



# วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

Journal of Health and Health Management

ISSN 2408-1396 (Print)  
ISSN 2730-2512 (Online)

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2565

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI  
สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Vol.8 No.1 January-June 2022

## บทความวิชาการ

- การเยี่ยมบ้านวิถีใหม่: บทบาทของพยาบาลชุมชนไทยต่อการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด 19) ..... จันทนา อาจสันเทียะ;  
ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง ..... *แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล, สายสมร เฉลยภักต*
- บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสนับสนุนครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้าน: กรณีศึกษา ..... *ชัยณรงค์ นาคเทศ, สุปราณี มณีวงศ์,  
กัณณิกา นวมโคกสูง, กชกร ธรรมนำศีล*
- กลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาคุณลักษณะของนักศึกษาพยาบาล สู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21: ..... *บุณณิภัสส์ อริยะปรานต์, สุสิ ทองวิเชียร,  
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ..... สุภาวดี สมจิตต์, สุภัจฉรี มະกรกรรม*

## บทความวิจัย

- ผลของรูปแบบกิจกรรมตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ..... *มยุรินทร์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, เอมอักษรา วัฒนบุรานนท์,  
ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดชลบุรี ..... ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม, นิภา มหาธิษพงศ์*
- การพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการ การดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน ..... *สุวิมล พนาวัฒน์กุล, นลินรัตน์ รักกฤษ,  
อนุชัย รามวงศ์งูร*
- ปัจจัยทำนายการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของปัจจัยพลังอำนาจในการดูแลสมาชิก..... *สุวรรณี ละออบิกษิน, สุปราณี มณีวงศ์,  
ที่ป่วยการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคม ..... ชัยณรงค์ นาคเทศ*
- ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ..... *ชัยณรงค์ นาคเทศ, วิภา เทียงธรรม,  
จากครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ..... ปาหนัน พิษขัญญ์ไญ*
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ..... *มงคล การุณจามพรรณ, อังณา ชื่นบุญ,  
นักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาทางอสิทในประเทศไทย ..... ศรีบุญ พงศ์ประเสริฐสิน*
- การวิเคราะห์สำเนียงทางปัจจัยของความรอบรู้ด้านสุขภาพกิจกรรมการดูแลตนเองความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ..... *อะเคือ กุลประสุตติติก, ประภากรณั ประเสริฐสม,  
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อระดับไกลโคไซเลตซีโมโกบีนในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ..... บุณณิภัสส์ อริยะปรานต์*
- อิทธิพลของบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่อผลลัพธ์..... *ทัศนีย์ สุนทร, เนตรชนก ศรีภูมิ,  
ด้านความปลอดภัย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไป ..... เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย*
- ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ..... *อดิณญา ลาคุณ, สนาไพโร ขวาทไทย*
- การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมการเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็น..... *พรรณวิภา บรรณเกียรติ,  
สำหรับครูโรงเรียนสอนคนตาบอด ..... สุวรรณภา อนุสันติ, นิราศศิริ โรจนธรรมกุล*
- โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อความเข้มแข็งของครอบครัวในบริบทสังคมไทย ..... *อุษา ศรีจินดาธิรัตน์, ประทีป จินดี, สัตถาวลัย เกษมเนตร,  
ประเนต เค้าฉิม, ชุศรี วงศ์รัตน์, ยุทธนา ไชยจุฑาล, กัศนา ทองกัถิ, สิทธิพร ครามานนท์, พวงรัตน์ เกษรแพทย์*
- ความผูกของอาการปวดกล้ามเนื้อและการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ..... *นำพร อันสิน, กัญญาณัฐ สอนสุญ,  
จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล, ศศิวรรณ ทัศนชัย*
- การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ..... *พีศสัสดี อารองศ์อรกุล*  
เทศบาลเมืองเมืองปัก อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา
- การศึกษาสภาพปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนบริเวณรอบวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ..... *อรพรรณ สือบุญวิชัย, ดวงเดือน ศาสตรภัทร,  
สุภารัตน์ วงศ์จุลชาติ, ณิตา พิศเพลิน, นารีรัตน์ กิติอาษา, วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา*
- การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศูนย์เรียนรู้วัฒนธรรมบุญภูมิปัญญาสู่การยกระดับ ..... *วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, สันติภาพ กลิ่นทอง,  
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลห้วยเสนาและตำบลวังตะโก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ..... รัชดาวลัย จิตรพรกุลวศิน, กิติศักดิ์ รุจิกาญจนรัตน์,  
ณัฐกร นิลเนตร, ประเสริฐ ศรีเนวล*
- พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบ ..... *พิชิตศักดิ์ จำปาเงิน*  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อบ่อแร่
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความตระหนักรู้และการเสริมพลังสร้างสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอด..... *วลัยภรณ์ ทิวาลัย, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว,  
ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ..... กัญญาพร เกษโกมล*
- การศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา ..... *วิธวิทย์ วิริยะสกุลพันธ์,  
สาขากายภาพบำบัด ในประเทศไทย ..... มันทนา วงศ์ศิรินวรัตน์, ไชยงค์ จรกฤต, ปณดา เทพรักษ์อมร, ปริญญา เลิศสินไทย*



# วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

## Journal of Health and Health Management

ISSN 2408-1396 (Print)  
ISSN 2730-2512 (Online)



### เจ้าของ :

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

### ที่ปรึกษา :

ศ.กิตติคุณ ดร.นพ.จิตร สิทธิอมร    เซอร์ ดร.สมศรี สุเมธ  
เซอร์มาร์กาเรตา กิจเจริญ    เซอร์คริสตอฟ ฌากะนันท์  
รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญฤทธิชัย

### บรรณาธิการ :

ผศ.ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

### บรรณาธิการประจำฉบับ :

ผศ.ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ    ผศ.ดร.พรรณวดี สมกิตติกานนท์  
อาจารย์ ดร.อุษา คุรุครุชิต    อาจารย์ ดร.ชัชวาล วงศ์สารี

### กองบรรณาธิการ :

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่    ศ.ดร.วารุณี พองแก้ว  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย    ศ.ดร.ดาราวรรณ ตีะปินตา  
    รศ.ดร.โสรัช โพธิ์แก้ว  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น    ผศ.ดร.จิตอนงค์ ก้าวกลสิกรรม  
มหาวิทยาลัยบูรพา    รศ.ดร.พนัชฐา พานิชชาชีวกุล  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช    รศ.ดร.สุวรรณมา จันทร์ประเสริฐ  
    รศ.ดร.สรวุฒ สุธรรมมาสา  
    ศ.ดร.บุญทิพย์ ลีริธังลี  
    รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล  
    รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย  
    รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง  
    รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์  
    ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย  
    ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุวณิชย์เจริญ  
มหาวิทยาลัยคริสเตียน    ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

### ผู้จัดการ :

ผศ.ศุภวรรณ ธนุภาพรังสรรค์

### การติดต่อ:

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา  
เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120  
โทรศัพท์ 0-2675-5304-12  
โทรสาร 0-2675-5313  
<http://jhsm.slc.ac.th/> หรือที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/slc>

### วัตถุประสงค์และขอบเขต :

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานสร้างสรรค์ และนวัตกรรมทางด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านการพยาบาล กายภาพบำบัด จิตวิทยา และการสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการสื่อสารข้อมูลและข้อคิดเห็นต่างๆ ทางด้านวิชาการในด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ

### กำหนดการพิมพ์เผยแพร่ :

- ปีละ 2 ฉบับ
- มกราคม-มิถุนายน
  - กรกฎาคม-ธันวาคม

มหาวิทยาลัยปทุมธานี    อาจารย์ ดร.ชัชวาล วงศ์สารี  
มหาวิทยาลัยมหิดล    ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ  
    รศ.นพ.พิทยา จารุพูนผล  
    รศ.ดร.ประยูร พองสถิตกุล  
    รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา  
    ผศ.ดร.พัชราพร เกิดมงคล  
มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา    รศ.ดร.วงเดือน บันดี  
กระทรวงยุติธรรม    ดร.ชัตติยา รัตน์ติลก  
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์    รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัทร  
    ร.ศ.ดร.มาลีวัล เลิศสาครศิริ  
    ผศ.ดร.สุวรรณมา อนุสันติ  
    ผศ.ดร.ผกาวัลี พุ่มสุทัศน์  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี    อาจารย์ ดร.อุษา คุรุครุชิต  
ราชมงคลธัญบุรี    ผศ.ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ

### ผู้ช่วยผู้จัดการ :

นายกฤษณะ หน่อสีหา

### พิมพ์ที่

บริษัท จูน พับลิชชิ่ง จำกัด เลขที่ 88/3 วัฒนาวิเศษ  
ซอย 5 ถนนสุทธิสาร แขวงสามเสนนอก เขตห้วยขวาง  
กรุงเทพมหานคร 10310  
โทรศัพท์ 0-2276-6570, 0-2277-7226  
โทรสาร 0-2275-2783

● บทความทุกเรื่องที่ดีพิมพ์วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ได้รับการพิจารณาก่อนการส่งจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน/บทความ

● ความคิดเห็น ข้อความ ภาพ และตารางประกอบในบทความที่ดีพิมพ์ในวารสารนี้เป็นของผู้เขียน และถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียว ซึ่งบรรณาธิการกองบรรณาธิการวารสารฯ และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับสิ่งเหล่านั้น และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

ปรัชญา “เมตตากุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น”

## สารบัญ

หน้า

### บทบรรณาธิการ

### บทความวิชาการ

การเยี่ยมบ้านวิถีใหม่: บทบาทของพยาบาลชุมชนไทยต่อการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด 19) ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง New normal Home Visit: Thai Community Nurses' Roles in the Prevention and Control of Coronavirus (Covid-19) Outbreak within the Urban Healthcare setting จินตนา อาจสันเทียะ, แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล, สายสมร เฉลยภิตติ	1
บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสนับสนุนครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะติดเตียงที่บ้าน: กรณีศึกษา The Role of Community Nurse Practitioner in Supporting Family for Caring of Bedridden Elders at Home: Case Study ชัยณรงค์ นาคเทศ, สุปราณี มณีวงศ์, กัญฉวี นวมโคกสูง, กชกร ธรรมนำศีล	14
กลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณทักษะของนักศึกษาพยาบาลสู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ Teaching Strategies Enhancing Develop Soft Skills of Nursing Students Towards The 21 <sup>st</sup> Century Skills: A systematic literature review ปยุตต์ อธิษฐาน, สุธิ ทองวิเชียร, สุภาวดี สมจิตต์, สุภัจฉรี มะกรศรี	26

### บทความวิจัย

ผลของรูปแบบกิจกรรมตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดชลบุรี Effects of an Activity Model based on Protection Motivation Theory on Rabies Prevention Behaviors of Grade four students in Chonburi มยุรินทร์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, เอมอัชมา วัฒนบุรานนท์, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม, นิภา มหาราชพงศ์	43
การพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการ การดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน ... The Development of a Competency-Based Curriculum on Social Entrepreneurs in the Elderly Care Business for Community Nurses สุวิมล พนาวัฒนกุล, นลินรัตน์ รักกุล, อนุชัย งามวรางกูร	58
ปัจจัยทำนายการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ของปัจจัยพลังอำนาจในการดูแลสมาชิกที่ป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม Predicting Factors of Adaptation among Family Caregivers of Patients with Chronic Illnesses by the Empowerment in Patient Care, the Caregivers' Perception in Patient's Health Status and Social Support สุวรรณี ละออบปักขิน, สุปราณี มณีวงศ์, ชัยณรงค์ นาคเทศ	72

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	89
จากครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ The Effect of Application of Protection Motivation Theory and Family Support in Blood Sugar Control Behavior Among the New Diagnosed DM TYPE II ชัยณรงค์ นาคเทศ, วิภา เทียงธรรม, ปาหนัน พิษขยภิญโญ	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูงตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	104
ของนักศึกษาาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาคาทอลิกในประเทศไทย Factors predicting hypertension preventive behaviors based on health belief model among undergraduate students in Catholic higher education institutions of Thailand มงคล การุณงามพรรณ, อัชมา ชื่นบุญ, ศรัณยู พงศ์ประเสริฐสิน	
การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน.....	121
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อระดับไกลโคไซเลตฮีโมโกลบินในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 Factor Path Analysis of Health Literacy, Self-care Activities, Diabetic Knowledge and Self-efficacy to Glycosylated Hemoglobin Level in the Elderly with type 2 Diabetes อะเคือ กุลประสูติติก, ประภาภรณ์ ประเสริฐสม, ปุณณัตถ์ กุลประสูติติก	
อิทธิพลของบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น.....	137
ต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไป Influencing of the Managerial Roles and Safety Management of First-line Nurse Managers on Safety Outcomes as Perceived by Professional Nurses of Operating Room in General Hospitals ทัศนีย์ สุนทร, เนตรชนก ศรีทุมมา, เพชรน้อย ลิงห์ช่างชัย	
ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019...	151
Factors Predicting Quality of Life in caregivers of Type 2 Diabetes patients During the Coronavirus 2019 Pandemic อณัญญา ลาลูน, ลนาไพร ชาวไทย	
การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมการเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิต.....	165
นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นสำหรับครูโรงเรียนสอนคนตาบอด The Development of Training Program to Enhance Counseling Competency of School Teacher for The Blind พรรณวิภา บรรณเกียรติ, สุวรรณมา อนุสันติ, นิราศศิริ โรจนธรรมกุล	
โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อความเข้มแข็งของครอบครัวในบริบทสังคมไทย.....	179
Causal Relationship Model of Family Strength in the Context of Thai Society อุษา ศรีจินดารัตน์, ประทีป จินนี, ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร, ประณต คำฉิม, ชุศรี วงศ์รัตน์, ยุทธนา ไชยจุกุล, ทศนา ทองภักดี, สิทธิพร ครามานนท์, พวงรัตน์ เกษรแพทย์	
ความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อและการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร....	194
Prevalence of Muscle Pain and Muscle Pain Management among Personnel of Rajabhat Sakon Nakhon University นำพร อินสิน, กัญญาณัฐ สอนสุญ, จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล, ศศิวรรณ ทัศนเยี่ยม	



## บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพได้พัฒนาคุณภาพวารสารต่อเนื่องทำให้มีผู้เขียนส่งผลงานที่มีคุณภาพมาตีพิมพ์จำนวนมาก วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ฉบับปีที่ 8 เล่มที่ 1 มีผลงานเชิงสร้างสรรค์ จำนวน 20 เรื่อง แบ่งเป็น **บทความวิชาการ จำนวน 3 เรื่อง** ได้แก่ การเยี่ยมบ้านวิถีใหม่: บทบาทของพยาบาลชุมชนไทยต่อการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด 19) ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสนับสนุนครอบครัวเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้าน: กรณีศึกษา และกลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณของนักศึกษาพยาบาลสู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และ **บทความวิจัยจำนวน 17 เรื่อง** ได้แก่ ผลของรูปแบบ กิจกรรมตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดชลบุรี การพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการ การดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน ปัจจัยทำนายการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของปัจจัยพลังอำนาจในการดูแลสมาชิกที่ป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาทอกลิกในประเทศไทย การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อิทธิพลของบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไป ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมการเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นสำหรับครูโรงเรียนสอนคนตาบอด โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อความเข้มแข็งของครอบครัวในบริบทสังคมไทย ความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อในกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมและการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อ ของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร: ความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อในกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมและการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อ การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เทศบาลเมืองเมืองปัก อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา การศึกษาสภาพปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน บริเวณรอบวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ การพัฒนาศูนย์เรียนรู้วัฒนธรรมผู้สูงอายุบนฐานภูมิปัญญาสู่การยกระดับคุณภาพชีวิต ในตำบลหัวสะพานและตำบลวังตะโก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พฤติกรรมดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโค้งบ่อแร่ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความตระหนักรู้และการเสริมพลังสร้างสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี และ

การศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักกายภาพบำบัด ที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัด ในประเทศไทย

วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรมในสาขาพยาบาลศาสตร์ จิตวิทยาและกายภาพบำบัด ทั้งนี้วารสารได้ผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย กลุ่มที่ 1 (Thai-Journal Citation Index Centre: TCI Tier 1) ในสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งท่านสามารถติดตามการเผยแพร่ผลงานวิชาการของท่านได้ที่เว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/slc> อนึ่งทางกองบรรณาธิการขอขอบคุณท่านที่ไว้วางใจในวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพและหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการส่งผลงานวิชาการคุณภาพมาตีพิมพ์ในครั้งต่อไป

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์**  
**บรรณาธิการ**

การเยี่ยมบ้านวิถีใหม่: บทบาทพยาบาลชุมชนไทยต่อการป้องกัน  
และควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ โควิด-19  
ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง

**New normal Home Visit: Thai Community Nurses' Roles in the  
Prevention and Control of Coronavirus (Covid-19) Outbreak  
within the Urban Healthcare setting**

จินตนา อัจฉินเที่ยง, สด., Jintana Artsanthia, Dr.P.H.<sup>1\*</sup>

แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล, พย.ม., Saengwan Tungsangsakul, MS.N<sup>2</sup>

สายสมร เฉลยกิติ, กศ.ด., Saisamorn Chaleoykitti, Ph.D.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

<sup>1</sup>Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand

<sup>2</sup>อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

<sup>2</sup>Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand

<sup>3</sup>รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยกองทัพบก กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

<sup>3</sup>Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, The Royal Thai Army Nursing College,  
Bangkok, Thailand

\*Corresponding Author Email: jintana.a@slc.ac.th

Received: February 16, 2022

Revised: May 3, 2022

Accepted: June 10, 2022

### บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงบทบาทพยาบาลชุมชนในการเยี่ยมบ้านวิถีใหม่ต่อการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ โควิด-19 ท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในเขตเมืองนั้น พยาบาลชุมชนต้องเร่งสร้างความเข้าใจเรื่องโรคและวิธีการป้องกันโรคให้กับประชาชนในชุมชน และมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการบริหารจัดการควบคุมการระบาดของโรค คือการสอบสวนโรคและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคในผู้ติดเชื้อโควิด 19 ในชุมชน การเยี่ยมบ้านวิถีใหม่ของพยาบาลชุมชน ต้องกำหนดวัตถุประสงค์และวางแผนการเยี่ยมบ้านอย่างมีประสิทธิภาพ ประสานงานกับทีมสุขภาพให้มีความพร้อมก่อนออกเยี่ยมบ้านอย่างเคร่งครัด อีกทั้งต้องมีความรู้และทักษะในการควบคุมโรคติดเชื้อและการประเมินความเสี่ยง

ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การใช้การเยี่ยมบ้านทางไกล เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน

การพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ทางระบาดวิทยาและทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ในด้านการพูดและเขียนของพยาบาลชุมชน สามารถส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ในการจัดการกับโรคโควิด 19 ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นกำลังสำคัญในการยุติการระบาดของโรคโควิด 19 ที่กำลังทวีความรุนแรง เพิ่มมากขึ้นทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศสืบไป

**คำสำคัญ:** โควิด 19 การเยี่ยมบ้าน บทบาทพยาบาลชุมชน

## Abstract

This academic article had the objective to explain the role of community nurses during home visits for the prevention and control of the coronavirus (COVID-19) outbreak in urban healthcare settings. Community nurses need to speed up building knowledge and understanding of the disease and its prevention methods for people in the community, which play a very important role in disease outbreak control services. Community nurses need to investigate the disease and control the spread of germs among those infected with COVID-19 in the community. The objectives must be established and an effective home visit is planned to strictly coordinate with the health team to be ready before visiting the home. They must also have knowledge and skills in infectious disease control and risk assessment to suit the situation. These are to reduce the chance of risk of infection when performing duties and prevent the spread of infection in the community.

