 2020) นอกจากนี้ พี่น้องยังเกิดความทุกข์ มีความรู้สึกทางลบ และมีสภาวะทางจิตใจที่เป็นลบ รู้สึกเศร้าที่ตนเองกลายเป็นคนไม่สำคัญในครอบครัว กังวลเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน และหวาดกลัวต่อสถานการณ์วิกฤตใหม่ๆ (Cheung et al., 2020)

การเจ็บป่วยของเด็กยังส่งผลกระทบต่อด้านอื่นๆ ต่อพี่น้อง เช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของพี่หรือน้องที่ป่วย รู้สึกเบื่อ ไม่สบายใจ และไม่อยากไปโรงเรียน เนื่องจากต้องตอบคำถามเกี่ยวกับโรคของพี่หรือน้องจากเพื่อนและครู นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการเรียน เนื่องจากพวกเขาคิดถึงพี่หรือน้องที่ป่วยมากเกินไป ทำให้ขาดสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ ในโรงเรียน ส่งผลให้ระดับความสำเร็จในการเรียนลดลง (Cheung et al., 2020)

### 4. ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตครอบครัว

มะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลันในเด็กวัยก่อนเรียนส่งผลกระทบโดยตรงต่อเด็กป่วยและครอบครัว ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่และพลศาสตร์ภายในครอบครัว (family dynamics) ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทุกมิติต่ำกว่าประชากรทั่วไป โดยเฉพาะด้านจิตใจ ซึ่งหลายการศึกษาพบว่า ครอบครัวของเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีคุณภาพชีวิตต่ำลง (Modanloo, Rohani, Shirinabadi Farahani, Vasli, & Pourhosseingholi, 2019;

Van Schoors et al., 2019) เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีภาระหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ต้องแบ่งเวลาสำหรับการดูแลเด็กป่วยและการทำหน้าที่ตามกิจวัตรประจำวัน เช่น ทำความสะอาดบ้าน ดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัว จนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ (Kilic & Oz, 2019)

จากผลกระทบของโรคมะเร็งในเด็กข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การเจ็บป่วยและการรักษาที่ยาวนานทำให้ครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตเพิ่มมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อหลายส่วน ทั้งต่อตัวเด็กและสมาชิกในครอบครัว รวมถึงคุณภาพชีวิตครอบครัวด้วย

### ความหมายของคุณภาพชีวิตครอบครัว

คุณภาพชีวิตครอบครัว (family quality of life) เป็นความรู้สึกเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัวที่มีความเป็นพลวัต โดยกำหนดและบอกเล่าจากมุมมองของสมาชิกในครอบครัว โดยประเมินจากความต้องการของสมาชิกในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวมีความต้องการที่สอดคล้องกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับตัวชี้วัดการรับรู้และการประเมินค่าของแต่ละบุคคล คนภายนอกไม่สามารถตัดสินคุณภาพชีวิตครอบครัวได้ (Zuna, Summers, Turnbull, Hu, & Xu, 2010)

นอกจากนี้ Alnahdi, Alwadei, Woltran, and Schwab (2022) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตครอบครัวว่า การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ความอยู่ดีมีสุขด้านอารมณ์ การสนับสนุนสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถกระทำได้ การสื่อความหมายและการสื่อสารในทางสร้างสรรค์ การใช้เวลาและทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ การให้การศึกษเพื่อชีวิต การปฏิบัติตามหลักธรรมของศาสนา และการปฏิบัติตามกฎหมายเข้าใจสิทธิของผู้อื่น และการใช้ประชาธิปไตยในครอบครัว

โดยสรุป คุณภาพชีวิตครอบครัว หมายถึง ความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวในบริบทที่เฉพาะเจาะจงสำหรับครอบครัว เป็นโครงสร้างที่มีหลายมิติซึ่งพิจารณาครอบครัวโดยรวม ผ่านมิติสุขภาพที่สำคัญหลายด้าน

รวมถึงองค์ประกอบทางกายภาพ อารมณ์ และสังคม

### องค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตครอบครัว

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตครอบครัวช่วยในการประเมินความเป็นอยู่โดยรวมของครอบครัว โดยเฉพาะในบริบทของการเผชิญกับความท้าทายจากการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือโรคมะเร็ง ซึ่งคุณภาพชีวิตครอบครัวมีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. บทบาทของครอบครัว (family roles) หมายถึง การรับรู้และการปฏิบัติในบทบาทต่างๆ ภายในครอบครัว เช่น การเป็นผู้ดูแลหลัก การทำความสะอาดบ้าน การดูแลเด็กและสมาชิกอื่นในครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (Predescu & şipoş, 2017)

2. การสื่อสารในครอบครัว (family communication) หมายถึง ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการสื่อสารกันอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ รวมถึงการแลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูล ความรู้สึก และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทั้งวัจนภาษา (verbal) และอวัจนภาษา (non-verbal) (Wisawatapnimit, 2009)

3. การสนับสนุนทางอารมณ์ในครอบครัว (family emotional support) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแสดงพฤติกรรมทางบวกในการสนับสนุนทางอารมณ์แก่สมาชิกในครอบครัว รวมถึงการให้ความรัก ความเข้าใจ ความเคารพ และการดูแลซึ่งกันและกัน (Van Schoors et al., 2019)

4. การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว (family interactions) หมายถึง พฤติกรรมและความถี่ของการมีความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพภายในครอบครัว ซึ่งสามารถช่วยให้ครอบครัวรู้สึกเชื่อมโยงและร่วมมือกันในช่วงเวลาที่ยากลำบาก (Cheung et al., 2020)

ในระหว่างที่เด็กโรคมะเร็งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บทบาทของครอบครัวจะเปลี่ยนแปลงไป มีการสื่อสารในครอบครัวทั้งทางบวกและทางลบ

มีความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์จากสมาชิก  
ในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น และการมีปฏิสัมพันธ์ใน

ครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งแตกต่างจากครอบครัวที่  
ไม่มีเด็กโรคมะเร็ง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของครอบครัวทั่วไปและครอบครัวที่มีเด็กโรคมะเร็ง

องค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต	ครอบครัวทั่วไป	ครอบครัวที่มีเด็กโรคมะเร็ง
บทบาทของ ครอบครัว (family roles)	ปฏิบัติบทบาทต่างๆ ในครอบครัว ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ ของสมาชิก ให้ความเอาใจใส่ด้าน โภชนาการ สุขอนามัย และสนับสนุน ในเวลาที่สมาชิกป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ รวมถึงแบ่งปันค่าใช้จ่ายและจัดการด้าน การเงินในครอบครัว	มีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของสมาชิก ในครอบครัว พ่อแม่ต้องลาออกจากงาน หรือเปลี่ยนงานเพื่อดูแลเด็กป่วยเมื่อต้อง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครอบครัว ต้องจัดสรรหน้าที่ เช่น การดูแลเด็กป่วย การจัดการงานบ้าน การทำงาน เพื่อให้ ทุกคนมีส่วนร่วมและลดภาระของผู้ดูแล หลัก ให้ความเอาใจใส่สมาชิกที่ไม่ป่วย ลดลง และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นจาก ค่ารักษาพยาบาล เศรษฐกิจของครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลง
การสื่อสารใน ครอบครัว (family communication)	สมาชิกในครอบครัวมีการแลกเปลี่ยน ข้อมูล ความคิด ความรู้สึก และสื่อสารกัน อย่างเปิดเผย และมีการสนับสนุนทั้ง วจนภาษาและอวจนภาษา เช่น การแสดง ท่าทาง การใช้สีหน้า น้ำเสียง การสัมผัส การโอบกอด การจับมือ ซึ่งกันและกัน	อาจมีปัญหาการสื่อสารและเกิดความ ขัดแย้งในครอบครัว ไม่รู้ว่าจะสื่อสารเรื่อง การเจ็บป่วยแก่สมาชิกในครอบครัวให้ เข้าใจได้อย่างไร มีการสื่อสารกับสมาชิก ในครอบครัวลดลง เพราะใช้เวลากับ เด็กป่วยมากขึ้น หรือมีการสื่อสารใน ครอบครัวเพิ่มมากขึ้น เนื่องจาก ความจำเป็นในการแบ่งปันข้อมูลและ การตัดสินใจ มีการพูดคุยเกี่ยวกับ การจัดสรรเวลาและทรัพยากร เช่น การไป โรงพยาบาล การดูแลเด็กคนอื่นในบ้าน

**ตารางที่ 1** องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของครอบครัวทั่วไปและครอบครัวที่มีเด็กโรคมะเร็ง (ต่อ)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	ครอบครัวทั่วไป	ครอบครัวที่มีเด็กโรคมะเร็ง
การสนับสนุนทางอารมณ์ในครอบครัว (family emotional support)	ครอบครัวแสดงพฤติกรรมทางบวกในการสนับสนุนทางอารมณ์แก่สมาชิกในครอบครัว รวมถึงการให้ความรัก ความใส่ใจ ความเข้าใจ ความเคารพ และการดูแลซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจและช่วยเหลือกันในเวลาที่เหมาะสมกับความเครียดหรือปัญหา เช่น การปลอบโยนเมื่อคนใดคนหนึ่งรู้สึกท้อแท้ สร้างความรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น	ระหว่างการรักษาของเด็กป่วยส่งผลให้เกิดผลทางบวกและทางลบในการสนับสนุนทางอารมณ์ในครอบครัว โดยผลทางบวก คือ มีการให้กำลังใจกันมากขึ้นในเวลาที่เหมาะสมกับความเครียด ปลอบโยนเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งรู้สึกท้อแท้ และช่วยแบ่งปันความรู้สึกรีเครียดหรือความกังวลจากการเจ็บป่วยของเด็ก มีการแสดงความรักและความใส่ใจต่อเด็กป่วยมากขึ้น ส่วนผลทางลบ คือ การแสดงความใส่ใจต่อสมาชิกอื่นในครอบครัว พี่หรือน้องของเด็กป่วยลดลง พี่น้องประสบกับความทุกข์ ความรู้สึกทางลบ และรู้สึกเศร้าที่ตนเองกลายเป็นคนไม่สำคัญในครอบครัว และรู้สึกว่าความอบอุ่นในครอบครัวลดลง
การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว (family interactions)	มีพฤติกรรมที่แสดงการมีความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพในครอบครัว เช่น การใช้เวลาเพื่อพูดคุยหรือทำสิ่งเล็กน้อยๆ ร่วมกันอย่างเหมาะสม และให้ความสำคัญกับสมาชิกทุกคนเท่าๆ กัน ร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหาและลดความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์	ชีวิตคู่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของเด็ก เช่น มีปัญหาความสัมพันธ์ในความเป็นคู่สามีภรรยาจากการแยกห่างกัน ภรรยาไม่สามารถแสดงบทบาทได้เช่นเดิม เกิดความเหงา และมีปัญหาหย่าร้าง รวมถึงความสัมพันธ์กับสมาชิกอื่นในครอบครัวลดลง การทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันสมาชิกลดลง เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลเด็กป่วย มีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้นเพื่อร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหาต่างๆ จากการรักษา

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตครอบครัว**

คุณภาพชีวิตครอบครัวได้รับผลกระทบและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย หากสามารถระบุปัจจัยต่างๆ นี้ได้ จะช่วยให้ครอบครัวสามารถเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตครอบครัวในขณะที่มีเด็กโรคมะเร็งได้ ซึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตทั้งของเด็กวัยก่อนเรียน

ที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลันและครอบครัว แบ่งออกเป็นปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านครอบครัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีดังนี้**

**1.1 ปัจจัยด้านเด็กป่วย ได้แก่** ลักษณะการเจ็บป่วยของเด็ก ปัจจัยเฉพาะของการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

ความเข้มข้นของการรักษา และภาวะแทรกซ้อนระยะยาว จากโรคมะเร็งในเด็ก ปัจจัยเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตทั้งของเด็กและครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วย จากโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจำเป็นต้องได้รับการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้เกิดข้อจำกัดต่อการทำกิจกรรม ต่าง ๆ ส่งผลให้การมีปฏิสัมพันธ์ต่อสังคมลดลง เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและจิตใจของเด็กและครอบครัว (Carlsson, Kukkola, Ljungman, Hovén, & von Essen, 2019; Molzon et al., 2018; Toledano-Toledano et al., 2021; Ward et al., 2019) นอกจากนี้ในเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับการรักษา อย่างเข้มข้นย่อมมีผลข้างเคียงจากการรักษา อาจทำให้ พัฒนาการเด็กล่าช้ากว่าวัย (Bakker et al., 2023)

1.2 ปัจจัยด้านพ่อแม่ ได้แก่ อายุของพ่อแม่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระดับความเครียด มีผลต่อคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีเด็กโรคมะเร็ง (Cheung et al., 2020) เนื่องจากกลุ่มสมรสมีส่วนช่วย สนับสนุนทางจิตใจและสังคมซึ่งกันและกัน รวมถึง พ่อแม่ที่มีระดับการศึกษาสูงจะส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งของเด็ก พยายามค้นหาแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดูแลรักษาพร้อมกับทีมแพทย์ ในบาง ครอบครัวอาจทำให้พ่อแม่เกิดความเครียดต่อความ เจ็บป่วยของลูกสูง ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดในครอบครัว แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง (Francisco Mora, Ibáñez, & Balcells-Balcells, 2020)

## 2. ปัจจัยด้านครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านรายได้ของ ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา ของครอบครัว รูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับลูก รวมถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพ่อกับแม่ ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (Molzon et al., 2018; Venunathan, Muthugounder, & Reetha Devi, 2021) และการศึกษาของ Chaghazardi, Janatolmakan, Rezaeian, and Khatony (2022) ระบุว่า ครอบครัว

ที่มีรายได้สูงมีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กต่ำ และมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าประชากรทั่วไป อีกทั้ง สภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรมากและพร้อมสนับสนุน ให้กับครอบครัว เช่น ในเขตเมือง อาจนำไปสู่ผลลัพธ์ ที่ดีต่อคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีเด็กโรคมะเร็ง หลาย การศึกษายังพบว่า บทบาทของครอบครัวมักเปลี่ยนแปลง ไป ทำให้เกิดความตึงเครียดในความสัมพันธ์และเกิด ปัญหาการสื่อสารกับสมาชิกอื่นในครอบครัว ซึ่งส่งผล เสียต่อคุณภาพการดูแลเด็กและคุณภาพชีวิตครอบครัว (Van Schoors et al., 2019)

จะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตครอบครัวได้รับอิทธิพล จากหลายปัจจัย ดังนั้น ปัจจัยเหล่านี้ควรได้รับการค้นหา และระบุไว้ในโปรแกรมหรือกระบวนการต่าง ๆ เพื่อช่วย ให้ครอบครัวสามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีหรือเพิ่ม คุณภาพชีวิตครอบครัว

## แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัว

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัว (enhancing family quality of life) เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้น การยกระดับความเป็นอยู่ของครอบครัวในด้านต่าง ๆ เช่น การปรับบทบาทของครอบครัว การสื่อสารที่ดีใน ครอบครัว การสนับสนุนทางอารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Boonchuaylua et al., 2023) ซึ่งมีแนวทางการส่งเสริมดังนี้

1. การสร้างความตระหนักรู้ต่อโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในเด็กวัยก่อนเรียน บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นแก่ครอบครัว ได้แก่ การดูแลสุขภาพพื้นฐานเมื่อเผชิญกับโรคมะเร็ง การมารับยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา การเฝ้าระวัง อาการข้างเคียงภายหลังได้รับยาที่อาจเกิดขึ้น การส่งเสริม โภชนาการในเด็กป่วย การส่งเสริมพัฒนาการ และการ สนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์ให้กับเด็กและครอบครัว (De la Maza et al., 2020) ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกใน ครอบครัวเกิดความรู้ ความเข้าใจ สามารถปรับบทบาท หน้าที่ของทุกคนในครอบครัวเมื่อมีเด็กป่วยในครอบครัว