Development of competencies in epidemiological knowledge and information, and communication technology skills in speaking and writing of community nurses to be able to promote the performance of duties in dealing with COVID-19. Hence, making them more effective, as well as becoming an important force in ending the COVID-19 epidemic that is becoming more and more severe both at the community and national levels.

**Keywords:** COVID-19, Home Visit, Community Nurses' Roles

## บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (The novel coronavirus, SARS-CoV-2) ในประเทศไทยเป็นส่วนหนึ่งของการระบาดของโรคโควิด 19 ระดับโลก และการแพร่ระบาดของโรคส่งผลกระทบต่อมวลมนุษยชาติทุกประเทศทั่วโลกอย่างร้ายแรงที่สุดในรอบศตวรรษ และในช่วงที่ผ่านมา ยังคงสร้างความเสียหายร้ายแรงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ถูกค้นพบครั้งแรกเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2563 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีนและเป็นการติดเชื้อนอกประเทศจากจีนรายแรกของโลก (WHO, 2020) สำหรับประเทศไทยเริ่มพบผู้ติดเชื้อโควิด 19 ในช่วงปลายเดือนมกราคม 2563 และจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ นับตั้งแต่ปลายเดือนมกราคม 2563 ถึงกลางเดือนมีนาคม 2564 ทั้ง 2 ระลอกของการเกิดโรคระบาด จนกระทั่งวันนี้ประชาชนคนไทยยังเผชิญกับการระบาดของโรคโควิด 19 ในระลอกที่ 3 ประมาณกลางเดือนเมษายน 2564 ทั้งจำนวนผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อโควิดมากที่สุดและกระจายทุกพื้นที่จังหวัดของประเทศไทย ณ วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อสะสมของประเทศไทย จำนวน 283,067 ราย ยอดผู้เสียชีวิตสะสม 2,226 ราย (กรมควบคุมโรค, 2564) และการระบาดต่อเนื่องจากสายพันธุ์โอมิครอนที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงประเพณีสงกรานต์ในปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา ซึ่งพบว่ามีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อโควิด 19 อย่างรวดเร็วและคาดว่าจะลดลงในปลายพฤษภาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2565 และจะกลายเป็นโรคประจำถิ่น (กรมควบคุมโรค, 2565) สำหรับหน่วยสุขภาพปฐมภูมิเขตเมืองที่ต้องการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อที่มีอาการของโรคโควิด 19 สายพันธุ์ Omicron ที่มีการระบาดในประเทศไทยและเขตเมืองในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมือง ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ไม่ได้รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และมีการดำเนินงานในชุมชนที่หลากหลาย รวมทั้งการดูแลประชาชนผู้รับบริการ

ในหน่วยบริการและในชุมชนที่เชื่อมโยงกันจนถึงระดับโรงพยาบาล ที่ต้องเน้นการจัดการตนเอง เพื่อรองรับมาตรการป้องกันควบคุมโรครวมถึงการรักษาพยาบาลในชุมชนเพื่อสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล (Smart Citizen) ของชุมชนเมือง ดังนั้น ทีมบุคลากรด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นงานบริการเชิงรุกหรือเชิงรับทุกหน่วยให้บริการ จึงเป็นกำลังสำคัญในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ที่กำลังเกิดขึ้นให้สถานการณ์คลี่คลายลงได้

## การเผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ของพยาบาลชุมชนในประเทศไทย

ในระยะแรกของการพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยหรือโรคโควิด 19 ยังไม่ได้ถูกประกาศให้เป็นโรคติดต่ออันตรายและยังไม่มีกฎหมายรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ประชาชนส่วนใหญ่รู้เพียงเป็นโรคติดเชื้อไวรัสจากประเทศจีน และมีผู้ติดเชื้อเดินทางกลับมาต่างประเทศต่าง ๆ จากรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 59 วันที่ 2 มีนาคม 2563 พบประเทศผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน 11 ประเทศ ได้แก่ จีน มาเก๊า ฮองกง ไต้หวัน ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ อิหร่าน อิตาลี ฝรั่งเศส เยอรมันนี (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, 2563) ขณะนั้นปัญหาที่พยาบาลชุมชนต้องเผชิญ คือ ประชาชนที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว บางส่วนไม่ยอมกักตัวที่บ้าน ยังประกอบอาชีพค้าขาย และเดินทางไปสถานที่ชุมชนต่าง ๆ โดยไม่คำนึงถึงการแพร่เชื้อในชุมชน จึงทำให้เกิดความตื่นกลัวการติดเชื้อมีประชาชนในชุมชนเป็นอย่างมาก เนื่องจากในชุมชนเขตเมืองบางชุมชนอาศัยอยู่ด้วยกันอย่างแออัด มีการโทรศัพท์แจ้งเหตุประชาชนที่เดินทางกลับมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ รวมทั้งการลักลอบของแรงงานข้ามชาติเข้ามาในพื้นที่ชุมชนกับเจ้าหน้าที่

ในหน่วยปฐมภูมิเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้รับแจ้ง มีทั้งถูกต้องเชื่อถือได้ บางครั้งข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ มีทั้งถูกกล่าวหาไม่เป็นความจริง และเมื่อต้องดำเนินการ ออกสอบสวนโรค การตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับแจ้งนั้นยากเกินศักยภาพของเจ้าหน้าที่ แนวทางปฏิบัติ ในขณะนั้นทำได้เพียงขอความร่วมมือกับประชาชน ในพื้นที่ โดยให้ประชาชนที่เดินทางกลับมาจากประเทศ กลุ่มเสี่ยง แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อดูแล ในระหว่างกักตัวและช่วยเหลือดูแลให้คำแนะนำ ด้านสุขภาพ และหากมีอาการผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น จะช่วยประสานโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อตามสิทธิการรักษา ส่วนประชาชน ในพื้นที่ เน้นย้ำสร้างความเข้าใจโดยรณรงค์ ประชาสัมพันธ์การดูแลรักษาความสะอาด ล้างมือบ่อย ๆ รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่และร้อน ใช้อ่อนกลาง ในการรับประทานอาหารร่วมกัน รักษาระยะห่างระหว่าง บุคคล สวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาและหลีกเลี่ยง ไม่ไปในที่สถานที่แออัด เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2563) จากการเผชิญสถานการณ์ของการแพร่ระบาดทำให้ พยาบาลชุมชนได้เรียนรู้ ได้ประสบการณ์ มีการบริหารจัดการ เพื่อให้มีความปลอดภัย และป้องกันโรคติดต่อ ให้กับตนเองและสังคมได้ต่อไป

#### พยาบาลชุมชนกับงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ตามมาตรา 34 ระบุเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อไว้ว่า เมื่อเกิดโรคติดต่อ อันตราย/โรคระบาด หรือมีเหตุสงสัยว่าได้เกิดโรคติดต่อ อันตราย/โรคระบาดในพื้นที่ ให้เจ้าพนักงานควบคุมโรค ติดต้อมีอำนาจดำเนินการเอง/ออกคำสั่งเป็นหนังสือ ให้ผู้ใดดำเนินการ ให้ผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่า เป็นโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาด/ผู้สัมผัสโรค/ เป็นพาหะของโรค มารับการตรวจ/การรักษา/ขั้นสูตร ทางการแพทย์/แยกกัก/กักกัน/คุมไว้สังเกตอาการ ณ สถานที่ที่กำหนด (ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค, 2558)

ทั้งนี้ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) ได้ ประกาศในกระทรวงสาธารณสุข (2563) ณ วันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของ โรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) ให้เป็นโรคติดต่ออันตราย (dangerous communicable disease) ลำดับที่ 14 ของ ประเทศไทย เป็นชื่อกฎหมายรองรับให้สำหรับผู้ปฏิบัติงาน (ราชกิจจานุเบกษา, 2563)

ดังนั้น เมื่อได้รับการแจ้งข้อมูลจากหน่วยงาน ที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคหรือศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้ง การรับแจ้งข้อมูลจากประชาชน อาสาสมัครชุมชนและ ผู้นำชุมชนในพื้นที่ ต้องดำเนินการสอบสวนโรคทันที ตามแนวทางการดำเนินงานคัดกรอง เฝ้าระวังและ สอบสวนโรคโควิด 19 (ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 ธันวาคม 2563) มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมและ ผู้สัมผัสโรคซึ่งการค้นหาดังกล่าว คือ การหาสาเหตุ ของการเกิดโรคกับประชาชนที่เป็นพาหะนำโรคหรือ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคควบคู่กับการควบคุม การแพร่ระบาดของโรคโดยขั้นตอนการสอบสวนโรค สามารถดำเนินการโดยการสอบถามข้อมูลตาม รายละเอียด ดังนี้

1. วันที่เริ่มมีอาการป่วย (หากไม่มีอาการ) ให้นับ จากวันที่เก็บตัวอย่าง/วันที่ตรวจหาเชื้อ และสถานที่ตรวจ
2. สถานะการพักอาศัยในปัจจุบัน ได้แก่ ที่อยู่ พักอาศัยในช่วงเวลาขณะนี้ ที่อยู่ของสถานที่ทำงาน รวมทั้งการได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพร้อมระบุ วันที่โรงพยาบาลรับไว้ในความดูแล
3. ประวัติการเจ็บป่วย/ประวัติการเดินทาง/ ประวัติการสัมผัสในระยะเวลา 14 วัน เริ่มจากวันที่มี อาการป่วย/วันที่เก็บตัวอย่าง เพื่อค้นหาสาเหตุการเกิดโรค
4. สอบถามจำนวนผู้สัมผัสโรค นับจากวันที่ สัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้ายเป็นระยะเวลา 14 วัน แบ่งประเภท

ผู้สัมผัสเสี่ยงเป็นกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ต้องได้รับการกักตัว ได้รับความรู้ที่จำเป็นสำหรับการกักตัว และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการสังเกตอาการ/อาการแสดง อาการผิดปกติที่ต้องรีบแจ้งและจะต้องได้รับการสวอบ (Swab) ทุกราย ส่วนผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ ได้รับความรู้คำแนะนำในการเฝ้าระวังและติดตามอาการของตนเองโดยไม่ต้องกักตัว และหากเกิดอาการผิดปกติให้มาขอรับการตรวจรักษาพร้อมแจ้งประวัติการสัมผัสผู้ป่วยยืนยันหรือผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (กรมควบคุมโรค, 2563) ทั้งนี้ ในระยะแรกของการระบาดของโรคโควิด 19 นั้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมรับการรักษ สถานที่ไม่ได้ถูกจัดเตรียม ทำให้ผู้ป่วยและผู้สัมผัสเสี่ยงต้องอยู่ในที่พักของตนเองในชุมชนที่พักอาศัย การเข้าไปปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ว่าจะดำเนินการสอบสวนโรคหรือรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชน ส่งผลกระทบกับธุรกิจบางอย่าง เช่น ร้านอาหาร ธุรกิจประเภทห้องเช่าทั้งหมด เพราะประชาชนไม่มาใช้บริการ เนื่องจากสงสัยว่ามีบุคคลในพื้นที่เกิดการติดเชื้อเกิดขึ้น รวมไปถึงบุคคลที่เป็นผู้ป่วยยืนยันหรือผู้สัมผัสเสี่ยงกลุ่มต่าง ๆ ถูกติดตามจากสังคมเหมือนผู้ร้าย ถูกไล่ออกจากที่พักอาศัย จากสถานที่ทำงาน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาหายจากอาการเจ็บป่วย และมาสังเกตอาการต่อที่บ้าน หรือผู้สัมผัสเสี่ยงมีผลการตรวจ Swab ไม่พบเชื้อ ความตื่นตระหนกและความกลัวต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 เป็นภาระหน้าที่ของพยาบาลชุมชนที่ต้องเร่งสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค และวิธีการป้องกันโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจ Antigen test kit (ATK) (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) ให้กับประชาชนในชุมชนรับทราบ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลชุมชนจึงมีความสำคัญในการใช้หลักการของการจัดการให้ประชาชนมีความเข้าใจ มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลตนเองและรู้การปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

## ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้าน

สมาคมพยาบาลอเมริกัน American Nurse Association [ANA] (2008) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลที่บ้าน เน้นการให้บริการด้านสุขภาพขณะเจ็บป่วย ทั้งในระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง และระยะสุดท้าย และการดูแลสุขภาพที่บ้านจะครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ในประเทศไทย ระบบการดูแลปฐมภูมิให้นิยามการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ว่าเป็นแบบแผนการดูแลให้บริการที่เป็นทางการมีความสม่ำเสมอโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพหลากหลายสาขาวิชาต่อผู้ป่วยโดยตรงที่บ้านของผู้ป่วย

**นิยามการเยี่ยมบ้าน (Home visit)** หมายถึง รูปแบบการให้บริการสุขภาพแก่บุคคลและสมาชิกในครอบครัว โดยพยาบาลใช้ที่อยู่อาศัยหรือบ้านเป็นสถานที่ให้บริการ โดยให้การดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริม ฝึกทักษะ สอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสุขภาพจากความเจ็บป่วย (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

การเยี่ยมบ้านในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เป็นกิจกรรมของพยาบาลชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ยืนยันแล้ว (Confirmed case Covid-19) อยู่ระหว่างรอรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยยืนยันที่ได้รับการรักษาหายแล้วจากโรงพยาบาล รวมทั้งเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (High risk case) ที่ดูแลให้ได้รับการกักตัวที่บ้าน ติดตามอาการและอาการแสดงอย่างใกล้ชิด และจะได้รับการ Swab เพื่อค้นหาเชื้อ เนื่องจากมีโอกาสเป็นผู้สงสัยการติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patients under investigation: PUI) นอกจากนี้ หากประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมที่ที่พักอาศัยของผู้สัมผัสเสี่ยงสูงแล้ว

ไม่สามารถดำเนินการกักตัวที่บ้านได้ พยาบาลจะช่วยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ได้รับการกักตัวในสถานที่กักตัวของรัฐที่จัดให้ ตามแนวทางปฏิบัติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น การเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง จำเป็นต้องกำหนดวัตถุประสงค์และการวางแผนงานที่ดี ตรวจสอบความพร้อมก่อนการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลที่บ้านและความปลอดภัยกับทีมเยี่ยมบ้านเป็นสำคัญที่สุด โดยเฉพาะการป้องกันการสัมผัสโรคและการแพร่กระจายเชื้อ เพราะพยาบาลและทีมเยี่ยมบ้านมีโอกาสติดเชื้อ และไม่แสดงอาการอาจเป็นแหล่งกักโรค (reservoir) และสามารถแพร่กระจายเชื้อให้กับบุคคลอื่นได้ (นิสากร วิบูลย์ และชาติ ไทยเจริญ, 2563)

### บทบาทการเยี่ยมบ้านวิถีใหม่ของพยาบาลชุมชนในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด 19) ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง

มาตรฐานหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง เพื่อขยายการพัฒนามาตรฐานและส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการในระบบบริการปฐมภูมิ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) จึงได้พัฒนามาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมืองขึ้น และจะพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายให้ใช้กับหน่วยบริการปฐมภูมิทั่วประเทศไทยนั้น โดยมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิเขตเมือง เป็นการพัฒนาและปรับปรุงมาจากมาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ที่เริ่มใช้ในปี พ.ศ. 2556 เพื่อใช้ประเมินและรับรองหน่วยบริการสุขภาพของรัฐประเภทที่ไม่ได้รับผู้ป่วยค้างคืน โดยมีขอบเขตครอบคลุมทั้งด้านการบริหาร การดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม ตั้งแต่รับบริการครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ

ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งการดูแลประชาชนในหน่วยบริการและชุมชนในเขตรับผิดชอบ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2565) ในบทบาทของพยาบาลชุมชนมีเอกลักษณ์เด่นในการปฏิบัติหน้าที่คือการมีอิสระในการตัดสินใจในการให้บริการด้านสุขภาพสามารถวางแผนเป้าหมายและระยะเวลาในการให้บริการสุขภาพตามสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการและครอบครัวได้ และในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 นอกจากบทบาทเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Health care providers) และเป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health educators) กับผู้บริการและครอบครัวที่มีความแตกต่างเมื่ออยู่ที่บ้าน เป็นผู้ประสานงาน (Collaborators) ระหว่างทีมบุคลากรด้านสุขภาพ แหล่งสนับสนุนจากสังคม เครือข่ายความช่วยเหลือและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน และเป็นผู้จัดการการดูแล (Care manager) ในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม พยาบาลชุมชนจำเป็นต้องมีสมรรถนะในด้านความรู้และทักษะที่สำคัญในการเยี่ยมบ้านวิถีใหม่ เพื่อประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคและควบคุมการระบาดของโรคที่กำลังเกิดขึ้น ดังนี้

1. **นำความรู้ทางระบาดวิทยา (Epidemiology) และสถิติ (statistics)** เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพ นำไปสู่การวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรในการควบคุมและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ (กรมควบคุมโรค, 2564)

2. **นำทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information and Technology Skills)** เพราะต้องติดต่อประสานงานแหล่งข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ควบคู่กับบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพ รับ-ส่งเอกสารอย่างเป็นระบบ ทั้งรายงานผลการปฏิบัติงานและรายงานสอบสวนโรคอย่างรวดเร็วในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ผ่านโปรแกรมของคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์เชื่อมต่อ

ต่าง ๆ รวมถึงการใช้แอปพลิเคชันออนไลน์ (Online application) Telenursing การพยาบาลทางไกล ในการกำกับติดตามอาการ ให้ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อลดการสัมผัสระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ ที่บ้าน (กรมควบคุมโรค, 2564)

### 3. นำทักษะด้านการสื่อสารด้านการพูดและการเขียน (Verbal and written communication skills)

ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากต้องประสานงานกับทีมบุคลากรด้านสุขภาพ การขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่รับผิดชอบงานต่าง ๆ ติดต่อผู้รับบริการขอความร่วมมือในการกำกับติดตามระหว่างการรักษาด้วยความไว้วางใจ และชี้ให้เห็นความสำคัญของกักตัวเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรค รวมทั้งให้กำลังใจและมีส่วนช่วยแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของผู้รับบริการตามปัญหาและศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ (สุทธิ มูลศาสตร์, 2563)

ตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ฉบับปรับปรุง วันที่ 6 พฤษภาคม 2564 หากมีผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยยืนยัน ต้องได้รับการดูแลแยกกัก (Home Isolation) ที่บ้าน ร่วมกับประสานหาเตียงให้เข้ารับไว้ในโรงพยาบาล ส่วนผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ต้องได้รับการดูแลกักกัน (Home Quarantine) ที่บ้าน หรือประสานให้ได้รับการกักตัว ในสถานที่ของรัฐจัดให้ (Local Quarantine) ในกรณีที่ไม่สามารถกักตัวที่บ้านได้ ทั้งนี้ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ประยุกต์ใช้จากแนวทางปฏิบัติ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด 19 สำหรับทีมบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2563) สามารถแบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนก่อนการเยี่ยมบ้าน 2) ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้าน 3) ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลชุมชนในการเยี่ยมบ้าน  
วิธีใหม่ของพยาบาลชุมชนในการป้องกันและควบคุม  
การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส แต่ละขั้นตอน  
รายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1. ขั้นตอนก่อนการเยี่ยมบ้าน

##### 1.1 ประเมินข้อมูลเบื้องต้นของผู้รับบริการและครอบครัว

ติดต่อสื่อสารผู้รับบริการทางโทรศัพท์ ด้วยความเป็นมิตร แนะนำตัว บทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลส่วนตัวที่พิกอาศัยปัจจุบัน ความพร้อมในการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้ ควรสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์ให้มากที่สุด ตามแนวทางการสอบสวนโรค รวมทั้งปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อวางแผนการเยี่ยมให้มีประสิทธิภาพสูงสุดและลดระยะเวลาในการสัมผัสผู้รับบริการ

##### 1.2 เตรียมอุปกรณ์เยี่ยมบ้าน

จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์สำหรับการประเมินสุขภาพ เช่น เครื่องวัดอุณหภูมิ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาลแบบพกพา เครื่องวัดระดับออกซิเจน หูฟัง ไมค์ดลัน ไฟฉาย รวมถึงยาบรรเทาปวดลดไข้ ยาลดน้ำมูก ยาแก้ไอ เป็นต้น อุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับการฆ่าเชื้ออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจและถุงใส่ขยะทั้งติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ และสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นหรือสิ่งที่คุณรับบริการต้องการให้ช่วยเหลือเอกสารต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการบันทึกข้อมูล

##### 1.3 เตรียมทีมเยี่ยมบ้าน

จัดทีมเยี่ยมบ้านผู้ซึ่งมีสุขภาพที่ดี ไม่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย มีทักษะที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน มีความเข้าใจ

แนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและรับทราบแผนการเยี่ยมและบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลเตรียมอุปกรณ์การแต่งกายในการป้องกันการสัมผัสและการแพร่กระจายเชื้อให้กับทีม หากเป็นการเยี่ยมผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อ (PUI) หรือผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) ที่อยู่บ้าน ตามคำแนะนำกรมการแพทย์ (2563) ถือเป็นระดับ “ความเสี่ยงปานกลาง” โดยจัดเตรียมหน้ากากอนามัย (Surgical mask) กระจกหน้า (Face Shield) และหรือแว่นกันน้ำ (Goggles) ชุดคลุมแขนยาวที่กันน้ำและหมวกคลุมผม ถุงมือยาง 2 คู่

## 2. ขั้นตอนขณะเยี่ยมบ้าน

ควรเน้นเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเนื่องจากผู้รับบริการและครอบครัวมีความวิตกกังวลต่อความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ สามารถใช้กระบวนการพยาบาลมาเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัย การพยาบาล การวางแผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล (Potter & Perry, 2005) อย่างครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้ ดังนี้

**2.1 สร้างสัมพันธภาพ** ด้วยสีหน้าท่าทางแสดงความช่วยเหลืออย่างจริงใจ รับฟังปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ มอบอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ขณะกักตัวที่บ้านและวิธีการใช้ได้แก่ โปรทอคอดูมหมวกกายแอลกอฮอล์ น้ำยาทำความสะอาด หน้ากากอนามัย ถุงขยะสีแดงสำหรับการทิ้งสารคัดหลั่งที่ออกจากร่างกาย สอบถามช่องทางการสื่อสารตามความสามารถและอุปกรณ์ที่มี เช่น การโทรศัพท์ หรือการใช้ Smartphone ด้วย Free application (Line) ในการพูดคุยติดตามอาการหรือติดต่อขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหรืออาจเป็นผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านหรืออาสาสมัครชุมชน ในกรณีที่ผู้รับบริการไม่สามารถใช้โทรศัพท์ได้ และเซ็นเอกสารยินยอมการกักตัว โดย

หน่วยงานส่วนปกครองท้องถิ่นในพื้นที่จะเป็นผู้ดำเนินการออกเอกสารให้

**2.2 ประเมินความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกาย** เนื่องจากต้องจัดการปัญหาด้านสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับโรคประจำตัวเดิม ได้แก่ การใช้ยา การเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อการควบคุมระดับความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น รวมทั้งอาการเจ็บป่วยจากความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 จากงานวิจัยพบว่าอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้าหลังติดเชื้อโควิด-19 พบบ่อยกว่าไวรัสชนิดอื่น โดยอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าพบ 43.3% ด้วยอัตราความชุกที่พบนี้ สูงกว่าไวรัสชนิดอื่น ๆ ที่เคยมีการศึกษามากถึง 3.6 เท่า เช่น EBV, Coxiella burnetii (Q fever) และ Ross River virus ซึ่งพบปัญหาอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า 12% (Khatib, Sabobeh, Habib, John, Gomez, Sivasankar, & Masoud, 2022).

**2.3 ประเมินปัญหาสุขภาพจิต** (ความกังวล ความเครียด อาการซึมเศร้า) เนื่องจากระหว่างการกักตัวจำเป็นต้องอยู่คนเดียว และสอบถามบทบาทหน้าที่ในปัจจุบันของผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญมาก เช่นเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว เป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่ต้องดูแลเด็กหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่าง ๆ เป็นต้น เพราะหากไม่สามารถช่วยจัดการปัญหาต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้โอกาสในการฟื้นหายจากโรคหรือคุณภาพในการดูแลสุขภาพทางกายของตนเองอาจไม่ดีขึ้นไปด้วยนอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่เป็นองค์ความรู้พบว่า การติดเชื้อโควิด 19 มีผลต่ออายุขัยเฉลี่ย ที่พบจากการศึกษาเปรียบเทียบให้เห็นผลของการระบาดระลอกแรกของโรคโควิด 19 ใน 22 ประเทศทั่วโลกทำให้เกิดความสูญเสียชีวิตของประชาชนจำนวนมาก ย่อมทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรในประเทศนั้นลดลง (Woolf SH, Schoemaker H., 2019).

**2.4 ประเมินสิ่งแวดล้อมและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ** ในที่พักอาศัย ได้แก่ การจัดเตรียมอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้าและที่พักอาศัย หากผู้รับบริการไม่สามารถดูแลเรื่องจัดเตรียมอาหารได้ด้วยตนเองหรือเรื่องอื่น ๆ ที่จำเป็น พยาบาลต้องเป็นผู้ประสานร่วมกับครอบครัวของผู้รับบริการ เพื่อค้นหาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ในชุมชนหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม

**2.5 ประเมินความเชื่อทางหลักศาสนา** ความต้องการด้านจิตวิญญาณและสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจที่ต้องการได้รับในระหว่างการกักตัว

**2.6 ปฏิบัติการดูแลเฝ้าสังเกตผู้รับบริการ** เกี่ยวกับอาการที่พบบ่อยของผู้ป่วยโควิด 19 ได้แก่ ไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูก ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาการหายใจเหนื่อยหรือหายใจ หายใจ ทั้งนี้ ในผู้ป่วยยืนยันที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น จำเป็นต้องรีบประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ส่วนผู้สัมผัสเสี่ยงสูงมีโอกาสเป็นผู้สงสัยการติดเชื้อเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (PUI) จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด โดยจะได้รับการโทรศัพท์สอบถามอาการ อาการแสดงทุกวันตลอดระยะเวลาตามมาตรการทางสาธารณสุข และดูแลให้ได้รับการ Swab เพื่อตรวจ ATK ตามแนวทางการติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด (กรมการแพทย์, 2564) และให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ การเช็ดตัวลดไข้ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาพร้อมกับปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

### 3. ขั้นตอนหลังการเยี่ยมบ้าน

**3.1 ทิ้งขยะ** ได้แก่ ชุดอุปกรณ์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อ ทำความสะอาดอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ระหว่างการเยี่ยมบ้าน

**3.2 ระบุปัญหาสุขภาพและข้อวินิจฉัยการพยาบาล** บันทึกอาการและอาการแสดงรายวันและกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับและประเมินผลลัพธ์ใน

การปฏิบัติการพยาบาลตามที่กำหนด หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่รับผิดชอบตามสภาพปัญหาเร่งด่วนที่พบ

**3.3 จัดทำรายงานผลการสอบสวนโรคเบื้องต้น** กิจกรรมที่ได้ดำเนินการไปและขอเสนอแนะให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบผ่านช่องทางออนไลน์ (Online) และบันทึกจัดเก็บข้อมูลในระบบคลาวด์ (Cloud)

**ปัญหาและอุปสรรคของพยาบาลชุมชนในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด 19)**

นับตั้งแต่เกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย พยาบาลชุมชนได้ทำงานเชื่อมประสานระหว่างทีมบุคคลากรสุขภาพกับชุมชน ปฏิบัติหน้าที่ตั้งแต่การตั้งจุดคัดกรองด้วยการวัดอุณหภูมิกาย ประเมินอาการแสดงที่เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรคร่วมกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการเดินทางหรือทำงานในสถานที่เสี่ยงต่าง ๆ สลับเปลี่ยนหมุนเวียนไปปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์กักกันโรคผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (Local Quarantine) อีกทั้งออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการสุขภาพทุกกลุ่มวัยรวมทั้งผู้ป่วยยืนยันโควิดและผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่บ้าน ดูแลฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคเกิดขึ้น ทั้งนี้ หากพยาบาลชุมชนได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือในการปฏิบัติงาน จะสามารถช่วยให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้ดีขึ้นได้ ดังนี้

- 1. ควรได้รับการฝึกอบรมในการเก็บสิ่งส่งตรวจ Nasopharyngeal and throat swab (NP swab)** ให้มีความชำนาญก่อนไปปฏิบัติจริง เนื่องจากได้รับมอบหมายงานให้ไปปฏิบัติงานเก็บสิ่งส่งตรวจในกรณีพิเศษ เช่น ตลาด แคมป์คนงานก่อสร้าง หรือผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในผู้ที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวที่บ้าน
- 2. การได้สนับสนุนอุปกรณ์สื่อสารและค่าใช้จ่ายในการติดต่อประสานงานต่าง ๆ ในการสอบสวนโรคและ**

กำกับติดตามผู้รับบริการในระหว่างการกักตัว เนื่องจาก การใช้อุปกรณ์สื่อสารส่วนตัวทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และลดความเป็นส่วนตัวจากการที่ผู้รับบริการติดต่อ สอบถามนอกเวลาปฏิบัติงานโดยไม่ใช่เหตุจำเป็น

**3. ควรให้ทีมบุคลากรด้านสุขภาพผู้ปฏิบัติงานด้านหน้า** มีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาสื่อออนไลน์ (Social media) หรือแอปพลิเคชันออนไลน์ที่สร้างขึ้นเพื่อสำหรับใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้ตอบสนองผู้ใช้งานจริงและเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน ไม่ได้ถูกพัฒนามาจากนโยบายหรือนักพัฒนา Software เพียงอย่างเดียว

**4. ได้รับการจัดอัตรากำลังฝ่ายสนับสนุนอย่างเพียงพอ** เพื่อแบ่งเบาภาระหน้าที่ของพยาบาล เช่น การเบิก และการจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการเก็บสิ่งส่งตรวจ การพิมพ์รายงานสอบสวนโรคหรือรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานต่าง ๆ การนำส่งสิ่งส่งตรวจ (Specimen) ไปส่งที่โรงพยาบาล การจัดเตรียมสถานที่ โต๊ะเก้าอี้ในการปฏิบัติงานเพื่อออกหน่วยต่าง ๆ เป็นต้น

**5. มีแนวทางหรือมาตรการให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านหน้าได้รับการเข้าถึงการคัดกรองหาเชื้อ (NP Swab)** ตลอดระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เพื่อความปลอดภัยต่อการดูแลสุขภาพประชาชน ในชุมชนและบุคคลในครอบครัวของเจ้าหน้าที่เอง เนื่องจาก พยาบาลต้องออกสอบสวนโรคในพื้นที่เสี่ยงต่าง ๆ ดูแลฉีดวัคซีนในเขตพื้นที่ระบาด ควบคุมงานประจำในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน เช่น ใส่สายให้อาหารทางสายยาง การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ซึ่งมีโอกาสเกิดความเสี่ยงในการเป็นพาหะนำโรคไปตามบ้านของผู้รับบริการในชุมชนได้

**6. สร้างแนวทางปฏิบัติเรื่องความปลอดภัยในการไปเก็บสิ่งส่งตรวจ (NP Swab)** ผู้รับบริการที่บ้านหรือในชุมชน เนื่องจากระหว่างการปฏิบัติงานอาจทำให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคได้ เช่น ขั้นตอนการถอดและใส่ชุด

ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ในชุมชน การจัดเก็บขยะติดเชื้อทั้งหมดจากการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนเพื่อกำจัดทิ้งที่หน่วยให้บริการ การนำสิ่งส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการ เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2564).

ด้วยสถานการณ์ระบาดของไทยยังเป็นไปอย่างต่อเนื่อง กระจายทั่ว จำนวนการติดเชื้อและจำนวนการเสียชีวิตในแต่ละวันยังอยู่ลำดับที่เป็นเลขตัวเดียวของโลก การใส่หน้ากากเสมอ เว้นระยะห่างจากคนอื่น พบปะคนอื่นเท่าที่จำเป็น ใช้เวลาสั้น ๆ เลี่ยงการกินดื่มหรือแชร์ของกินของใช้ร่วมกับผู้อื่น ถือว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันในช่วงเวลานี้ และในอนาคต

### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

งานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเกิดทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อเป็นหัวใจสำคัญในการปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ พยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลมาก่อนปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเชิงรุก (สาคร อินทโธ่, ทศนีย์ สีหาบุญนาถ และณัฐพร สายแสงจันทร์, 2564) จึงทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ไม่เข้าใจ หรือความกังวลใจในการปฏิบัติหน้าที่ ดังนั้นสามารถส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลชุมชน ดังต่อไปนี้

**1. ความรู้เกี่ยวกับหลักระบาดวิทยา การเฝ้าระวัง และการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา** รวมทั้ง พรบ. โรคติดต่อที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรค ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานและควรได้รับการปรับปรุงความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนงานในการป้องกันการเกิดโรคและควบคุมการระบาดของโรคติดต่อสำคัญที่กำลังเกิดขึ้น ควบคุมกับอบรมการฝึกทักษะเกี่ยวกับวิธีการเก็บสิ่งส่งตรวจต่าง ๆ ที่สำคัญ

อย่างไรก็ตาม การทำหัตถการ “Nasopharyngeal and throat swab (NP swab) ซึ่ง

เป็นการกิจพิเศษที่พยาบาลชุมชนได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติหน้าที่ซึ่งเกินขอบเขตหน้าที่ตามข้อกำหนด ได้ถูกกำหนดให้ผู้ใช้บริการจัดเก็บตัวอย่างทางการแพทย์ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เท่านั้น ตามประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง แนวทางการให้บริการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ในข้อ 2 (2) แต่สภาการพยาบาล (2563) ได้ระบุไว้ในประกาศวาระประชุมคณะกรรมการสภาการพยาบาล ครั้งที่ 5/2563 วันที่ 18 พฤษภาคม 2563 ว่าหากผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล มีความจำเป็นในการปฏิบัติเก็บส่งตรวจ (NP Swab) เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคให้บรรลุเป้าหมาย ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล จะต้องได้รับการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญและได้รับรองความรู้ เพื่อให้การปฏิบัติดังกล่าวเป็นไปโดยชอบด้วยกฎหมายและเป็นการคุ้มครองประชาชนและผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นการทำให้ลดการดังกล่าว พยาบาลชุมชนควรได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นอย่างเพียงพอ

**2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และการควบคุมการติดเชื้อสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ (Infection control) และการประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรค** รวมทั้งเตรียมความพร้อมสำหรับสถานการณ์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่อย่างทันท่วงที (สุทธิ มูลศาสตร์, 2563) ปัญหา Long COVID จะพบมากขึ้น และมีผลต่อสมรรถนะการดำเนินชีวิตประจำวัน จะมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการทำงาน รวมถึงเป็นภาระค่าใช้จ่ายทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมในระยะยาว คนที่เคยติดเชื้อมาแล้ว ยังต้องป้องกันตัว เพราะจะติดเชื้อซ้ำ (reinfection) ได้ และควรประเมินสถานะสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ (Hirotsu, Maejima, Shibusawa, Natori, Nagakubo, Hosaka, & Omata, 2022).

**3. พัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่จำเป็น** รวมทั้งทักษะการสื่อสารในด้านการเขียนและการพูดของพยาบาลชุมชน เนื่องจากทักษะดังกล่าวมีส่วนช่วยในการเชื่อมประสานการปฏิบัติหน้าที่ ระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงกับความร่วมมือร่วมใจของประชาชนในชุมชน เพื่อควบคุมการระบาดของโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### สรุป

พยาบาลชุมชนผู้ปฏิบัติด้านหน้าในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 โดยใช้การเยี่ยมบ้านในยุควิถีใหม่สามารถนำแนวทางการสอบสวนโรคเบื้องต้นและขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน ตั้งแต่การเตรียมความพร้อม การประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานแก่ผู้ป่วยยืนยันและผู้สงสัยการติดเชื้อโควิดในชุมชนได้ทั้งในเขตเมืองและในชนบท การเยี่ยมบ้านเป็นเทคนิคที่พยาบาลชุมชนใช้ทั้งในเขตเมืองและชนบทด้วยหลักการเดียวกัน แต่อาจมีความแตกต่างในส่วนบริบทที่สังคมในชนบท อุปกรณ์ การสื่อสารต่าง ๆ ที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน มีการเยี่ยมบ้านทางไกล ซึ่งอาจแตกต่างกันตามสภาพหน้าที่เผชิญในการปฏิบัติงาน ในเขตเมืองการเยี่ยมบ้านในยุควิถีใหม่อาจใช้หลายช่องทางการสื่อสารผ่านเทคโนโลยีได้มาก รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานระดับบริหาร มีส่วนช่วยในการสนับสนุนแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของพยาบาลชุมชน ซึ่งกำลังเผชิญกับการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพตนเองและครอบครัว เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสามารถป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคและการป้องกันการกลับมาระบาดของซ้ำในอนาคต อีกทั้งพยาบาลชุมชนในยุควิถีใหม่ต้องดูแลผลกระทบจากการเกิดผลระยะยาวจากการติดเชื้อต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2563). คำแนะนำการใช้อุปกรณ์ส่วนบุคคล ป้องกันการติดเชื้อ (Personal Protective Equipment, PPE). สืบค้นจาก [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g\\_health\\_care/g07\\_ppe\\_200463.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g07_ppe_200463.pdf)
- กรมการแพทย์. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นจาก [https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content\\_File/Covid\\_Health/Attach/25640506163611PM\\_CPG\\_COVID\\_v.14\\_n\\_20210506.2.pdf](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640506163611PM_CPG_COVID_v.14_n_20210506.2.pdf)
- กรมควบคุมโรค. (2563). 9 วิธีหนี COVID-19. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/info.php>
- กรมควบคุมโรค. (2563). แนวทางการดำเนินงานคัดกรอง เฝ้าระวัง และสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นจาก [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g\\_srrt/g\\_srrt\\_041263.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_041263.pdf)
- กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) ฉบับวันที่ 11 สิงหาคม 2564. สืบค้นจาก <https://covid19.th-stat.com>
- กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โควิด-19. สืบค้นจาก <https://covid19.th-stat.com>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). แนวทางการให้บริการตรวจคัดกรองและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19. สืบค้นจาก [https://hss.moph.go.th/fileupload\\_doc/2020-04-15-1-20-51050164.pdf](https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2020-04-15-1-20-51050164.pdf)
- นิตสาร วิทยุชัย, และชาติ ไทยเจริญ. (2563). การเยี่ยมบ้าน: บทบาทพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(2), 119-127.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2563). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2563 เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/10020200514102630.PDF>
- ราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2563). ประกาศราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ฉบับที่ 08/2563 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 สำหรับทีมบริการสุขภาพปฐมภูมิ. สืบค้นจาก <http://thaifammed.org/wp-content/uploads/2020/05/ประกาศแนวทางเยี่ยมบ้านในสถานการณ์.COVID19.12.05.2020-1.pdf>
- ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค. (2558). พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ตามมาตรา 34. สืบค้นจาก [https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b01eae257e44aa9d5bade97baf/files/001\\_1gcd.PDF](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/c74d97b01eae257e44aa9d5bade97baf/files/001_1gcd.PDF)

- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no-59-020363.pdf>
- สาคร อินโทไธ, ทัศนีย์ สีหาบุญนาค และณัฐพร สายแสงจันทร์. (2564). พยาบาลควบคุมการติดเชื้อกับบทบาทการจัดการควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ในหน่วยบริการสุขภาพ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 39(1), 14-21.
- สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (home ward)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุทธิ มูลศาสตร์. (2563). บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(1), 141-156.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.(2565). มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ. สืบค้นจาก <https://www.a.or.th/TH/Contents/มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ>
- สภาการพยาบาล. (2563). ประกาศวาระประชุมคณะกรรมการสภาการพยาบาล ครั้งที่ 5/2563 วันที่ 18 พฤษภาคม 2563 เรื่อง ความเห็นการทำหัตถการ Nasopharyngeal Swab. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- American Nurse Association (ANA). (2008). *Home health nursing: Scope and standard of practice*. Maryland.
- Hirotsu, Y., Maejima, M., Shibusawa, M., Natori, Y., Nagakubo, Y., Hosaka, K., ... & Omata, M. (2022). Similar viral loads in Omicron infections regardless of vaccination status. *medRxiv*.
- Khatib, S., Sabobeh, T., Habib, A., John, S., Gomez, R., Sivasankar, S., & Masoud, A. (2022). Post-COVID-19 fatigue as a major health problem: a cross-sectional study from Missouri, USA. *Irish Journal of Medical Science (1971-)*, 1-7.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of Nursing (6th ed)*. St. Louis: Mosby.
- WHO (2020). Archived: WHO Timeline - COVID-19. Retrieved June 29, 2020, from <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Woolf, S. H., & Schoomaker, H. (2019). Life expectancy and mortality rates in the United States, 1959-2017. *Jama*, 322(20), 1996-2016.



บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสนับสนุนครอบครัว  
เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้าน: กรณีศึกษา  
**The Role of Community Nurse Practitioners in Supporting Families in  
Caring for Bedridden Elders at Home: Case Study**

ชัยณรงค์ นาคเทศ, พย.ม., Chainarong Naktas, M.N.S.<sup>1\*</sup>

สุปราณี มณีวงศ์, พย.ม., Supranee Maneewong, M.N.S.<sup>1</sup>

กัณณิกา นวมโคกสูง, พย.ม., Kannika Numkoksung, M.N.S.<sup>2</sup>

กชกร ธรรมนำศีล, พย.ม., Kotchakorn Thamnamsin, M.N.S.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประเทศไทย

<sup>1</sup>Lecturer Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Thailand

<sup>2</sup>อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประเทศไทย

<sup>2</sup>Lecturer Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Thailand

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประเทศไทย

<sup>3</sup>Assistant Professor, Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Thailand

\*Corresponding Author Email: Chainarong@slc.ac.th

Received: September 23, 2021

Revised: March 12, 2022

Accepted: June 20, 2022

## บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นและส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะก่อให้เกิดความพิการและทุพพลภาพจนนำไปสู่การเป็นผู้ป่วยติดเตียงในที่สุด ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะได้รับการดูแลที่บ้านภายใต้การดูแลของครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด แต่ในปัจจุบันพบว่า บุคคลในครอบครัวจำเป็นต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ จึงทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงส่วนใหญ่มีความต้องการความช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน และการดูแลที่มีความเฉพาะและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ทำให้ครอบครัวต้องแสวงหาผู้ดูแลที่มีความสามารถ ผ่านการอบรมโดยตรง หรือหาศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุที่มีความพร้อมมาเป็นผู้ดูแลแทน ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นอย่างมากในการสนับสนุนครอบครัวที่มีข้อจำกัดให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้ที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจากการประยุกต์ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเรียมในการสนับสนุนครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้เองที่บ้าน โดยเน้นให้ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ การพิจารณาตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้อาศัยอยู่กับครอบครัวอันเป็นที่รักอย่างพร้อมเพียง และช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง การดูแลที่บ้าน การสนับสนุนครอบครัว

### Abstract

The number of elderly people in Thailand is increasing. Most of them suffer from chronic diseases that possibly cause deterioration and disability of their health conditions. These complications eventually lead the elderly patients to become bedridden. Bedridden elderly patients are usually cared for specially by their family members that are close to home. Unfortunately, some of the family members of these elderly population, may not fully care for them because of their other responsibilities such as working, travelling from a distance, or even their own health issues. This places a toll on the care of the bedridden elderly patients. Apart from that, the bedridden elderly often require total or partial assistance with their activities daily livings, and in many case, they also have other specific and complicated needs that may arise during the course of their care. For these reasons, their family members seek competent and qualified elderly caregivers or elderly care centers to take care of their bedridden seniors. Additionally, it is challenging for community nurse practitioners to support these families and their bedridden elderly patients at home due to the constraints associated with their health care and needs.

The purpose of this paper is to present the role and responsibilities of the community nurse practitioners through the application of Orem's nursing system theory in supporting effective home care for the bedridden elderly. The emphasis is placed on families and caregivers to learn and consider making decisions and to practice caring for the bedridden elderly at home efficiently and sustainably. This will not only allow the elderly patients to be with their own family, but will also increase their chances of staying healthy and having a good quality of life.

**Keywords:** *Bedridden elderly/ Home care/ Supporting Family*

## บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยกำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุไม่แตกต่างกับสถานการณ์ในระดับโลก ซึ่งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ (Complete Aged Society) ด้วยจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มี ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) และคาดการณ์ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุจะสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยและทรุดโทรมตามอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดโรคและปัญหาสุขภาพตามมา จากการศึกษาของ นางลักขณ์ พะไยยะ, ศิริพันธ์ สาสัต์ย์ และวาสิณี วิเศษฤทธิ์ (2564) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังประจำตัว มีความเสื่อมถอยของการทำกิจกรรมต่าง ๆ บางรายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง มีความต้องการการพึ่งพิงจากบุคคลในครอบครัว ผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา หากผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงไม่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลอย่างเพียงพอ อาจส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด จำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้านอย่างถูกต้องและเหมาะสม พร้อมทั้งจะปรับบทบาทตนเองเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้านหรือเรียกว่าญาติผู้ดูแล (family caregiver) แต่ในปัจจุบันบุคคลในครอบครัวมีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุน้อยลง เนื่องจากต้องทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว จึงจำเป็นต้องว่าจ้างผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหรือมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมาเป็นผู้ดูแลแทน

เพื่อคงไว้ซึ่งบทบาทหลักในการหารายได้ให้แก่ครอบครัว (สุรียา พองเกิด, สุนันท์ สิ้นชื่อสัตย์กุล, และสปีตระกุล ตันตลานุกร, 2563; อุไรวรรณ ทองอร่าม และนิภาวรรณ สามารถกิจ, 2562) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุติดเตียงและจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต จะเพิ่มความต้องการในการดูแลที่มีความเฉพาะและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เช่น 1) การใส่สายให้อาหารทางจมูกเพื่อให้อาหาร น้ำ และยารักษาโรค 2) การใส่สายสวนปัสสาวะ และการดูแลสายสวนปัสสาวะ 3) การใส่ท่อหลอดลมคอ การดูดเสมหะในท่อหลอดลมคอ และการดูแลแผลบริเวณที่เจาะคอ และ 4) การให้ออกซิเจนหรือการใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน เป็นต้น

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ป่วย บุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะในบุคคลที่เกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ต้องใช้ความเชี่ยวชาญในการดูแลร่วมกับการสนับสนุนและให้แนวทางที่ชัดเจนกับญาติผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพิง ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงจำเป็นต้องพัฒนาบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลให้มีความรู้ ความสามารถ และมีทักษะที่จำเป็นในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้าน เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทความนี้ผู้เขียนซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงนำเสนอแนวทางจากประสบการณ์ที่ผ่านมาในการประยุกต์ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ของโอเร็ม (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) สำหรับให้การสนับสนุนครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางแก่พยาบาล

เวชปฏิบัติชุมชน ครอบครัว และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ได้ทำความเข้าใจและนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้านได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของผู้สูงอายุแต่ละรายต่อไป

## ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (theory of self-care) 2) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (theory of self-care deficit) และ 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ซึ่งทั้ง 3 ทฤษฎีหลักมีความสัมพันธ์กัน (Orem et al., 2001) สำหรับบทความนี้ผู้เขียนได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ของโอเร็มในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ซึ่งทฤษฎีระบบการพยาบาลได้อธิบายถึงการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง ให้ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งทฤษฎีระบบการพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory) เป็นบทบาทของพยาบาลที่กระทำทดแทนความสามารถของผู้ป่วยที่ขาดหายไปเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดจากภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว เป็นต้น 2) ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory) พยาบาลจะช่วยผู้ป่วยตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น เพื่อเติมเต็มความสามารถในส่วนที่ขาดหายไป โดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และ 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการ

ดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งทฤษฎีระบบการพยาบาล ทั้ง 3 ระบบ สามารถบูรณาการร่วมกันโดยประยุกต์ใช้แนวทางการดูแล 5 วิธี คือ 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง และ 5) การกระทำให้หรือกระทำแทน (ปาหนัน พิษยภิญโญ, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, พัชราพร เกิดมงคล และ อากาศร เฒ่าวัฒนา, 2556; พารุณี วงษ์ศรี และทิพย์ศัน ชินตาปัญญากุล, 2561; พิมพ์ลักษณ์ รังษิกานทร, ชัชวาล วงศ์สารี, และอัมพร เจียงวิริชัยกูร, 2561) จากการศึกษาที่ผ่านมามีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็มในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลหลายกลุ่ม เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็มในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและมีความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะการดูแลเพิ่มมากขึ้น (จินตพัทธ์ร์ จันทะโคตร, ทศนีย์ รวีวรกุล, พัชราพร เกิดมงคล, และพิชัย จันท์ศรีวงศ์, 2564; ดุษฎี ไตรยวงศ์, สุนีย์ ละกำปิ่น และทศนีย์ รวีวรกุล, 2563; ศิริพร เสมสาร, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, และพิชัย จันท์ศรีวงศ์, 2561)

ดังนั้นผู้เขียนซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงบูรณาการทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ของโอเร็ม ทั้ง 3 ระบบ เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับภาวะการเจ็บป่วย โดยการประยุกต์ใช้แนวทางการดูแล 5 วิธี คือ 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง และ 5) การกระทำให้หรือกระทำแทน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน กระทำร่วมกับครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

ที่บ้าน ดังนี้ 1) ครอบครัวและผู้ดูแลจะเป็นผู้ให้การดูแล และตอบสนองต่อความต้องการการดูแลแบบทั้งหมด (wholly compensatory) เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด โดยจะได้รับคำแนะนำและคำปรึกษาจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะเป็นผู้กระทำหรือกระทำแทนในบางส่วน (partly compensatory) โดยจะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีความเฉพาะและเกินขีดความสามารถการดูแลของครอบครัวหรือผู้ดูแล และ 3) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จะเป็นผู้สนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) แก่ครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ การพิจารณาตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติการดูแล ผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

## กรณีศึกษา

### 1. ข้อมูลกรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

#### 1.1 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

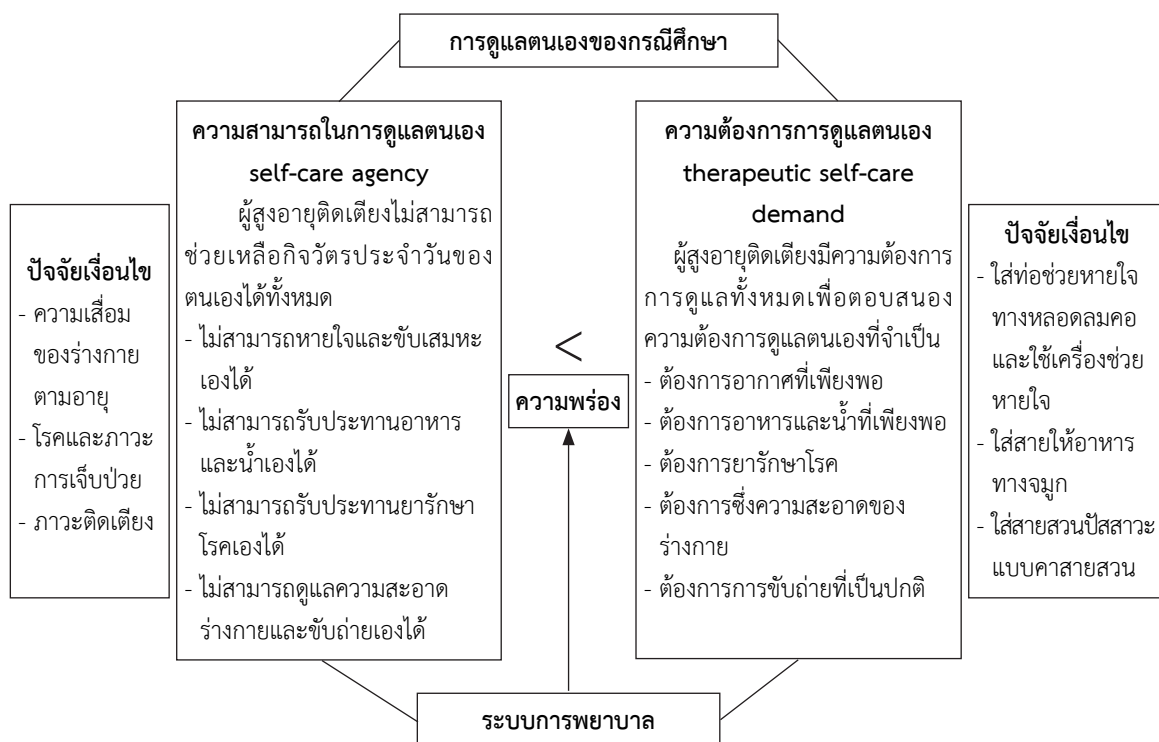
ผู้สูงอายุชายไทย อายุ 91 ปี เป็นผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถตอบสนองกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ มีความต้องการการดูแลช่วยเหลือในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลภาวะสุขภาพ และการดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดำรงชีวิต ปัจจุบันผู้สูงอายุรู้สึกตัวดี สมองตัวเอง กล้ามเนื้อแขนและขาอ่อนแรง ระดับ 2 ทั้ง 4 รยางค์ ไม่มีภาวะข้อติดแข็ง หายใจทางท่อหลอดลมคอและใส่เครื่องช่วยหายใจ ต้องช่วยดูดเสมหะที่ท่อหลอดลมคอทุก 2-3 ชั่วโมง ใส่สายให้อาหารทางจมูกเพื่อให้ได้รับอาหาร น้ำ และยารักษาโรค และใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายสวนเพื่อระบายน้ำปัสสาวะ

#### 1.2 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือด และมีภาวะหัวใจ เต็มเม็ดจิ้งหะ มากกว่า 20 ปี และเมื่อ 10 ปีก่อน มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงทั้งร่างกายเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยวิกฤต จำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอและใส่เครื่องช่วยหายใจจนถึงปัจจุบัน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เอง ต่อมาเมื่อ 6 ปีก่อน ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มีปัสสาวะคั่งค้างจากภาวะต่อมลูกหมากโต จึงจำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายสวนเพื่อช่วยระบายปัสสาวะออกจากร่างกาย และเมื่อ 5 ปีก่อน มีปัญหาการกลืนอาหารและสำลักอาหารบ่อยครั้งจนต้องเข้ารับการรักษาด้วยอาการติดเชื้อที่ปอด จึงจำเป็นต้องให้อาหารผ่านสายให้อาหารทางจมูก

#### 1.3 การประเมินความต้องการการดูแลของกรณีศึกษาตามทฤษฎีของโอเร็ม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงและมีภาวะการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน และต้องอาศัยอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อดำรงชีวิต มีความต้องการการดูแลช่วยเหลือตนเองในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน และการดูแลด้านสุขภาพมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง (therapeutic self-care demand > self-care agency) จึงต้องอาศัยครอบครัวและผู้ดูแลเป็นผู้กระทำแทนแบบทั้งหมด (wholly compensatory) ซึ่งสามารถประเมินความสมดุลของความต้องการการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของกรณีศึกษาตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (theory of self-care deficit) ได้ (ดังภาพที่ 1)

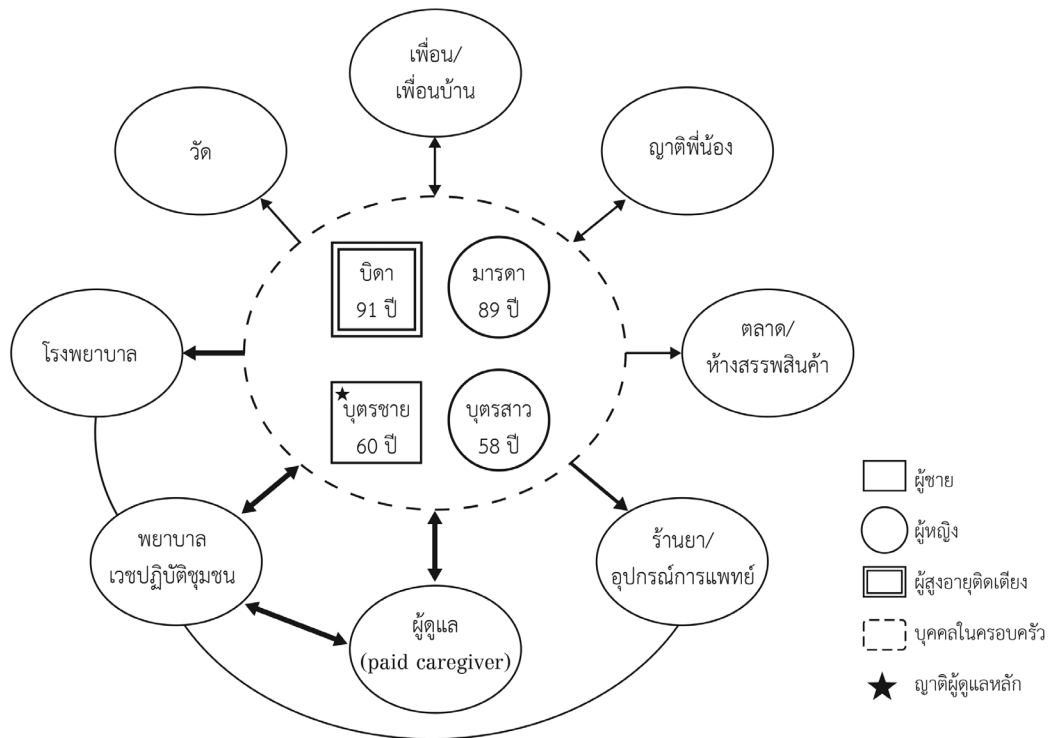


ภาพที่ 1 การประเมินความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง

## 2. บทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและความสัมพันธ์ของครอบครัวกับสิ่งแวดล้อมภายนอก

ครอบครัวของกรณีศึกษาครั้งนี้ มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งมีสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด 4 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง (บิดา) ภรรยาของผู้ป่วย (มารดา) และบุตรสองคน คือ บุตรชาย และบุตรสาว ซึ่งบุตรทั้งสองเป็นผู้ให้การสนับสนุนและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้านในด้านการจัดหาอาหาร ยารักษาโรค และอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น พาไปพบแพทย์ตามนัดและค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้าน ยังเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับครอบครัวเป็นอย่างมาก