ได้เหมาะสม

2. การให้แรงสนับสนุนทางอารมณ์และจิตสังคม เป็นการให้ความช่วยเหลือและเน้นการดูแลที่ประคับประคองจิตใจแก่บุคคลที่กำลังเผชิญกับความยากลำบาก ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยอย่างวิกฤตด้วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งอาจอยู่ในภาวะเครียดและวิตกกังวลอย่างสูง นับเป็นการปรับตัวต่อสถานการณ์อย่างท้าทายสำหรับครอบครัว (Lima-Rodríguez et al., 2022) การได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์และจิตสังคมมีหลายรูปแบบ เช่น การได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต การเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนจากครอบครัวที่มีประสบการณ์คล้ายกัน หรือการมีเครือข่ายชุมชนที่ให้การช่วยเหลือทั้งทางอารมณ์และจิตสังคม โดยการสนับสนุนทางอารมณ์และจิตสังคม มีบทบาทสำคัญในการช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และช่วยให้ครอบครัวสามารถรับมือกับสถานการณ์และความท้าทายที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กโรคมะเร็งได้ดี อีกทั้งยังช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในสังคมด้วย (Luo, Xia, He, Zhang, & Li, 2021) ซึ่งกลวิธีสำคัญที่ช่วยสร้างความยืดหยุ่นต่อการจัดการความเครียดสำหรับพ่อแม่ของเด็กโรคมะเร็ง คือ การตั้งเป้าหมายอย่างชัดเจน การปรับกรอบความคิด และการสร้างความหมายผ่านการให้คำแนะนำแบบตัวต่อตัว จะช่วยให้ครอบครัวเผชิญกับปัญหาได้

3. การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลรักษา ตลอดจนใช้ครอบครัวเป็นฐานในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยรูปแบบการดูแลมุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับครอบครัวผ่านการให้ความรู้ การสร้างร่วมมือภายในครอบครัว การปรับบทบาทของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพของสมาชิกทุกคนในครอบครัว นอกจากนี้ รูปแบบการดูแลผ่านครอบครัวเป็นฐานควรให้ความสำคัญกับมิติด้านจิตใจ โดยให้การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตสังคมไปจนถึงการวางแผนจัดการด้านเศรษฐกิจและสังคม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัว

ทั้งนี้ รูปแบบการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดโดยใช้ครอบครัวเป็นฐาน มีกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

3.1 การสร้างความร่วมมือภายในครอบครัว เพื่อดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นสิ่งสำคัญในการสนับสนุนเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของทุกคนในครอบครัว โดยเริ่มตั้งแต่เด็กได้รับการวินิจฉัย การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และผลกระทบร่วมกัน จะช่วยลดความเครียดและความสับสนแก่ครอบครัว ระหว่างการรักษาหรือในช่วงที่ครอบครัวต้องตัดสินใจเรื่องสำคัญ และหลังการรักษา เมื่อเด็กเริ่มฟื้นตัวและกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ ซึ่งต้องการความร่วมมือเพื่อสนับสนุนให้เด็กและครอบครัวปรับตัวได้ดี

3.2 การปรับบทบาทสมาชิกในครอบครัว พยาบาลมีบทบาทในการช่วยปรับบทบาทของครอบครัว โดยช่วยให้ครอบครัวจัดสรรเวลาของสมาชิกในครอบครัว เพื่อช่วยดูแลสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งและตอบสนองความต้องการของสมาชิกอื่นได้ โดยสามารถทำงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบของตัวเองได้เช่นเดิม มีการช่วยเหลือกัน สนับสนุนกันในเรื่องงานบ้าน หรือการดูแลพี่น้องคนอื่น รวมถึงมีการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีการกำหนดความรับผิดชอบของแต่ละคน เช่น ใครจะดูแลเรื่องยา อาหาร การพาไปโรงพยาบาล

3.3 การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในครอบครัว โดยการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความใกล้ชิดกันเพิ่มมากขึ้น พยายามรักษาความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว และแสดงความเต็มใจที่จะดูแลบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วย หรือเมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ (Boonchuaylua et al., 2023) ปรึกษาหารือกันเมื่อมีประเด็นการตัดสินใจที่สำคัญทั้งจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของสมาชิกในครอบครัวหรือเรื่องอื่น ๆ พูดคุยเกี่ยวกับโรคมะเร็งกับสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับ

การรักษาและผลข้างเคียงของการรักษาเพิ่มมากขึ้น หลังจากได้รับข้อมูลทางการแพทย์ที่ครบถ้วน โดยเลือก ช่วงเวลาที่เหมาะสม คือ ทุกคนสามารถมีสมาธิ มีความพร้อมทางอารมณ์ที่จะพูดคุยอย่างเปิดเผย และรับฟังซึ่งกันและกัน ภายใต้บรรยากาศในการสื่อสารที่ดี เลือกสถานที่ที่เงียบสงบ หรือสถานที่ที่ทุกคนรู้สึกผ่อนคลาย

3.4 การให้แรงสนับสนุน หากครอบครัวต้องการความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ พยาบาล ทำหน้าที่ในการประสานงานทีมแพทย์ พยาบาล หรือนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อแนะนำวิธีการกับสถานการณ์ หรือปัญหาของครอบครัว และส่งเสริมการสนับสนุนทางอารมณ์ในครอบครัว การแบ่งปันความรู้สึกเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ความเอาใจใส่ เข้าใจความรู้สึกของกันและกัน แสดงความห่วงใยต่อกันของสมาชิกในครอบครัว และมีการสอบถามความเป็นอยู่ทั่ว ๆ ไปของสมาชิกในครอบครัว ส่งเสริมกิจกรรมทางบวกในครอบครัว เช่น ทำกิจกรรมที่เด็กและครอบครัวชอบ เช่น อ่านหนังสือ ดูภาพยนตร์ หรือเล่นเกม เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ

3.5 การวางแผนจัดการด้านเศรษฐกิจและสังคม ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนั้น การจัดการด้านเศรษฐกิจมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากโรคนี้อาจต้องการการดูแลระยะยาว มีค่าใช้จ่ายสูง และอาจส่งผลกระทบต่อทุกมิติของคุณภาพชีวิตครอบครัว การส่งเสริมการจัดการอย่างเป็นระบบสามารถช่วยลดภาระและเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งเด็กและครอบครัวได้ โดยส่งเสริมให้ครอบครัวประเมินค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางในการไปกลับโรงพยาบาลเป็นประจำ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น อาหารเฉพาะโรค และพยาบาลช่วยสำรวจสิทธิประโยชน์ทางการเงิน เช่น ประกันสุขภาพ ประกันสังคม หรือสิทธิผู้ป่วยจากหน่วยงานรัฐ ช่วยติดต่อองค์กรหรือมูลนิธิที่ช่วยเหลือ

เด็กป่วย เช่น มูลนิธิศูนย์มะเร็งเด็ก หรือองค์กรการกุศล เมื่อครอบครัวต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ

## สรุป

ครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาสต์ชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ ตั้งแต่เด็กเริ่มได้รับการวินิจฉัยโรค ตลอดจนกระบวนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่มีระยะเวลายาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งต่อตัวเด็กป่วย พ่อแม่ พี่หรือน้องของเด็กป่วย และคุณภาพชีวิตครอบครัว ทั้งนี้ องค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตครอบครัวที่ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ได้แก่ บทบาทของครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว การสนับสนุนทางอารมณ์ในครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว โดยครอบครัวที่มีเด็กโรคมะเร็งมีการดำเนินชีวิตครอบครัวที่แตกต่างจากครอบครัวทั่วไป หากมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตครอบครัวที่มีเด็กโรคมะเร็งที่ครอบคลุมองค์ประกอบดังกล่าว โดยมีการปรับบทบาทของครอบครัว มีการสื่อสารในครอบครัวที่ดี มีการสนับสนุนทางอารมณ์ในครอบครัว และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว จะช่วยให้ครอบครัวสามารถรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ได้ในสถานการณ์ที่ได้รับผลกระทบจากโรคมะเร็งและการรักษา

## เอกสารอ้างอิง

Alnahdi, G. H., Alwadei, A., Woltran, F., & Schwab, S. (2022). Measuring family quality of life: Scoping review of the available scales and future directions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15473. doi:10.3390/ijerph192315473

- Atout, M., Alrimawi, I., Daibes, M. A., & Abusalameh, E. (2021). The lived experience of family members who care for children with cancer: An interpretative phenomenological approach. *European Journal of Oncology Nursing, 52*, 101978. doi:10.1016/j.ejon.2021.101978
- Bakker, A., Streefkerk, N., Bakker, A., van Gorp, M., van Litsenburg, R., Grootenhuis, M., & Irestorm, E. (2023). A systematic review of health-related quality of life in children and adolescents during treatment for cancer. *EJC Paediatric Oncology, 2*(2023), 100134. doi:10.1016/j.ejcped.2023.100134
- Boonchuaylua, P., Rutchanagul, P., Kongvattananon, P., & Barry, C. D. (2023). Quality of life of families caring for preschool children with acute lymphoblastic leukemia undergoing chemotherapy: A qualitative descriptive study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 27*(3), 585–600. doi:10.60099/prijnr.2023.262082
- Carlsson, T., Kukkola, L., Ljungman, L., Hovén, E., & von Essen, L. (2019). Psychological distress in parents of children treated for cancer: An explorative study. *PLoS One, 14*(6), e0218860. doi:10.1371/journal.pone.0218860
- Chaghazardi, M., Janatolmakan, M., Rezaeian, S., & Khatony, A. (2022). Care burden and associated factors in caregivers of children with cancer. *Italian Journal of Pediatrics, 48*(1), 92. doi:10.1186/s13052-022-01291-w
- Cheung, C. K., Acquati, C., Smith, E., Katerere-Virima, T., Helbling, L., & Betz, G. (2020). The impact of a cancer diagnosis on sibling relationships from childhood through young adulthood: A systematic review. *Journal of Family Social Work, 23*(4), 357–377. doi:10.1080/10522158.2020.1799897
- De la Maza, V., Manriquez, M., Castro, M., Viveros, P., Fernandez, M., Vogel, E., ... Torres, J. P. (2020). Impact of a structured educational programme for caregivers of children with cancer on parental knowledge of the disease and paediatric clinical outcomes during the first year of treatment. *European Journal of Cancer Care, 29*(6), e13294. doi:10.1111/ecc.13294
- Erdmann, F., Frederiksen, L. E., Bonaventure, A., Mader, L., Hasle, H., Robison, L. L., & Winther, J. F. (2021). Childhood cancer: Survival, treatment modalities, late effects and improvements over time. *Cancer Epidemiology, 71*(Pt B), 101733. doi:10.1016/j.canep.2020.101733
- Erker, C., Yan, K., Zhang, L., Bingen, K., Flynn, K. E., & Panepinto, J. (2018). Impact of pediatric cancer on family relationships. *Cancer Medicine, 7*(5), 1680–1688. doi:10.1002/cam4.1393
- Francisco Mora, C., Ibáñez, A., & Balcells-Balcells, A. (2020). State of the art of family quality of life in early care and disability: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(19), 7220. doi:10.3390/ijerph17197220