เนื่องจากไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้ทั้งหมด ร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต ซึ่งจะเพิ่มความต้องการการดูแลที่เฉพาะและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ดังนั้นเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง ครอบครัวจึงจำเป็นต้องว่าจ้างผู้ดูแลมาเป็นผู้ดูแลร่วมกัน โดยที่บุคคลในครอบครัวจะทำหน้าที่ควบคุม กำกับ และติดตามการดูแล รวมถึงร่วมตัดสินใจและแก้ไขภาวะสุขภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยจะได้รับคำแนะนำและคำปรึกษาจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เมื่อพบว่าปัญหาดังกล่าวเกินขีดความสามารถการดูแลของครอบครัวและผู้ดูแล (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับสิ่งแวดล้อมภายนอก

ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจำเป็นต้องศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้าน เพื่อจะได้ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลในกรณีจำเป็นหรือเมื่อญาติขอความช่วยเหลือ เช่น แหล่งข้อมูลผู้ดูแล (paid caregiver) แหล่งอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น และแหล่งขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น

### บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้าน

ญาติผู้ดูแล (family caregiver) หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ ซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ได้ โดยบุคคลดังกล่าวมักเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความสมัครใจและไม่ได้รับค่าตอบแทน

ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล พบว่าผู้ที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นบุตร (อุไรวรรณ ทองอร่าม และนิภาวรรณ สามารถกิจ, 2562; สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และศุภร วงศ์ทัตญญ, 2559) ความหมายของญาติผู้ดูแลมีความหลากหลายแตกต่างกันไป ซึ่งสามารถอธิบายตามความรับผิดชอบในการดูแลได้ 2 ประเภท คือ 1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่รับผิดชอบในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น และ 2) ผู้ดูแลเสริมหรือผู้ช่วยดูแล (secondary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เข้ามาให้การช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในกรณีที่ผู้ดูแลหลักไม่ว่างหรือเจ็บป่วย เป็นต้น แต่ในปัจจุบันผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมีเวลาในการดูแลผู้ป่วย

น้อยลงเนื่องจากต้องทำงานนอกบ้าน ทำให้ต้องปรับตัวเพื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแลโดยยังคงบทบาทหลักของตนเองหรืออาจต้องว่าจ้างผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหรือผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาเป็นผู้ดูแลแทน โดยผู้ดูแลกลุ่มนี้จะได้รับค่าจ้างหรือเงินตอบแทนจากครอบครัวหรือญาติ ซึ่งเรียกว่า paid caregiver (วารุณี มีเจริญ, 2557) โดยมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในด้านการดูแลช่วยเหลือการทากิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การให้อาหารและยารักษาโรค การช่วยบริหารร่างกาย การดูแลการพักผ่อนนอนหลับ การดูแลความปลอดภัยและความสุขสบาย เป็นต้น โดยการดูแลนั้นเป็นการทำงานร่วมกับญาติผู้ดูแล แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพที่เกี่ยวข้อง แต่ในกรณีศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลที่ครอบครัวว่าจ้างนั้นยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต ทำให้ญาติและผู้ดูแลเกิดความกังวลและไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลง หากญาติหรือผู้ดูแลจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงหรือภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวไม่ได้ หรือมีความล่าช้า อาจส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการสนับสนุนให้ความรู้และการฝึกทักษะการดูแลที่จำเป็น จะช่วยให้ญาติและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้ที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

## บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้าน

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วย บุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะในบุคคล

ที่เกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ต้องการความชำนาญและทักษะทางการพยาบาลขั้นสูง โดยบูรณาการองค์ความรู้ ทฤษฎี ผลการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันในการจัดการดูแลสุขภาพ ให้ครอบคลุมในทุกมิติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพ (สภาการพยาบาล, 2552) ซึ่งผู้เขียนในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงบูรณาการทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม ทั้ง 3 ระบบ ในการสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้าน โดยการประยุกต์ใช้แนวทางในการดูแล 5 วิธี คือ 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง และ 5) การกระทำให้หรือกระทำแทน โดยมีรายละเอียดดังนี้

**1. การสอน** เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะที่มีความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการให้ข้อมูลดังกล่าวทำให้ครอบครัวและผู้ดูแลเข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วย และสามารถกำหนดเป้าหมายหรือแผนการดูแลไว้ล่วงหน้าได้ (Orem, 1995 อ้างใน จุฬาวรี ชัยวงค์นาคพันธ์, ศิริกาญจน์ จินาวิน, วราภรณ์ ยศทวี, กชพร พงษ์แต่้, และเจษฎาภรณ์ อิกำเหน็ด, 2561) ผู้เขียนได้สนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้านในด้านความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาเพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวและผู้ดูแลเข้าใจถึงภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในปัจจุบันและฝึกทักษะการดูแลที่จำเป็นให้สอดคล้องกับการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะครอบครัวที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงมาก่อน เช่น การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันในด้านการทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดช่องปากและฟัน การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ผู้สูงอายุบนเตียง การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ เพื่อป้องกันข้อติดแข็ง

รวมถึงการฝึกทักษะที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง และจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต เช่น การดูแลให้อาหาร น้ำ และยารักษาโรคตามแผนการรักษาผ่านสายให้อาหารทางจมูก การทำแผลอย่างถูกต้องตามเทคนิคการดูดเสมหะ และการดูแลสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น จากนั้นให้ครอบครัวและผู้ดูแลสวีย้อนกลับ โดยที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ครอบครัวและผู้ดูแลให้ได้เรียนรู้ถึงจุดเด่นและข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแล และเปิดโอกาสให้ครอบครัวและผู้ดูแลได้ซักถามปัญหาที่สงสัย ซึ่งจะส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลได้ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีความต้องการการดูแลที่เฉพาะและซับซ้อนได้ดียิ่งขึ้น

**2. การชี้แนะ** เป็นวิธีที่ช่วยให้ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดการพิจารณาสถานการณ์หรือปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยครอบครัวและผู้ดูแลจะต้องทำการตัดสินใจและเลือกดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามสิ่งที่พบอย่างเหมาะสมด้วยตนเอง (Orem, 1995 อ้างใน จุฬารวี ชัยวงค์นาคพันธ์ และคณะ, 2561) ผู้เขียนให้การชี้แนะแก่ครอบครัวและผู้ดูแลให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงเพื่อตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานและส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ รวมถึงความสำคัญของการประเมินและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะ 1) การประเมินความผิดปกติของสัญญาณชีพ 2) ลักษณะสี และปริมาณของเสมหะ 3) ปริมาณและลักษณะของอาหารที่เหลือค้างในกระเพาะอาหาร และ 4) ปริมาณกลืน สี ความชุ่มชื้น ตะกอนในน้ำปัสสาวะ เป็นต้น จะทำให้ครอบครัวและผู้ดูแลเข้าใจและทราบถึงเหตุผลในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญในการตัดสินใจเลือก

วิธีการดูแลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**3. การสนับสนุน** เป็นวิธีการช่วยให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการรับฟังและการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเข้าใจ สนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแลให้เกิดความมั่นใจและเกิดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้น โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องเลือกวิธีการสนับสนุนให้เหมาะสมกับสถานการณ์และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัว (Orem, 1995 อ้างใน จุฬารวี ชัยวงค์นาคพันธ์ และคณะ, 2561) ผู้เขียนมีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นต่อการให้ความช่วยเหลือให้กำลังใจเมื่อครอบครัวหรือผู้ดูแลมีปัญหาไม่สบายใจ สนับสนุนให้เล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการดูแล รวมถึงการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน เพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดความหวังและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้อย่างต่อเนื่อง จากนั้นให้การช่วยเหลือและร่วมตัดสินใจในบางกรณีที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลไม่มั่นใจ เช่น 1) เมื่อมีอาหารเหลือค้างในกระเพาะอาหารมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป 2) เมื่อพบว่ามีเสมหะมาก เหลือง และเหนียวขึ้น 3) เมื่อพบว่าปัสสาวะออกน้อย สีเข้ม ชุน และมีตะกอน และ 4) เมื่อพบว่าสัญญาณชีพผิดปกติมีอาการหรืออาการแสดงอื่น ๆ ร่วมด้วย เป็นต้น เพื่อช่วยให้ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และสามารถดูแล เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการติดตามทางโทรศัพท์จากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นวิธีการสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแลวิธีหนึ่งที่ทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่มีจำนวนน้อย สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้านได้อย่างทั่วถึง และเป็นช่องทางให้ครอบครัวหรือผู้ดูแล

เข้าถึงข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพ ได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะกรณีเร่งด่วนที่ผู้สูงอายุติดเตียง มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกินความสามารถดูแลของครอบครัวและผู้ดูแล สามารถขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือได้อย่างทันที่ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการดูแลสุขภาพทางไกล (Tele-nursing) ของสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2564) สนับสนุนให้เกิดการดูแลในรูปแบบใหม่ มีคุณภาพได้มาตรฐาน สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

**4. การจัดสิ่งแวดลอมที่ส่งเสริมการดูแล** เป็นการจัดสิ่งแวดลอมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจแก่ครอบครัวและผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ โดยเฉพาะการจัดสิ่งแวดลอมให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีโอกาสร่วมกันปฏิบัติสัมพันธกับบุคคลอื่น (Orem, 1995 อ้างใน จุฬารีย์ ชัยวงค์นาคพันธ์ และคณะ, 2561) ผู้เขียนได้เปิดโอกาสให้ครอบครัวและผู้ดูแลเข้ามาฝึกทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงร่วมกันกับผู้เขียนซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อให้มีโอกาสสร้างปฏิสัมพันธ์และกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงร่วมกัน ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ครอบครัวและผู้ดูแล จะส่งเสริมและเพิ่มแรงจูงใจให้ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้น และให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้อย่างเหมาะสม

**5. การกระทำให้หรือกระทำแทน** เป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงโดยตรง ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีความเฉพาะและเกินขีดความสามารถดูแลของครอบครัวหรือผู้

ดูแลจะกระทำได้ เช่น การเปลี่ยนสายให้อาหารทางจมูก การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ และการดูแลเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

## สรุป

ความสำเร็จของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้าน เกิดจากครอบครัวและผู้ดูแลได้รับการพัฒนาความสามารถและทักษะการปฏิบัติที่จำเป็นซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติจริง จากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โดยการประยุกต์ใช้แนวทางในการดูแล 5 วิธี คือ 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสร้างสิ่งแวดลอมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง และ 5) การกระทำให้หรือกระทำแทน รวมถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างบุคคลในครอบครัว ผู้ดูแล และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ บริบทและข้อจำกัดของครอบครัว และเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลในครอบครัว ผู้ดูแล และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจ และเกิดทักษะการปฏิบัติที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และความผาสุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้าน

## ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำแนวทางการสนับสนุนครอบครัวไปใช้ในการพัฒนาความสามารถของครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้านหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ โดยปรับแนวทางการดูแลให้สอดคล้องกับผู้สูงอายุแต่ละรายและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละครอบครัว

2. การดูแลสุขภาพทางไกล (Tele-nursing) เป็นทางเลือกหนึ่งที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถประยุกต์ใช้ในการสอน ให้คำชี้แนะ และให้การสนับสนุน แก่ครอบครัวและผู้ดูแลโดยเฉพาะกรณีเร่งด่วนให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงที่บ้านได้อย่าง ทันท่วงที

3. ควรมีการศึกษาวิจัยและติดตามผลการ สนับสนุนครอบครัวหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ติดเตียงที่บ้าน เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนา ระบบการสนับสนุนครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะติดเตียงที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้เขียนขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุที่เป็น กรณีศึกษาและครอบครัวกรณีศึกษาที่อนุญาตให้ เปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชนและ บุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน ครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ดูแล ผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะติดเตียงที่บ้านต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

จินตพัทตร์ จันทะโคตร, ทศนีย์ รวีวรกุล, พัชราพร เกิดมงคล, และพิชัย จันทร์ศรีวงศ์. (2564). ผล ของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ สำหรับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับเคมีบำบัดแบบ ผู้ป่วยนอก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 14(2), 11-24.

จุฬาวรี ชัยวงศ์นาคพันธ์, ศิริกาญจน์ จินาวิณ, วราภรณ์ ยศทวี, กชพร พงษ์แท้, และเจษฎาภรณ์ อิกำเหน็ด. (2561). บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาความ สามารถและลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีปัญหาในระบบประสาท. *วารสารวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์, (ฉบับพิเศษ)*, 151-162.

ดุขฎิ ไตรยวงศ์, สุนีย์ ละกะปาน และทศนีย์ รวีวรกุล. (2563). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบ สนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการ ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแล. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 37(3), 240-249.

นงลักษณ์ พะโกยะ, ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และวาสนิณี วิเศษฤทธิ์.

(2564). ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อ รองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต. *วารสาร วิจัยระบบสาธารณสุข*, 15(2), 200-217.

ปาหนัน พิษยภิญโญ, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, พัชราพร เกิดมงคล และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2556). *ทฤษฎีการพยาบาลและการประยุกต์: บุคคล ครอบครัวและชุมชน*. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตพอร์เรชั่น.

พารุณี วงษ์ศรี และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและ การให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 209 -219.

พิมพ์ลักษณ์ รังษิภโนตร, ชัชวาล วงศ์สาธา, และอัมพร เจียงวิรัชชัยกุล. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎี การดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลป้องกันการ เกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสาร วิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 12(3), 89-100.

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *Rama Nurse J*, 20(1), 10-22.
- ศิริพร เสมสาร, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม, และพิชัย จันทร์ศรีวงศ์. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของญาติผู้ดูแลต่อผลลัพธ์ด้านญาติผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้าย. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการมดุงครรภ์ไทย*, 5(1), 112-116.
- สภาการพยาบาล. (2552). ประกาศสภาการพยาบาล ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล ชั้นสูงสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2564, จาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf>
- สภาการพยาบาล. (2564). ประกาศสภาการพยาบาล. แนวทางการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing). สืบค้น จาก: [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T\\_0049.PDF](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0049.PDF)
- สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และศุภร วงศ์วัฑฒญ. (2559). บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(4), 104-121.
- สุรียา พองเกิด, สุนันท์ สิ้นซื่อสัตย์กุล, และสีปดระกุลตันตลานุกร. (2563). บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลญาติผู้ป่วยติดเตียง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 46-55.
- อุไรวรรณ ทองอร่าม และนิภาวรรณ สามารถกิจ. (2562). อิทธิพลของความพร้อมในการดูแล ภาระในการดูแล และรางวัลจากการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 46(3), 88-102.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6<sup>th</sup> ed.)*. St. Louis: Mosby.



กลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณทักษะของนักศึกษาพยาบาล  
สู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ  
**Teaching Strategies Enhancing Develop Soft Skills of Nursing  
Students Towards The 21<sup>st</sup> Century Skills:  
A systematic literature review**

ปุณณิภัสส์ อริยะปรานต์, พย.ม., Ponnipass Ariyaprana, MN.S.<sup>1\*</sup>

สุลี ทองวิเชียร, สด., Sulee Tongvichean, Ph.D.<sup>2</sup>

สุภาวดี สมจิตต์, ศคม., Supawadee Somchit, M.A.<sup>3</sup>

สุภัจฉรี มะกรकरण, วท.ม., Supatcharee Makornkan, M.Sc.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>อาจารย์ประจำ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

<sup>1</sup>Instructor, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

<sup>2</sup>Associate Professor, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

<sup>3</sup>Assistant professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College

<sup>4</sup>อาจารย์ประจำ, คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

<sup>4</sup>Instructor, Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University

\*Corresponding Author Email: Ponnipass.ari@bkkthon.ac.th

Received: March 8, 2022

Revised: June 11, 2022

Accepted: June 20, 2022

## บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนกลยุทธ์ การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณทักษะ (Soft Skill) ของนักศึกษาพยาบาลสู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 โดยใช้ PRISMA ในการสังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ทำการศึกษาโดยสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ PubMed, Science Direct, Sage Publication, ProQuest, CINAHL, EBSCO host, Google Scholar, และ ThaiJO นำมาสังเคราะห์โดยคัดเลือกผลงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณทักษะของนักศึกษาพยาบาลตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2560 (2017) ถึง พ.ศ. 2564 (2021) ผลการวิจัยพบหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 6 เรื่อง

สามารถอธิบายเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณทักษะของนักศึกษาพยาบาลสู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ได้ 4 แบบ ดังนี้ 1) แบบการทำงานร่วมกัน 2) แบบการเรียนรู้ผ่านทางบริการ 3) แบบเว็บเป็นฐาน หรือ เกมเป็นฐาน และ 4) การแสดงบทบาทสมมติ ผลการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า กลยุทธ์การจัดการเรียนรู้อาจแตกต่างกันไปตามบริบทของสาระวิชาเน้นที่ผู้เรียนเป็นสิ่งสำคัญ ความจำเป็นในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีจรรยาบรรณสู่ศตวรรษที่ 21 จะนำไปสู่การให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีคุณภาพได้จากความสามารถในการสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ ความสามารถในการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ :** กลยุทธ์การจัดการเรียนการสอน จรรยาบรรณ นักศึกษาพยาบาล ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21

## Abstract

This paper reviewed the existing researches on teaching strategies enhancing to develop soft skills of nursing students towards the 21<sup>st</sup> century skills. Following preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA), PubMed, Science Direct, Sage Publication, ProQuest, CINAHL, EBSCOhost, Google Scholar, and ThaiJO were included in electronic databases. Researches on teaching and learning strategies for developing the skills of nursing students published between 2017 and 2021 were included in the review, 6 papers were synthesized. Findings show that there are 4 types of teaching and learning management models for developing the skills of nursing students towards 21<sup>st</sup> century skills, as follows: 1) collaborative mentoring model 2) service learning model 3) Web-based or Game-based learning and 4) role playing. This review has pointed out that learning management strategies are varied based on the course context which placed the important on student-centered. Developing nursing students to have skills for the 21<sup>st</sup> century is imperative. This will lead to quality service to patients that conveyed from student's capacity to communicate, think analytically, and effectively resolve immediate situations