- Gise, J., & Cohen, L. L. (2022). Social support in parents of children with cancer: A systematic review. *Journal of Pediatric Psychology, 47*(3), 292–305. doi:10.1093/jpepsy/jsab100
- Hooke, M. C., & Linder, L. A. (2019). Symptoms in children receiving treatment for cancer—part I: Fatigue, sleep disturbance, and nausea/vomiting. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 36*(4), 244–261. doi:10.1177/1043454219849576
- Katz, L. F., Fladeboe, K., Lavi, I., King, K., Kawamura, J., Friedman, D., ... Stettler, N. (2018). Trajectories of marital, parent-child, and sibling conflict during pediatric cancer treatment. *Health Psychology, 37*(8), 736–745. doi:10.1037/hea0000620
- Kilic, S. T., & Oz, F. (2019). Family caregivers' involvement in caring with cancer and their quality of life. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 20*(6), 1735–1741. doi:10.31557/APJCP.2019.20.6.1735
- Lima-Rodríguez, J. S., de Medina-Moragas, A. J., Fernández-Fernández, M. J., & Lima-Serrano, M. (2022). Factors associated with quality of life in relatives of adults with serious mental illness: A systematic review. *Community Mental Health Journal, 58*(7), 1361–1380. doi:10.1007/s10597-022-00948-4
- Luo, Y. H., Xia, W., He, X. L., Zhang, J. P., & Li, H. C. W. (2021). Psychological interventions for enhancing resilience in parents of children with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer, 29*(11), 7101–7110. doi:10.1007/s00520-021-06344-0
- Mader, L., Hargreave, M., Frederiksen, L. E., Bidstrup, P. E., Dalton, S. O., Kjaer, S. K., ... Erdmann, F. (2020). The impact of childhood cancer on parental separation, divorce, and family planning in Denmark. *Cancer, 126*(14), 3330–3340. doi:10.1002/cncr.32901
- Mavrea, K., Efthymiou, V., Katsibardi, K., Tsarouhas, K., Kanaka-Gantenbein, C., Spandidos, D. A., ... Bacopoulou, F. (2021). Cognitive function of children and adolescent survivors of acute lymphoblastic leukemia: A meta-analysis. *Oncology Letters, 21*(4), 262. doi:10.3892/ol.2021.12523
- Melesse, T. G., Chau, J. P. C., & Nan, M. A. (2022). Effects of cognitive-behavioural therapy on psychological, physical and social outcomes of children with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 157*, 110805. doi:10.1016/j.jpsychores.2022.110805

- Michel, G., Brinkman, T. M., Wakefield, C. E., & Grootenhuis, M. (2020). Psychological outcomes, health-related quality of life, and neurocognitive functioning in survivors of childhood cancer and their parents. *Pediatric Clinics of North America*, *67*(6), 1103–1134. doi:10.1016/j.pcl.2020.07.005
- Modanloo, S., Rohani, C., Shirinabadi Farahani, A., Vasli, P., & Pourhosseingholi, A. (2019). General family functioning as a predictor of quality of life in parents of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, *44*, e2–e8. doi:10.1016/j.pedn.2018.08.013
- Molzon, E. S., Mullins, L. L., Cushing, C. C., Chaney, J. M., McNall, R., & Mayes, S. (2018). The relationship between barriers to care, caregiver distress, and child health-related quality of life in caregivers of children with cancer: A structural equation modeling approach. *Children's Health Care*, *47*(1), 1–15. doi:10.1080/02739615.2016.1275639
- Mukherjee, S., Richardson, N., & Beresford, B. (2023). Hospital healthcare experiences of children and young people with life-threatening or life-shortening conditions, and their parents: Scoping reviews and resultant conceptual frameworks. *BMC Pediatrics*, *23*(1), 366. doi:10.1186/s12887-023-04151-6
- Nakayama, N., Mori, N., Ishimaru, S., Ohyama, W., Yuza, Y., Kaneko, T., & Matsushima, E. (2017). Factors associated with posttraumatic growth among parents of children with cancer. *Psycho-Oncology*, *26*(9), 1369–1375. doi:10.1002/pon.4307
- Nguyen, H. T. K., Terao, M. A., Green, D. M., Pui, C. H., & Inaba, H. (2021). Testicular involvement of acute lymphoblastic leukemia in children and adolescents: Diagnosis, biology, and management. *Cancer*, *127*(17), 3067–3081. doi:10.1002/cncr.33609
- Peterson, R. K., Chung, J., & Barrera, M. (2020). Emotional symptoms and family functioning in caregivers of children with newly diagnosed leukemia/lymphomas and solid tumors: Short-term changes and related demographic factors. *Pediatric Blood & Cancer*, *67*(2), e28059. doi:10.1002/pbc.28059
- Peyam, S., & Trehan, A. (2020). Childhood acute lymphoblastic leukemia – an update. *Indian Journal of Practical Pediatrics*, *22*(3), 249–251. Retrieved from [https://www.ijpp.in/Files/2020/ver3/Childhood\\_acute\\_lymphoblastic.pdf](https://www.ijpp.in/Files/2020/ver3/Childhood_acute_lymphoblastic.pdf)
- Predescu, E., & Şipoş, R. (2017). Family quality of life in autism spectrum disorders (ASD). In M. Fitzgerald & J. Yip (Eds.), *Autism – Paradigms, Recent Research and Clinical Applications* (pp. 87–111). doi:10.5772/66201

- Roberts, S. D., Kazazian, V., Ford, M. K., Marini, D., Miller, S. P., Chau, V., ... Sananes, R. (2021). The association between parent stress, coping and mental health, and neurodevelopmental outcomes of infants with congenital heart disease. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(5), 948–972. doi: 10.1080/13854046.2021.1896037
- Rosenberg, A. R., Bradford, M. C., Junkins, C. C., Taylor, M., Zhou, C., Sherr, N., ... Yi-Frazier, J. P. (2019). Effect of the promoting resilience in stress management intervention for parents of children with cancer (PRISM-P): A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 2(9), e1911578. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.11578
- Roser, K., Erdmann, F., Michel, G., Winther, J. F., & Mader, L. (2019). The impact of childhood cancer on parents' socio-economic situation – A systematic review. *Psycho-Oncology*, 28(6), 1207–1226. doi:10.1002/pon.5088
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Fuchs, H. E., & Jemal, A. (2021). Cancer statistics, 2021. *A Cancer Journal for Clinicians*, 71(1), 7–33. doi:10.3322/caac.21654
- Suh, E., Stratton, K. L., Leisenring, W. M., Nathan, P. C., Ford, J. S., Freyer, D. R., ... Henderson, T. O. (2020). Late mortality and chronic health conditions in long-term survivors of early-adolescent and young adult cancers: A retrospective cohort analysis from the childhood cancer survivor study. *The Lancet, Oncology*, 21(3), 421–435. doi:10.1016/S1470-2045(19)30800-9
- Toledano-Toledano, F., Luna, D., Moral de la Rubia, J., Martínez Valverde, S., Bermúdez Morón, C. A., Salazar García, M., & Vasquez Pauca, M. J. (2021). Psychosocial factors predicting resilience in family caregivers of children with cancer: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 748. doi:10.3390/ijerph18020748
- Van Schoors, M., De Paepe, A. L., Norga, K., Cosyns, V., Morren, H., Vercruyssen, T., ... Verhofstadt, L. L. (2019). Family members dealing with childhood cancer: A study on the role of family functioning and cancer appraisal. *Frontiers in Psychology*, 10, 1405. doi:10.3389/fpsyg.2019.01405
- Venunathan, A., Muthugounder, K., & Reetha Devi, V. S. (2021). Quality of life among the parents of children with hematological malignancies: A pilot study. *International Journal of Contemporary Medicine*, 9(2), 29–36. doi:10.37506/ijocm.v9i2.3076
- Ward, Z. J., Yeh, J. M., Bhakta, N., Frazier, A. L., Girardi, F., & Atun, R. (2019). Global childhood cancer survival estimates and priority-setting: A simulation-based analysis. *The Lancet Oncology*, 20(7), 972–983. doi:10.1016/S1470-2045(19)30273-6
- Wisawatapnimit, P. (2009). *Assessment of family quality of life among families with a member who has cancer* (Doctoral dissertation). Nashville, TN: Vanderbilt University.

Zuna, N., Summers, J. A., Turnbull, A. P.,  
Hu, X., & Xu, S. (2010). Theorizing about  
family quality of life. In R. Kober (Ed.),  
*Enhancing the quality of life of people  
with intellectual disabilities* (pp. 241–  
278). Dordrecht, Netherlands: Springer.

---

**สมรรถนะพยาบาลในการดูแลระยะยาว  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
Nursing Competency in Long-term Care  
for Older Adults with Dependency**

รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing)<sup>1</sup>  
Rungnapha Khiewcham, Ph.D. (Nursing)<sup>1</sup>

Received: September 22, 2024    Revised: December 26, 2024    Accepted: December 27, 2024

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลกเนื่องจากการแพทย์และการสาธารณสุขมีการพัฒนามากขึ้น สำหรับประเทศไทย ในปี 2567 มีผู้สูงอายุร้อยละ 19.80 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) ภาวะความเสื่อมถอยด้านร่างกายทำให้ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง บางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และอยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว (long-term care [LTC]) อีกทั้งผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพของโรคที่ไม่หายขาดและอาจมีการกำเริบหรือลุกลามของโรค มีความพิการหรือทุพพลภาพตามมา ดังนั้น การบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจึงมีความต้องการมากขึ้น ดังการศึกษาที่พบว่า ในปี 2563 ผู้สูงอายุที่มีความพิการหรือทุพพลภาพ หรือมีภาวะความจำเสื่อม มีต้องการการดูแลระยะยาวจำนวนมากถึง 700,000 คน (อนุชย์ ปุริสังข์, กำทร ดานา, พัชรมาศ คุณวงศ์, และอนุชา ไทยวงษ์, 2567) แสดงให้เห็นว่า ความต้องการการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยสูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