**Keywords:** Teaching strategies, Soft Skills, Nursing Students, The 21<sup>st</sup> Century Skills

## บทนำ

เป้าหมายของแผนการศึกษาแห่งชาติระยะยาว 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ได้กำหนดทิศทางการจัดการศึกษาของประเทศที่มุ่งจัดการศึกษาให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงโอกาสและความเสมอภาคในการศึกษาที่มีคุณภาพ พัฒนาระบบการบริหารจัดการศึกษาที่มีประสิทธิภาพ พัฒนากำลังคนให้มีสมรรถนะในการทำงานที่สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงานและการพัฒนาประเทศ (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, 2560) และเป้าหมายของแผนการจัดการอุดมศึกษาระยะยาว 15 ปี ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2560-2574) โดยพิจารณาองค์ประกอบในการพัฒนาคุณภาพการศึกษาระดับอุดมศึกษา (Quality) ได้แก่ การพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตให้มีความสมดุลของ Soft Skill และ Hard Skill (สุเมธ แยม์นุ่น, 2559) ซึ่งทักษะด้านซอล์ฟสกิล เป็นคุณลักษณะสำคัญที่แสดงถึงความสามารถในการทำงานร่วมกับคนที่เรียกว่า “เก่งคน” ประกอบด้วยหลายทักษะเชื่อมโยงกัน เช่น ทักษะด้านสังคม สื่อสาร การแก้ปัญหา รวมทั้งทัศนคติ และลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล ราชบัณฑิตยสถาน (จินดารัตน์ โปธิ์, 2559) อธิบาย ซอล์ฟสกิล โดยใช้คำว่า “จรรยาวัช” ถือเป็นทักษะด้านคนและสังคมที่ประกอบด้วย 1) ทักษะด้านการคิด 2) ทักษะด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่น เช่น การสื่อสาร (Communication Skill) การพูดให้ตรงแต่ไม่แรง (Assertiveness) ทักษะการทำงานเป็นทีม (Teamwork & Collaboration) และ 3) ทักษะการถามและฟัง (Questioning & Listening Skills) นอกจากนี้ ซอล์ฟสกิลยังรวมถึงทักษะการโน้มน้าวใจ เช่น ทักษะการขาย (Selling Skill) ทักษะการนำเสนอ (Presentation Skill) ทักษะการเจรจาต่อรอง (Negotiation Skill) ในด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล เรียกว่า สมรรถนะด้านเก่งคน

ที่เพิ่มเสริมจากสมรรถนะด้านเก่งงาน ครอบคลุมสมรรถนะด้านการบริหารตนเอง บริหารเวลา จัดการตนเอง จูงใจตนเอง ความมั่นใจในตนเอง เขavnอารมณ์ และด้านการทำงานร่วมกับคนอื่น การจูงใจ การบริหารทีมงาน การสื่อสาร การนำเสนอ การจัดการข้อโต้แย้ง การบริหารคนต่อ การจัดการการเปลี่ยนแปลง (สำนักส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพนักศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2562)

จรรยาวัชจะมีความเชื่อมโยงกับทักษะสำคัญสำหรับผู้เรียนในอนาคตหรือที่เรียกว่าทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย การอ่าน (Reading) การเขียน (Writing) คณิตศาสตร์ (Arithmetic) การคิดวิเคราะห์ (Critical Thinking) การสื่อสาร (Communication) การร่วมมือ (Collaboration) และความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) ขณะเดียวกัน ยังเกี่ยวข้องกับ 10 ทักษะที่ต้องการในปี 2020 คือ 1) การแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน 2) การคิดวิเคราะห์ 3) ความคิดสร้างสรรค์ 4) การจัดการบุคคล 5) การทำงานร่วมกัน 6) ความฉลาดทางอารมณ์ 7) รู้จักประเมินและการตัดสินใจ 8) มีใจรักบริการ 9) การเจรจาต่อรอง 10) ความยืดหยุ่นทางความคิด (วิจารณ์ พานิช, 2556) มาลี คำคง ยุวนิดา อารมรมย์ และสุระพร ปุ้ยเจริญ (2563) ระบุว่า การจัดการศึกษาทางการพยาบาลต้องจัดการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลองและภาคปฏิบัติ เพื่อหล่อหลอมให้ผู้เรียนเกิดองค์ความรู้และทักษะที่เพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การมีความรู้และทักษะทางเทคนิคเพียงด้านเดียวยังไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เรียนทุกคนต้องได้รับการพัฒนาทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคควบคู่กันไปในทุกกระบวนการ หมายถึงจรรยาวัชที่ไม่ใช่ทักษะด้านเทคนิควิชาชีพ แต่เป็นทักษะทางปัญญา

ทักษะทางสังคมและทักษะรอบด้านอื่น ๆ ที่พยาบาล ต้องใช้ร่วมกับความรู้และทักษะทางเทคนิค ซึ่งเป็น องค์ประกอบที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพทักษะทางเทคนิค ลดความผิดพลาด ช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการดูแล ผู้ป่วย เป็นการลดปัญหาด้านมนุษยสัมพันธ์ในการ ปฏิบัติงาน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ทักษะทาง เทคนิคเพิ่มขึ้น ทำให้ทัศนคติของผู้เรียนต่อความปลอดภัย ของผู้ป่วยดีขึ้น (Raksami, อ่างใน มาลี คำคง และ คณะ, 2563)

การพัฒนาให้ผู้เรียนมีจรรยาบรรณทักษะดังกล่าว จำเป็น ต้องมีกลยุทธ์การสอนที่หลากหลาย ซึ่งนักวิชาการ หลายท่านได้กล่าวไว้ อาทิ มารุต พัฒนา (2562) ที่กล่าวถึง แนวคิดการพัฒนาคุณภาพของผู้เรียนจะช่วยให้ นักพัฒนา หลักสูตรสามารถกำหนดจุดมุ่งหมายทางการศึกษาได้ เป็นอย่างดี ส่วนการศึกษาจิตวิทยาการเรียนรู้จะใช้ใน การกลั่นกรองจุดมุ่งหมายการศึกษาให้มีความเหมาะสม กับธรรมชาติและศักยภาพของผู้เรียน ซึ่งจากประกาศ มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2552 ได้กำหนดคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ สองประการที่เป็นจรรยาบรรณ ได้แก่ การมีมนุษยสัมพันธ์ ที่ดี มีภาวะผู้นำ สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถ ทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ และมีศรัทธาในวิชาชีพ การพยาบาล รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในการพยาบาล และ คุณค่าแห่งตน การเรียนรู้ดังกล่าวจึงควรเป็นการเรียนรู้ แบบบูรณาการจากประสบการณ์จริงนอกห้องเรียน โดย นัยดังกล่าวจัดเป็นทักษะแก่คน ซึ่งรวมถึงการมีทัศนคติ ที่ดีต่อตนเองและวิชาชีพ (ละเอียด แจ่มจันทร์ สุภังกร ณะกรครรภ์ และสมฤดี กิระตวนิชเสถียร, 2562) การ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจะช่วยให้คณาจารย์

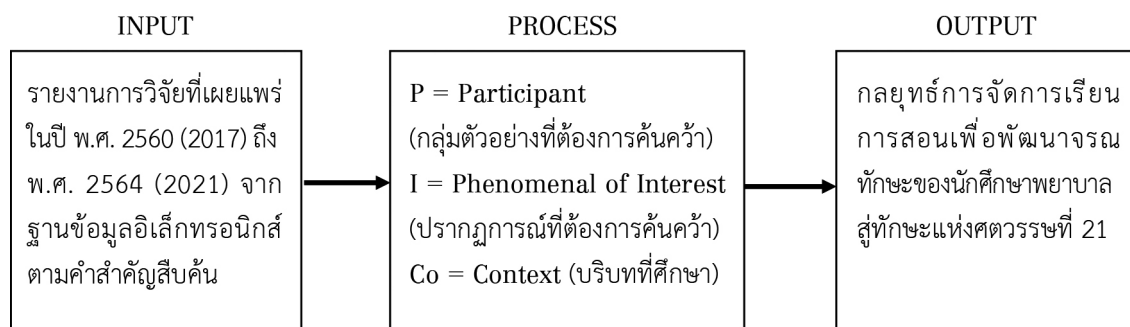
และผู้เกี่ยวข้องกับการจัดหลักสูตรการเรียนการสอน สาขาพยาบาลศาสตร์ ได้เรียนรู้ข้อมูลจากหลักฐาน เชิงประจักษ์เกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาจรรยาบรรณทักษะของนักศึกษาพยาบาลสู่ทักษะ แห่งศตวรรษที่ 21 โดยการสืบค้นบทความการวิจัยที่ ตีพิมพ์ตั้งแต่ พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2564 โดยสืบค้นจากฐาน ข้อมูล PubMed, Science Direct, Sage Publication, ProQuest, CINAHL, EBSCOhost, Google Scholar, และ ThaiJO คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาทำการสรุ ปองค์ความรู้จากการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียน การสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณทักษะของนักศึกษาพยาบาลสู่ ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21

## วัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ กลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณ ทักษะของนักศึกษาพยาบาลสู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21

## กรอบแนวคิดการวิจัย

เพื่อให้สามารถกำหนดทิศทางการค้นคว้าได้ ตรงประเด็น และสอดคล้องกับคำถามการทบทวน วรรณกรรม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ PICO Framework (อัจจรา คำมะหิตย์, 2564) ในการทบทวนงานวิจัย จาก การสืบค้นงานวิจัยในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ตามคำ สำคัญสืบค้น คัดเลือกผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2560 (2017) ถึง พ.ศ. 2564 (2021) เพื่อให้ได้ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการเรียน การสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณทักษะของนักศึกษาพยาบาลสู่ ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

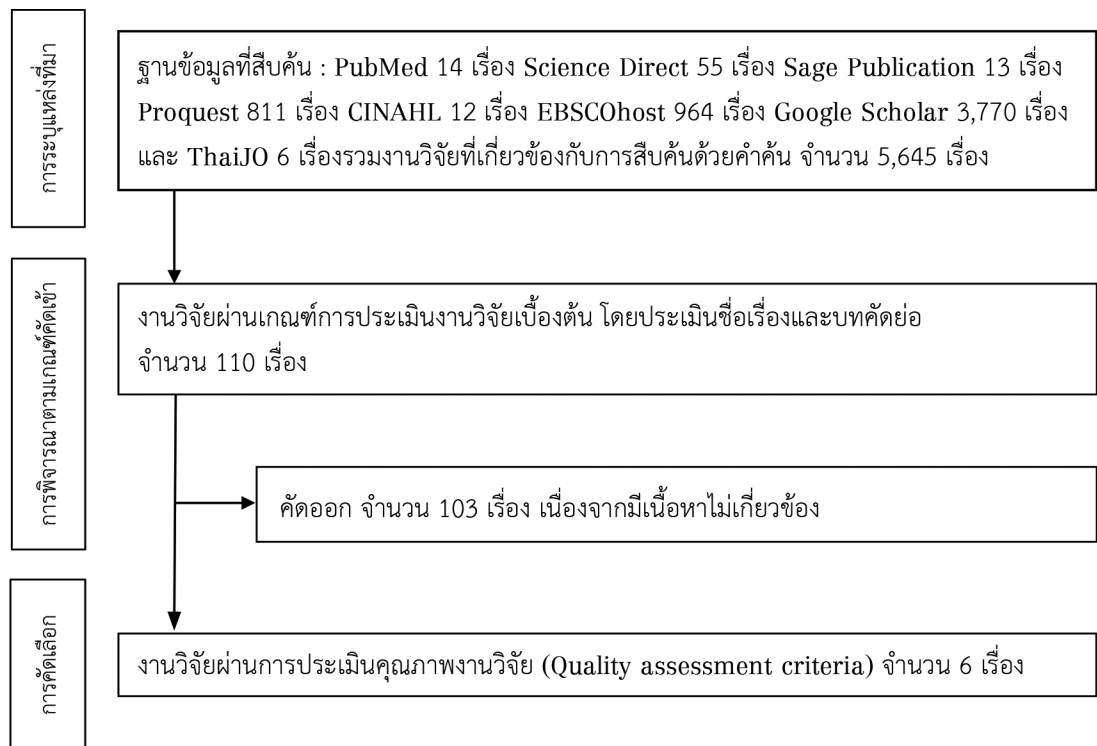
### วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) พื้นที่ดำเนินการศึกษา โดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่สำคัญของงานวิจัยด้านการแพทย์และการพยาบาลได้แก่ PubMed, Science Direct, Sage Publication, ProQuest, CINAHL, EBSCOhost, Google Scholar, และ ThaiJO ตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ. 2560 (2017) ถึง พ.ศ. 2564 (2021) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณของนักศึกษาพยาบาลสู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นตามกรอบแนวคิดและจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล และ แบบประเมินคุณภาพรายงานวิจัยการเก็บข้อมูล และการประเมินคุณภาพรายงานการวิจัยโดยผู้วิจัยอ่านรายงานวิจัยและดึงข้อมูล (data extraction) ลงในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล การประเมินคุณภาพรายงานวิจัยตามแนวทางของ PRISMA (Liberati et al., 2009) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณของนักศึกษาพยาบาลสู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 เป็นตัวแปรต้น
- 2) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณของนักศึกษาพยาบาลสู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 เป็นตัวแปรตาม
- 3) เป็นงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2560 (2017) ถึง พ.ศ. 2564 (2021) และ
- 4) เป็นงานวิจัยที่ศึกษารูปแบบการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา

ผลการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณของนักศึกษาพยาบาลสู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 จากฐานข้อมูลที่กำหนดจำแนกตามฐานข้อมูลที่สืบค้นและเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 กำหนดคำสำคัญ (keywords) ที่ใช้ในการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ (ภาษาไทย) รูปแบบการเรียนการสอน จรรยาบรรณ นักศึกษาพยาบาลปริญญาตรี ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 (ภาษาอังกฤษ) คำที่สืบค้น Model of Teaching, Soft Skills, Undergraduate nursing students, The 21<sup>st</sup> Century Skills



แผนภาพที่ 2 ผลการคัดเลือกงานวิจัย PRISMA flow Diagram

## ผลการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ที่มีการรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสืบค้นตามคำสำคัญที่กำหนดไว้ พบว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณของนักศึกษาพยาบาลสู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ตามรายละเอียดดังนี้

การสืบค้นจากฐานข้อมูลที่ PubMed, Science Direct, Sage Publication, ProQuest, CINAHL, EBSCOhost, Google Scholar, และ ThaiJO โดยใช้คำสำคัญ “Model of Teaching” AND “Soft Skills” AND “Undergraduate nursing students” AND “The 21st Century Skills” และ “รูปแบบการเรียนการสอน” และ “จรรยาบรรณ” หรือ “ซอร์ล์ฟสกิล” และ “นักศึกษาพยาบาลปริญญาตรี” และ “ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21” พบงานวิจัยจำนวน 5,645 เรื่อง เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์คัด

เข้าพบงานวิจัยผ่านเกณฑ์การประเมินงานวิจัยเบื้องต้น โดยประเมินชื่อเรื่องและบทคัดย่อ จำนวน 110 เรื่อง คัดออกจำนวน 7 เรื่อง เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ศึกษากับผู้เรียนในหลักสูตรอื่นที่ไม่ใช่บัณฑิตศึกษาพยาบาล เหลือจำนวน 103 เรื่อง คัดออกอีก 97 เรื่อง เนื่องจากมีเนื้อหาไม่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลปริญญาตรี เหลืองานวิจัยที่คัดเข้าจำนวน 6 เรื่อง (ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 ตารางที่ 1) งานที่ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษระหว่างปี ค.ศ. 2021 จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 50) ปี ค.ศ. 2020 จำนวน 2 เรื่อง (ร้อยละ 33.33) และปี ค.ศ. 2017 จำนวน 1 เรื่อง (ร้อยละ 16.66) เมื่อพิจารณาตามระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นรายงานการวิเคราะห์เมตาหรือการทบทวนอย่างเป็นระบบจำนวน 1 เรื่อง (ร้อยละ 14.28) แบบผสมผสาน จำนวน 1

เรื่อง (ร้อยละ 16.66) งานวิจัยเชิงพรรณนา จำนวน 1 เรื่อง (ร้อยละ 16.66) และเป็นงานวิจัยระดับ 3 หรืองานวิจัยกึ่งทดลองมากที่สุดจำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 50)

## การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณของนักศึกษาพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้ง 6 เรื่อง สามารถอธิบายเกี่ยวกับกลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณของนักศึกษาพยาบาลสู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 แบ่งเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1. การจัดการเรียนการสอนรูปแบบการทำงานร่วมกัน (Collaborative mentoring model) จะเห็นได้ว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ 68.8% มีความเข้าใจในจรรยาบรรณว่าเป็นทักษะที่จำเป็น ควรได้รับการพัฒนาในระหว่างที่เรียนในหลักสูตรการศึกษาพยาบาล และมีข้อเสนอแนะว่าจรรยาบรรณเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานในสภาพแวดล้อมของการทำงานโดยเฉพาะเรื่องการสื่อสารกับผู้ใช้บริการ (Luke Laari, Barbara M. Dube, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยบูรณาการใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนสำหรับการพัฒนาจรรยาบรรณในการพยาบาล 5 ประเด็น ดังนี้ 1) การแสดงจรรยาบรรณในการพยาบาล 2) ประโยชน์ของจรรยาบรรณในการพยาบาล 3) ความต้องการจรรยาบรรณในการพยาบาล 4) การปลูกฝังจรรยาบรรณในการปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การเชื่อมโยงระหว่างทักษะหลักทางการพยาบาลกับจรรยาบรรณที่ปรากฏขึ้น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าจรรยาบรรณคือความสามารถด้านความรู้ ความเข้าใจและความสามารถทางสังคมที่เติมเต็มทักษะทางวิชาชีพของพยาบาลในอุตสาหกรรม การดูแลสุขภาพ จรรยาบรรณเปรียบเสมือนกับออกซิเจนที่จำเป็นในการฟื้นคืนชีพที่ต้องใส่ใจนำมาใช้ในการ

พยาบาลที่กำลังจะตายลงไป หน่วยงานกำกับดูแลควรให้ความสนใจทำการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับการจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์อย่างเร่งด่วน (Luke Laari, Oboshie Anim-Boamah, Christian Makafui Boso, 2021)

2. การจัดการเรียนการสอนรูปแบบการเรียนรู้ผ่านทางการให้บริการ (Service Learning model) จะเห็นได้ว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ 88.6% เข้าใจแนวคิดของจรรยาบรรณและเห็นด้วยว่าควรเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมที่นักศึกษาพยาบาลในระหว่างการฝึกอบรมวิชาชีพ และมีความจำเป็นที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในสภาพแวดล้อมทางคลินิกและปรับปรุงการสื่อสารกับผู้ใช้บริการของพวกเขา (Hardie, Darley, Catherine Redmond C, Lafferty A, Jarvis S., 2021) จากการศึกษาของมหาวิทยาลัยซาริมัลเทียรา ประเทศอินโดนีเซีย (Sari Mutiara Indonesia University) ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และ 3 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 24 คน ทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยกลุ่มที่ได้ intervention จะได้รับการประเมินด้วย Mini-CEX ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินการสังเกตตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าสมรรถนะตนเองของกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำ (66.7%) และพบว่า Mini-CEX มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองของนักศึกษาพยาบาลที่เข้ารับการฝึกงานอย่างมีนัยสำคัญ  $p < 0.000$  พบข้อเสนอแนะควรเน้น Mini-CEX ในระบบการศึกษาพยาบาล เพื่อพัฒนาสมรรถนะตนเองของนักศึกษาพยาบาล ที่ต้องเผชิญกับความท้าทายและความกดดันอย่างมาก ดังนั้นระบบการศึกษาควรสนับสนุนนักศึกษาพยาบาลในช่วงที่มีการฝึกงาน เพื่อปรับปรุงสมรรถนะตนเอง (Martina, Purba, Sinaga, & Simanjuntak, 2021)