การดูแลระยะยาว เป็นการจัดการบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการการช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการต่าง ๆ หรือผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน การสร้างระบบการดูแลระยะยาวจึงต้องอาศัยการบูรณาการด้านสาธารณสุขและสังคมในระดับชุมชน ได้แก่ ตำบล หมู่บ้าน และครอบครัว เน้นความยั่งยืนและความเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาว การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน และที่สำคัญ คือ การให้บริการด้านสาธารณสุขของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรประสานความร่วมมือแบบภาคีเครือข่าย โดยมีผู้จัดการการดูแลระยะยาว (care manager [CM])

<sup>1</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1</sup> Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, E-mail: rungnapha@pnc.ac.th

เช่น พยาบาลชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด และมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver [CGI]) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดความยั่งยืน (สุนทรฯ สมกำลัง, 2565) พยาบาลซึ่งเป็นผู้จัดการการดูแลระยะยาวจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ขับเคลื่อนงานระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเป็นผู้ดูแลระบบการกำกับติดตามการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CM) โดยทำงานประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย (ฉัตรรัตน์ ทองเงิน, ศรียามน ตรีพัฒน์, และยุวณัฐ สัตยสมบุรณ์, 2567) เพื่อให้ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเกิดความสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และยั่งยืน

### การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดบริการด้านสาธารณสุขและสังคม ที่มุ่งให้ความสำคัญกับการฟื้นฟู การบำบัด และการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ อีกทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอย่างอิสระได้มากที่สุด โดยยังคงเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การดูแลระยะยาวที่เป็นทางการ ดำเนินการโดยภาครัฐหรือภาคเอกชน ซึ่งบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการ คือ บุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม เช่น พยาบาล และ 2) การดูแลระยะยาวที่ไม่เป็นทางการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน หรือชุมชน

การพัฒนาการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ด้านสาธารณสุขในชุมชน มีความมุ่งหวังหลายประการ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับการบริการด้านสาธารณสุขและสังคม ได้แก่ การคัดกรอง ส่งเสริมป้องกัน และฟื้นฟู โดยผู้สูงอายุจะได้รับการจัดระดับความจำเป็นของการดูแลระยะยาว เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 2) ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุน

และช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพหรือภาวะพึ่งพิงควรได้รับการดูแลแบบครบวงจร รวมทั้งระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน 4) ควรมีระบบการสนับสนุนการดูแลในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานี่ดูแลชั่วคราว (respite care) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (community LTC center) หรือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home care) และ 5) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว ควรได้รับการให้บริการจากสถานพยาบาลทุกแห่ง

### สมรรถนะพยาบาลในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

พยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการดูแลระยะยาว โดยบทบาทพยาบาลในการจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน (ฉัตรรัตน์ ทองเงิน และคณะ, 2567) ได้แก่ 1) การค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแล (screening) ในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม 2) การคัดกรองหรือประเมินปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ (assessment) เพื่อสามารถค้นหาปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบองค์รวม 3) การจัดทำแผนการดูแล (care plan) เพื่อแก้ไขปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจตามความต้องการและเป็นไปตามปัจเจกบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) การดำเนินงานตามแผนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (implementation) โดยประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้การดำเนินการดูแลระยะยาวเกิดความยั่งยืน

5) การกำกับการดูแล (monitoring) เพื่อให้เป็นไปตามแผนการดูแลที่ได้จัดทำไว้ 6) การประเมินแผนการดูแล (evaluation) เพื่อประเมินผลการดำเนินการของการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ได้วางแผน ว่าครบถ้วนและครอบคลุมปัญหาของการดูแลและระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือไม่ และ 7) การทบทวนแผนการดูแล (revising care plan) เพื่อดำเนินการแก้ไขการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องมีพยาบาลชุมชนที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลประกอบด้วย การค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การคัดกรองผู้สูงอายุ การจัดทำแผนการดูแล การดำเนินงานตามแผนการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การกำกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว การประเมินแผนการดูแล และการทบทวนแผนการดูแลเพื่อปรับปรุงระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปีถัดไป เพื่อให้เกิดระบบการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *สถิติผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/1>
- ธัญวรัตน์ ทองเงิน, ศรียามน ดิรพัฒน์, และยุวณัฐ สัตยสมบูรณ์. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้จัดการระบบการดูแลและระยะยาวด้านสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประเทศไทย. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*, 10(2), 329-345.
- สุนตรา สมกำลัง. (2565). *การพัฒนาเครื่องมือสำหรับการประเมินสมรรถนะผู้จัดการการดูแลและระยะยาวในระบบสุขภาพอำเภอ (คุณฉันทิพนธ์ปริญญาคุณฉันทิต)*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อะนุดย์ ปุริสังข์, กำพร ดานา, พัชรมาศ คุณวงศ์, และอนุชา ไทยวงษ์. (2567). การพัฒนาระบบบริการการดูแลและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 21(พิเศษ), 108-123.