จากผลการวิจัยกึ่งทดลองเกี่ยวกับคุณลักษณะการเอาใจใส่ของนักศึกษาพยาบาลในภาคเรียนคู่ถัดไป

ภาคีที่ 8.2% คุณลักษณะด้านวิชาชีพของ นักศึกษาพยาบาลในภาคเรียนคูมามีมากกว่าเกือบสามเท่าของภาคเรียนคู่ที่ 37.5% คุณลักษณะ ในการเป็นนักกิจกรรมของ นักศึกษาพยาบาลในภาคการศึกษาคู่มากเป็นสองเท่า เมื่อเทียบกับภาคการศึกษาคู่ที่ 33% เพศมีอิทธิพลต่อ คุณลักษณะการเอาใจใส่ของนักศึกษาพยาบาลที่  $p < 0.039$  ความแตกต่างของคุณลักษณะในด้านการเอาใจใส่ การเป็น นักกิจกรรมและความเป็นวิชาชีพ ระหว่างนักศึกษาพยาบาล ในภาคเรียนคูดีกว่าภาคี ที่  $p < 0.021$  สำหรับคุณลักษณะ การเอาใจใส่  $0.010$  สำหรับคุณลักษณะการเป็นนักกิจกรรม และ  $0.001$  สำหรับคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ คุณลักษณะ การเอาใจใส่ของนักศึกษาพยาบาล ในภาคเรียนคูดีกว่า ภาคีที่ 8.2% คุณลักษณะด้านวิชาชีพของนักศึกษา พยาบาลในภาคเรียนคูมามีมากกว่าเกือบสามเท่าของภาค เรียนคู่ ที่ 37.5% คุณลักษณะในการเป็นนักกิจกรรมของ นักศึกษาพยาบาลในภาคการศึกษาคู่มากเป็นสองเท่า เมื่อเทียบกับภาคการศึกษาคู่ที่ 33% เพศมีอิทธิพล ต่อคุณลักษณะการเอาใจใส่ของนักศึกษาพยาบาลที่  $p < 0.039$  (Tri Hariti, Sri Rejeki, Ernawati, 2020)

3. การจัดการเรียนการสอนรูปแบบเว็บไซต์เป็นฐาน หรือ เกมเป็นฐาน (Web-based or Game-based learning) การฝึกทักษะซอร์สฟอสกิล ในสภาพแวดล้อมเสมือนจริง เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับสถานการณ์ในชีวิตจริง จาก

ผลการวิจัยนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่เรียนด้วยการใช้เว็บไซต์ เป็นฐาน (Web-based instruction: WBI) ที่แยกกลุ่ม ที่สอนด้วยวิธีปกติ และแบบ WBI มอบหมายงานให้ทำ เหมือนกัน เปรียบเทียบคะแนนสอบ 3 ครั้ง พบว่ากลุ่ม ที่เรียนด้วย WBI มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญ แม้ว่าภาพรวม WBI จะมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า เล็กน้อย ( $80.39 \pm 7.54$  และ  $82.44 \pm 7.23$ ) แต่ทักษะ ด้านการสื่อสารของกลุ่ม WBI จะดีกว่า รวมถึงทักษะ การเขียนและพฤติกรรมดีขึ้น แม้ว่าผลลัพธ์การเรียนรู้ ของทั้ง 2 กลุ่มจะไม่ต่างกัน แต่จะช่วยให้นักศึกษา สามารถตัดสินใจเลือกวิธีเรียนที่เหมาะสมกับตนเองได้ การสอน WBI จะช่วยให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงแหล่ง ข้อมูลได้ไม่ว่าจะสามารถเรียนจนสำเร็จหรือไม่ก็ตาม (Leasure, AR, Davis, L & Thievon, SL, 2020)

4. การจัดการเรียนการสอนรูปแบบการแสดง บทบาทสมมติ (Role playing teaching method) พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจกับการจัดการเรียนรู้แบบแสดง บทบาทสมมติมากกว่ากลุ่มที่เรียนตามปกติ และสังเกต การคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเป็น  $2.8 \pm 0.7$  ความมั่นใจและ ความสามารถของผู้เรียนในการตรวจร่างกายที่คลินิก ดีขึ้นตามความคิดเห็นที่ได้รับจากพยาบาลในหอผู้ป่วย และอาจารย์ผู้สอน (Ebrahim Aliafsari Mamaghani, sharareh ahmadzadeh, 2021)

ตารางที่ 1 ลักษณะของงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือก (n= 7)

ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	ระยะเวลา การศึกษา	ประชากร	วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	สรุปข้อเสนอแนะ	ระดับของ งานวิจัย
1) Martina SE, Purba IE, Sinaga J, Simanjuntak EH. (2021)	การวิจัย กึ่งทดลอง	กค.-ศค. 2020	นักศึกษา พยาบาล ชั้นปีที่ 2-3 ประเทศ อินโดนีเซีย	- เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ที่ไม่มีกลุ่ม - กลุ่มตัวอย่างถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 24 คน โดยกลุ่มที่ได้ intervention จะได้รับการประเมินด้วย Mini-CEX ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการประเมินด้วยแบบ ประเมินการสังเกตตามปกติ	- สมรรถนะตนเองของกลุ่ม ควบคุมอยู่ในระดับต่ำ (66.7%) - Mini-CEX มีผลต่อการรับรู้ ความสามารถตนเองของ นักศึกษาพยาบาลที่เข้ารับ การฝึกงานอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.000)	- ควรเน้น Mini-CEX ในระบบ การศึกษาพยาบาล เพื่อพัฒนา สมรรถนะตนเองของนักศึกษา พยาบาล ที่ต้องเผชิญกับความ ท้าทายและความกดดันอย่าง มาก เพื่อปรับปรุงสมรรถนะ ตนเอง	3
2) Luke Laari, Oboshie Anim-Boamah, Christian Makafuli Boso. (2021)	การทบทวน อย่างเป็นระบบ	2012 to 2020	ฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 4 ฐานข้อมูล	- การทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบโดยบูรณาการ ใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (CINAHL), PubMed, Medline on EBSCOhost and Google Scholar	- การศึกษาจำนวน 17 ชิ้นงาน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความ จำเป็นเร่งด่วนสำหรับ การพัฒนาารมทักษะ ในการพยาบาลที่กำลังจะตาย ลงไปหน่วยงานกับดูแล ควรเห็นการเรียกร้องให้รวม จรรยาวัชเข้าในหลักสูตรการ พยาบาลอย่างเร่งด่วน	- จรรยาวัชเปรียบเสมือนกับ ออกซิเจนที่จำเป็นในการช่วย ฟื้นคืนชีพที่ต้องใส่ใจนำมาใช้ ในการพยาบาลที่กำลังจะตาย ลงไปหน่วยงานกับดูแล ควรเห็นการเรียกร้องให้รวม จรรยาวัชเข้าในหลักสูตรการ พยาบาลอย่างเร่งด่วน	1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	ระยะเวลา การศึกษา	ประชากร	วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	สรุปข้อเสนอแนะ	ระดับของ งานวิจัย
3) Ebrahim Aliafsari Mamaghani, sharareh ahmadzadeh. (2021)	แบบผสมผสาน งานวิจัย	2018- 2021	นักศึกษา พยาบาล จำนวน 86 คน ประเทศ อิหร่าน	- เป็นงานวิจัยที่เป็นเชิง ปริมาณและเชิงคุณภาพ - โดยในเชิงปริมาณแบ่งกลุ่ม ตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เรียนวิชาประเมิน ภาวะสุขภาพที่ได้รับ ได้รับมอบหมายให้ แสดง บทบาทสมมุติ กับกลุ่ม ที่เรียนมาก่อนหน้า แบบ ปกติที่ไม่ได้รับมอบหมาย ให้ แสดงบทบาทสมมุติ ทำการประเมินผลด้วย แบบวัดความมั่นใจใน ตนเอง ทำการเปรียบเทียบ ระหว่าง 2 กลุ่ม ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับ กลุ่ม นักเรียน ครูผู้สอนและ พยาบาลปฏิบัติงาน บนหอผู้ป่วย	- นักเรียนพึงพอใจกับวิธีการ สอนแบบมอบหมายให้ Role playing method มากกว่า นักเรียนกลุ่มที่เรียนตามปกติ และสังเกตการคะแนนเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเป็น $2.8 \pm 0.7$ - ความมั่นใจและความสามารถ ของนักเรียนในการตรวจ ร่างกายที่คลินิกดีขึ้นตาม ความคิดเห็นที่ได้รับจาก พยาบาลในหอผู้ป่วยและ อาจารย์ผู้สอน	- การวิจัยไม่มีกลุ่มควบคุมที่จะ ฝึกด้วยวิธีการสอนแบบ เดิม พร้อมๆ กัน กับกลุ่มที่ได้รับ มอบหมายให้ Role playing method ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหา จึงใช้นักศึกษาที่เคยผ่าน การฝึกอบรมมาก่อนด้วยวิธี ดั้งเดิมถูกนำมาใช้เป็นกลุ่ม ควบคุมแทน - กลุ่มควบคุมที่เป็นนักศึกษา รุ่นก่อนก็ได้รับได้รับการ พิจารณาและสอบตาม ประสบการณ์ของครูผู้สอน และ พยาบาลบนหอผู้ป่วยที่มี ส่วนเกี่ยวข้องกับนักศึกษา ก่อน ๆ ที่เรียนแบบปกติด้วย	2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	ระยะเวลา การศึกษา	ประชากร	วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	สรุปข้อเสนอแนะ	ระดับของ งานวิจัย
4) Leasure, AR, Davis, L. & Thievon, S.L. (2020)	การวิจัยกึ่ง ทดลอง	ไม่ระบุ	นักศึกษา พยาบาล มหาวิทยาลัย โอคลาโฮมา สหรัฐอเมริกา	แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม - กลุ่มที่สอนแบบปกติ 48 คน กลุ่มที่เรียนด้วย WBI 16 คน - สอนวิจัยโดยแยกกลุ่มที่ สอนด้วยวิธีปกติ และแบบ WBI มอบหมายงานให้ทำ เหมือนกัน หลังจบ course ประเมินผล	- เปรียบเทียบคะแนนสอบ 3 ครั้ง พบว่ากลุ่มที่เรียนด้วย WBI มีคะแนนเฉลี่ยไม่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าภาพรวม WBI จะมี คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเล็กน้อย (80.39 ± 7.54 และ 82.44 ± 7.23) - แต่ทักษะด้านการสื่อสารของ กลุ่ม WBI จะดีกว่า รวมถึง ทักษะการเขียนและพฤติกรรมการ ดีขึ้น	- แม้ว่าผลลัพธ์การเรียนรู้ของ ทั้ง 2 กลุ่มจะไม่ต่างกัน แต่จะช่วยให้นักศึกษาสามารถ ตัดสินใจเลือกวิธีเรียนที่ เหมาะสมกับตนเองได้ - การสอน WBI จะช่วยให้ นักศึกษาสามารถเข้าถึง แหล่งข้อมูลได้ไม่จะสามารถ เรียนจนสำเร็จหรือไม่ก็ตาม	3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	ระยะเวลา การศึกษา	ประชากร	วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	สรุปข้อเสนอแนะ	ระดับของ งานวิจัย
5) Hariti T, Tri Hariti, Sri Rejeki, Ernawati. (2020)	การวิจัยกึ่ง ทดลอง	2017	นักศึกษา พยาบาล ประเทศ อินโดนีเซีย จำนวน 123 คน	รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (R&D) ศึกษาในนักศึกษา พยาบาลในภาคการศึกษาคู่ และคู่ จำนวน 60 คนและ 63 คน รวม 123 คน - เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมิน Professionals Character Questionnaire (PCQ)	- ความแตกต่างของ คุณลักษณะในด้านการศึกษา ใจใส่ การเป็นนักกิจกรรม และความเป็นวิชาชีพ ของนักศึกษาศึกษาพยาบาล ในภาคเรียนคู่ดีกว่าภาคที่ ที่ 8.2% - คุณลักษณะด้านวิชาชีพ ของนักศึกษาศึกษาพยาบาลใน ภาคเรียนคู่มีมากกว่าเกือบสาม- เท่าของภาคเรียนคู่ที่ 37.5% - เพศมีอิทธิพลต่อคุณลักษณะ การเอาใจใส่ของนักศึกษา พยาบาล ที่ p-value 0.039	- คุณลักษณะการเอาใจใส่ ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์และ วิทยาศาสตร์สุขภาพในภาค เรียนคู่ดีกว่าภาคที่ - คุณลักษณะด้านวิชาชีพของ นักศึกษาศึกษาพยาบาลใน ภาคเรียนคู่มีมากกว่าเกือบ สามเท่าของภาคเรียนคู่ คุณลักษณะในการเป็น นักกิจกรรมของนักศึกษา พยาบาลในภาคการศึกษาคู่ มากเป็นสองเท่าเมื่อเทียบกับ ภาคการศึกษาคู่ - เพศมีอิทธิพลต่อคุณลักษณะ การเอาใจใส่ของนักศึกษา พยาบาล	3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	รูปแบบ งานวิจัย	ระยะเวลา การศึกษา	ประชากร	วิธีการวิจัย	ผลการวิจัย	สรุปข้อเสนอแนะ	ระดับของ งานวิจัย
6) Luke Laari, Barbara M. Dube. (2017)	การวิจัย เชิงพรรณนา	2015	นักศึกษา พยาบาล ชั้นปี 2-3 ประเทศกาน่า จำนวน 220 คน	การตอบแบบสอบถามถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับ 'soft skills' ของนักศึกษา พยาบาล ใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง อย่างมีระบบได้ผู้ตอบ แบบสอบถามจำนวน 110 คน	- นักศึกษาส่วนใหญ่ (68.8%) มีความเข้าใจ Soft skills และเห็นว่าเป็นที่ทักษะที่ จำเป็น ควรได้รับการพัฒนา ในระหว่างที่เรียนในหลักสูตร พยาบาล	- Soft skills เป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นสำหรับนักศึกษา พยาบาลเป็นส่วนใหญ่จะช่วย ส่งเสริมพฤติกรรมการทำงาน ในสภาพแวดล้อมของการ ทำงานโดยเฉพาะเรื่องการ สื่อสารกับผู้ให้บริการ - ได้เข้าใจในแนวคิดพื้นฐาน ของ Soft skill แต่ก็ยังขาด องค์ความรู้ที่สามารถพิสูจน์ ถึงความเกี่ยวข้องของทักษะ ดังกล่าวมีข้อเสนอแนะให้ ทำการศึกษากิจวิจัยเพิ่มเติม	1

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการสืบค้นพบว่ามิงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่สามารถเข้าถึงในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ซึ่งผู้ศึกษาได้ประเมินแล้วว่าอยู่ในมาตรฐานงานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรมและอ้างอิงจำนวน 6 เรื่อง ซึ่งประเด็นการค้นพบกลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณของนักศึกษาพยาบาล แบ่งเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้ 1) การจัดการเรียนการสอนรูปแบบการทำงานร่วมกัน 2) การจัดการเรียนการสอนรูปแบบการเรียนรู้ผ่านทางการให้บริการ (Service Learning model) 3) การจัดการเรียนการสอนรูปแบบการเรียนรู้แบบเว็บเป็นฐาน หรือ เกมเป็นฐาน 4) การจัดการเรียนการสอนรูปแบบการแสดงบทบาทสมมติ

การนำกลยุทธ์ที่ค้นพบไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนทั้งหมดจะเป็นลักษณะของการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งให้นักศึกษาพยาบาลจะต้องเรียนรู้และพัฒนาจรรยาบรรณไม่ว่าจะเป็นการจัดการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในชั้นเรียนหรือนอกชั้นเรียน (สำนักส่งเสริมและพัฒนาศกยภาพนักศึกษา, 2562) จากการทบทวนรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในการสร้างเสริมจรรยาบรรณ พบสมมติฐานพื้นฐาน 2 ประการ คือ 1) การเรียนรู้เป็นกระบวนการธรรมชาติของมนุษย์ และ 2) บุคคลมีแนวทางการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน โดยบทบาทผู้เรียนจะถูกเปลี่ยนจากผู้รับความรู้ (Receiver) ไปสู่การมีส่วนร่วมในการสร้างความรู้ (Co-creators) (Felder & Brent, 1996) ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการที่นักศึกษาพยาบาลได้เข้าร่วมกิจกรรมในการเรียนการสอนรูปแบบต่าง ๆ อย่างเช่นการจัดการเรียนการสอนรูปแบบพี่เลี้ยงการทำงานร่วมกัน (Collaborative mentoring model) หรือการจัดการเรียนการสอนรูปแบบการเรียนรู้ผ่านการให้บริการ (Service Learning model) ถือเป็น การสร้างความตระหนักรู้ในตัวเอง จากการทำงานร่วมกัน มีการประชุมปรึกษาหารือกันในการจัดบริการให้กับ

ผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ (Interprofessional Education : IPE) เรื่องการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ปกติต่อสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพจัดการศึกษาพบว่าสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี และนักศึกษาหลักสูตรแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม (อัญญมล สุริยานิมิตสุข และคณะ, 2563) นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนรูปแบบการเรียนรู้ที่ใช้เทคโนโลยีโดยใช้เว็บไซต์ หรือเกมเป็นเป็นแนวทางการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาคนในช่วงวัย Generation Z ด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงที่ทำหน้าที่เป็นตัวเชื่อมปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (ตฤลดา จามจุรี, 2563) และการจัดการเรียนการสอนรูปแบบการแสดงบทบาทสมมติ ก็มีส่วนช่วยสนับสนุนเกี่ยวกับความคิดสร้างสรรค์ การทำงานเป็นทีม การปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ ซึ่งจะเห็นได้ว่ารูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณ (Soft Skills) ของนักศึกษาพยาบาลสู่ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 มีความสำคัญซึ่งในแต่ละบุคคลอาจมีต้นทุนลักษณะเฉพาะบุคคล หรืออุปนิสัยที่แตกต่างกัน แต่จรรยาบรรณ สามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นการเรียนรู้ที่นักศึกษาจะได้รับและสะสมเฉพาะตั้งแต่เริ่มต้นเข้ามาเรียน อาจารย์ผู้สอนซึ่งทำหน้าที่เป็นเหมือนผู้สนับสนุนการเรียนรู้ (Mentor) เพื่อให้ได้บัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ สามารถประกอบอาชีพการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้โดยมีความสามารถเก่งทั้งคนและเก่งทั้งงานเป็นที่ยอมรับและต้องการของผู้ใช้บริการต่อไป

## สรุป

การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีทักษะ แห่งศตวรรษที่ 21 ทำให้เกิดความแตกต่างทางคุณลักษณะแก่บุคคลในทีมพยาบาลมืออาชีพด้วยการพยายามจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายนอกจากจะเป็นการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียนเป็นสิ่งสำคัญแล้วยังแสดงถึงความโดดเด่นในลักษณะของการเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดีจากการมีทักษะการติดต่อสื่อสารกับผู้คน และ เกิดความมั่นใจในการทำงาน มีความเป็นมืออาชีพที่รอบรู้มากขึ้นและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

- จินดารัตน์โพธิ์ (2559). *จรรยาบรรณ*. สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. สืบค้นจาก: <http://legacy.orst.go.th/>
- ชัชวาล วงศ์สารี สุระพรรณ พนมฤทธิ์ สายสมร เฉลยกิตติ วลัยนารี พรมลาธนนันต์ภา ภัคศุขนิธิวัฒน์ และสุทธิจารัตน์ เจริญพงศ์. (2564). การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองสำหรับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 7(2), 16-29.
- دنلودا جامجری. (2563). *การออกแบบการเรียนรู้สำหรับผู้เรียน Gen Z*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทัศนีย์ เกริกกุลธร, ประกิต รัชวัตร์, และ วิภาศิริ นราพงษ์. (2013). การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับการเรียนรู้สู่อัตลักษณ์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. *EAU Heritage Journal*, 7(2), 108-119.

## ข้อเสนอแนะ

จรรยาบรรณ ได้แก่ ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการทำงานเป็นทีม การมีภาวะผู้นำ ทักษะการแก้ปัญหา และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การมีความคิดสร้างสรรค์ ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ ทักษะการจูงใจ และการมีความยืดหยุ่นในการทำงาน เป็นทักษะที่สำคัญยิ่งที่พยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้และพัฒนา โดยจัดให้มีการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอเนื่อง ด้วยกลยุทธ์การสอนที่หลากหลายดังกล่าว

- ปกรณ โปรรุ่งโรจน์ และณกมล จันทร์สม. (2564). ปัจจัยด้านจรรยาบรรณ (Soft Skill) ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงานกลุ่มเจนเอเรชั่นวายในกรุงเทพมหานคร. *วารสารรัชต์ภาคย์*, 15(42), 117-128.
- ไพรวลัย โคตรตะ สุวิมล โพธิ์กลิ่น และอภิชัย กรมเมือง. (2560). อนาคตภาพของการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในบริบทประชาคมอาเซียน. *JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH*. 11(2), 18-27.
- มารุต พัฒนาผล. (2562). *รูปแบบการพัฒนาหลักสูตรร่วมสมัย*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ผู้นำนวัตกรรมหลักสูตรและการเรียนรู้.

- มาลี คำคง ยุวนิดา อารมมย์ และสุระพร ปุ้ยเจริญ. (2563). ทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิค: การจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติทางการพยาบาล. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(6), 312-323.
- ละเอียด แจ่มจันทร์, สุภัจฉรี มะกรกรรม, และ สมฤดี กิรตวนิชเสถียร. (2562). การพัฒนาซอล์ฟสกีลของนักศึกษาพยาบาลการเรียนรู้จากเครือข่ายความร่วมมือประกันคุณภาพการศึกษา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 33(2), 130-140.
- วิจารณ์ พานิช. (2556). *วิถีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายโรงพิมพ์ บริษัท ตาตา พับลิเคชั่น.
- วิริยา โพธิ์ขวาง ชนก จามพัฒน์ เบญจวรรณ งามวงศ์วัฒน์ นงนุช วงศ์สว่าง และสุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ. (2562). การเตรียมรายงานวิจัยต้นฉบับและการประเมินคุณภาพงานวิจัยทางการพยาบาลและสาธารณสุข. *The Journal of Baromrajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 25(2), 194-212.
- สภาการพยาบาล. (2561). สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตรและได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการพยาบาลเฉพาะสาขาทางสาขาพยาบาลศาสตร์. สืบค้นจาก: <https://www.tnmc.or.th/news/124>
- สุเมธ แยมุ่น. (2559). เอกสารนำเสนอเรื่อง การวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงของระบบอุดมศึกษาในระยะ 15 ปี (ประธานคณะอนุกรรมการกรอบแผนอุดมศึกษาระยะยาว 15 ปี ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2560-2574) และแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). สืบค้นจาก: [https://www.stou.ac.th/offices/opr/planning/pl\\_main\\_v2.1/roadmap20/Document/07.pdf](https://www.stou.ac.th/offices/opr/planning/pl_main_v2.1/roadmap20/Document/07.pdf)
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2560). แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2574. กรุงเทพฯ : พรักหวานกราฟฟิค จำกัด. สืบค้นจาก : <http://www.lampang.go.th/public60/EducationPlan2.pdf>
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2563). “ทักษะเด็ด 2020” : วัคซีนทักษะ ปะทะ DIGITAL DISRUPTION. สืบค้นจาก: <http://www.onec.go.th/index.php/page/view/Outstand/4036>
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพนักศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2562). *ยุทธศาสตร์การพัฒนา นิสิต นักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา (พ.ศ. 2560 - 2564)*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สืบค้นจาก: <https://sdd.snru.ac.th/wp-content/uploads/2020>
- อัจฉรา คำมะทิตย์. (2564). หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล: ค้นหา วิเคราะห์ และนำไปใช้อย่างไร. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(2), 315-328.

- อัจฉรา คำมะทิตย์ และมัลลิกา มากรัตน์. (2559). การ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: วิธีการ ปฏิบัติที่ละขั้นตอน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัย พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 246-259.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., ... & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of clinical epidemiology*, 62(10), 1-34.
- Ebrahim Aliafsari Mamaghani, sharareh ahmadzadeh. (2021). Role Playing Is a Useful Method for Teaching Physical Examinations, doi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-582816/v1>
- Felder, R. M., & Brent, R. (1996). Navigating the bumpy road to student-centered instruction. *College teaching*, 44(2), 43-47.
- Hardie P, Darley A, Catherine Redmond C, Lafferty A, Jarvis S. (2021). Interpersonal and communication skills development in nursing preceptorship education and training programmes: a scoping review protocol. *HRB Open Research 2021*, 4(9), <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.13201.2>
- Hariti, T., & Rejeki, S. (2020). Strengthening soft skills as the character of student nurses through the preceptorship management model. *Enfermeria Clinica*, 30(6), 64-68.
- Holly C, Salmond S, Saimbert M. Comprehensive systematic review for advanced practice nursing (2<sup>nd</sup>ed). New York: Springer Publishing Company; 2017.
- Luke Laari, Barbara M. Dube. (2017). Nursing students' perceptions of soft skills training in Ghana. *Curationis*. 3(1), 54-61.
- Luke Laari, Oboshie Anim-Boamah, Christian Makafui Boso. (2021). Integrative review of soft skills the desirable traits and skills in nursing practise, doi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-605637/v1>
- Martina, S. E., Purba, I. E., Sinaga, J., & Simanjuntak, E. H. (2022). Self-efficacy impact of the Mini-CEX among nursing students in North Sumatera, Indonesia. *Journal of Public Health Research*, 11(2).



ผลของรูปแบบกิจกรรมตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค  
ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4  
จังหวัดชลบุรี

**Effects of an Activity Model based on Protection Motivation  
Theory on Rabies Prevention Behaviors  
of Grade four students in Chonburi.**

มยุรินทร์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, ส.ม., Mayurin Laorujisawat M.P.H.<sup>1</sup>

เอมอัชฌา วัฒนบุรณนท์, กศ.ด., Aim-utcha Wattanaburanon, Ed.D.<sup>2</sup>

ปาจารย์ย์ อับดุลลากาซิม, ประ.ด., Pajaree Abdullakasim, Ph.D.<sup>3</sup>

นิภา มหารัชชพงศ์, ประ.ด., Nipa Maharatchpong, Ph.D.<sup>4\*</sup>

<sup>1</sup>นิสิต, หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>1</sup>Student, Doctor of Philosophy Program in Health Education and Health Promotion,  
Faculty of Public Health, Burapha University

<sup>2</sup>ศาสตราจารย์ ดร., คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>2</sup>Professor, Faculty of Public Health, Burapha University

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>3</sup>Assistant Professor., Faculty of Public Health, Burapha University

<sup>4</sup>อาจารย์ ดร., คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>4</sup>Lecturer, Faculty of Public Health, Burapha University

\*Corresponding Author Email: nipam@buu.ac.th

Received: February 2, 2022

Revised: March 14, 2022

Accepted: May 16, 2022

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง จุดมุ่งหมายคือ เพื่อศึกษาผลของรูปแบบกิจกรรมตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดชลบุรี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 22 คน แล้วใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น วัดผล 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการทำกิจกรรม หลังการทำกิจกรรมและระยะติดตามผลการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Repeated Measures ANOVA ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยเฉพาะปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองทั้ง 3 ระยะพบว่า ในระยะหลังทำกิจกรรมนักเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า และ ความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนองพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่าในระยะก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนในระยะติดตามผล นักเรียนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่าในระยะก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ( $p < 0.05$ ) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่ได้พัฒนาขึ้นนั้นช่วยให้นักเรียนมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโดยเฉพาะด้านการรับรู้ความรุนแรง และ ความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนองพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยดังกล่าวที่เพิ่มขึ้นนั้นมีความคงทนถึงแม้ระยะเวลาจะผ่านไปแล้ว 4 สัปดาห์ก็ตาม จึงสามารถสรุปได้ว่ากิจกรรมที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้งานได้จริง เป็นประโยชน์ และสามารถแก้ไขปัญหาได้ นอกจากนี้ยังพบว่าควรค่าที่จะศึกษาและพัฒนากิจกรรมในรูปแบบนี้เพิ่มเติมในอนาคตโดยเน้นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้รูปแบบออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ตร่วมกับการเรียนในชั้นเรียน

**คำสำคัญ:** โรคพิษสุนัขบ้า พฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า แรงจูงใจในการป้องกันโรค นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดชลบุรี

## Abstract

This study is a quasi-experimental research. The research aims to study the effect of a Rabies prevention activity model based on Protection Motivation Theory on Grade 4 students in Chonburi schools. The two (2) groups: the experimental group and the comparison group were twenty-three (23) and twenty-two (22) students, respectively. The developed questionnaire was used to measure the results in three (3) different periods: prior activity, post activity and follow-up. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, independent t-test, and repeated measures ANOVA.

The results found that students in the experimental group had mean scores of Rabies

prevention motivation, especially Rabies perceived severity, with greater statistical significance than the comparison group ( $p < 0.05$ ). When comparing the experimental group in the three different periods, it was found that the scores of Rabies prevention motivation, Rabies perceived severity, and Rabies response efficacy in the “post” activity period were higher than the “prior” activity period. The scores of Rabies prevention motivation in the “follow-up” period were also higher in the “prior” activity period. ( $p < 0.05$ ). The results indicate that this study model can help students achieve higher Rabies prevention motivation, Rabies perceived severity and Rabies response efficacy. Moreover, after four (4) weeks, those variable scores were also retained at equal levels. As a result, these findings demonstrated that the study model was practical, useful, and revealing. Further study and development of Rabies prevention programs for young people with an emphasis on both online and onsite education would be invaluable.

**Keywords:** Rabies, Rabies Prevention Behavior, Model for promoting prevention behaviors, Protection Motivation Theory, Grade four students, Chonburi

## บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้าหรือโรคเรบีส (Rabies) เป็นโรคติดต่อร้ายแรง มีอัตราการป่วยตายเกือบร้อยละ 100 ทั้งในคนและสัตว์ (WHO and OIE, 2015) พบผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณ 59,000 คนในแต่ละปี (Centers for Disease Control and Prevention, 2018) สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าและไม่ทราบว่าจะต้องทำอะไรเมื่อถูกสัตว์กัด (Dodet et al., 2008) ในประเทศไทยมีการคาดการณ์ว่ามีผู้ได้รับบาดเจ็บจากการถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมข่วน/กัด โดยเฉลี่ยอย่างน้อย 500,000 รายต่อปี โดยร้อยละ 40 เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ดวงพร ตุงศ์สมบูรณ์ และวนทปรียา พงษ์สามารถ, 2563) ผู้เสียชีวิตทั้งหมดมีประวัติการสัมผัสกับสัตว์ต้องสงสัย (ร้อยละ 93 เป็นสุนัข) แต่ไม่เข้ารับการรักษาและไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหรือได้รับวัคซีนไม่ครบ (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2559)

เหตุผลที่เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคพิษสุนัขบ้าเนื่องจากธรรมชาติของเด็กในวัยนี้จะมี ความสนใจ อยากใกล้ชิดและอยากเล่นกับสัตว์ โดยเฉพาะ สุนัขและแมว แต่ก็ชอบที่จะไปยุ่งให้สัตว์รำคาญ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การขว้างปาก้อนหิน ทูบตี หรือ วิ่งไล่ตาม เป็นต้น (Reuben Christopher Rine, Gyar Silas Dogara, and Pam, 2017) และไม่สามารถป้องกันตนเองเวลาถูกสัตว์ทำร้ายได้ ทำให้มีความเสี่ยงในการถูก สัตว์กัดหรือข่วนสูง นอกจากนั้นยังพบว่าเด็กหลายคน ไม่ได้แจ้งผู้ปกครองหรือทำแผลหลังจากถูกสัตว์ทำร้าย ซึ่งแตกต่างกับผู้ใหญ่ทั่วไปที่ตระหนักถึงอันตรายของ โรคพิษสุนัขบ้าและเข้ารับการรักษาเบื้องต้นหลังจากได้รับ บังคับเสี่ยง (Deressa et al., 2010) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเด็กส่วนใหญ่ไม่มีความตระหนักถึงอันตรายของโรคพิษสุนัขบ้าและการจัดการเบื้องต้น หลังจากสัมผัสปัจจัยเสี่ยง (Amparo et al., 2019; Dzikwi,

Ibrahim, and Umoh, 2012; Lungten, Rinchen, Tenzin, Phimpraphai, and De Garine-Wichatitsky, 2021; Sancheti and Mangulikar, 2016) ซึ่งการเพิ่มปัจจัยเหล่านั้นจะเป็นกระบวนการสำคัญต่อการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคตามหลักของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกัน (PMT) ได้ (Laorujisawat, Wattanaburanon, Abdullakasim, and Maharachpong, 2021; Xiao et al., 2014)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory: PMT) ถูกนำเสนอเป็นครั้งแรกโดย Rogers (1975) มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมเสี่ยงมีผลทำให้เกิดโรค ถ้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวได้ ก็จะสามารถลดอัตราการเกิดโรคต่อตนเองรวมทั้งบุคคลรอบข้างได้ ทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการรับรู้และการตั้งใจตอบสนอง ได้แก่ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal) ที่ประกอบด้วยการรับรู้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived vulnerability) โดยการรับรู้นี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และพฤติกรรม 2) การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal) ที่ประกอบด้วยการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการตอบสนอง (Response efficacy) และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน (Self-efficacy) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการเกิดความตั้งใจที่จะแก้ปัญหาและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม นักวิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เพื่อตรวจสอบและทำความเข้าใจพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลายโรค (Ezati Rad et al., 2021; Nutcharporn Puttapa, 2016; Roozbahani, Kaviani, and Khorsandi, 2020) นอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ในเด็ก เช่น พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด (Sadeghi et al., 2019),

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Chambers et al., 2018), พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก (เพชรลดดา สีขาว และ นรลักษ์ณ เอื้อกิจ, 2554; ณัฐวุฒิ ฉิมมา และจินตนา สรายุทธพิทักษ์, 2556) เป็นต้น จึงมีความน่าสนใจที่จะนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในเด็กชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงการเริ่มต้นที่เหมาะสมในการให้แรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มเข้าใจปัญหาด้วยการใช้ความรู้และเหตุผล ซึ่งมีส่วนช่วยในการพัฒนาความตระหนักด้านการดูแลสุขภาพ (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2556) อีกทั้งยังเป็นวัยที่มีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และเป็นช่วงวัยที่สำคัญของการวางรากฐานไปสู่การเจริญเติบโตเป็นวัยรุ่น (WHO, 1997)

เมื่อพิจารณาพื้นที่การระบาดของโรคพิษสุนัขบ้าพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่พบผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2554 ถึง 2563 มากกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 34) นอกจากนั้นยังพบว่าจังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดเดียวในภาคตะวันออกที่พบผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ต่อเนื่องติดต่อกัน 3 ปี และเป็น 1 ใน 5 จังหวัดที่มีการตรวจพบผู้ติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้ามากที่สุดในประเทศไทย (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2563) จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อจัดทำรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนจังหวัดชลบุรี โดยคาดหวังว่ารูปแบบกิจกรรมที่ได้พัฒนาขึ้นจะสามารถช่วยให้เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 สามารถป้องกันตนเองเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคพิษสุนัขบ้าซึ่งกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี อันจะส่งผลไปถึงพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและทั่วทั้งประเทศไทยต่อไปในอนาคต

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบกิจกรรมตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดชลบุรี

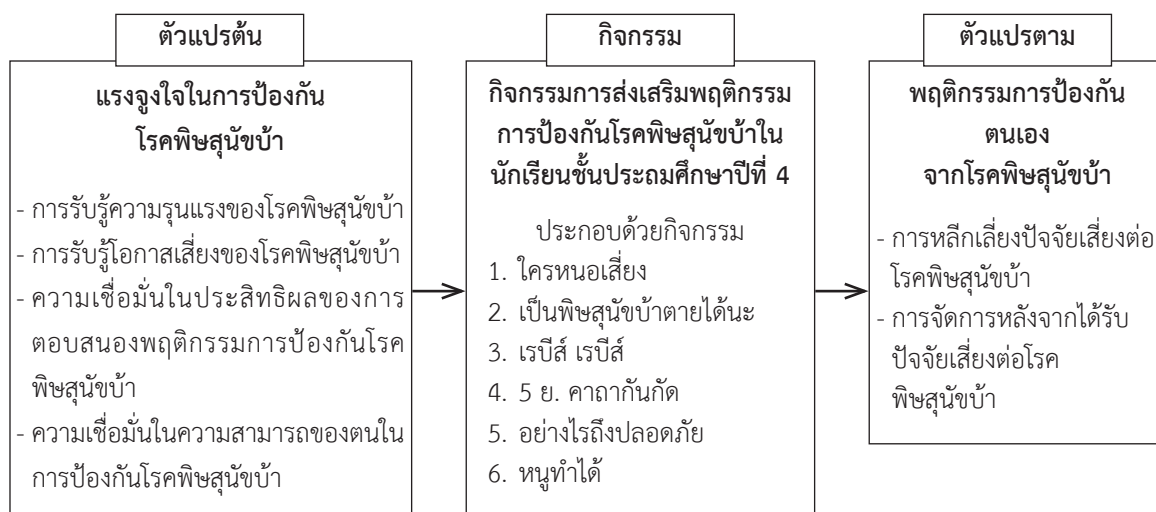
## สมมติฐานการวิจัย

1. นักเรียนในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของ

ตัวแปรเกี่ยวกับแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าสูงกว่านักเรียนในกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. นักเรียนในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรเกี่ยวกับแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในระยะหลังทำกิจกรรมและระยะติดตามผลสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรเดียวกันในระยะก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย



## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบศึกษาสองกลุ่ม และวัดผล 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล ซึ่งเป็นช่วงเวลาหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง 4 สัปดาห์ โดยทำการทดลองในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่อยู่อาศัยในจังหวัดชลบุรี ใน 275 โรงเรียน แบ่งเป็น

เพศชาย 5,585 คน เพศหญิง 4,996 คน รวมทั้งสิ้น 10,581 คน (กลุ่มสารสนเทศ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2561) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ที่เข้าร่วมในกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 22 คน รวมทั้งหมดเป็น 45 คน เป็นนักเรียนในโรงเรียนชั้นประถมศึกษาในจังหวัดชลบุรี ที่อยู่ในตำบลที่พบประวัติสัตว์ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้า ในปี 2563 และอนุญาตให้ทำการวิจัย จำนวน 1 โรงเรียน หลังจากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายในการเลือกห้องเรียน

และนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจำนวนของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม PS: Power and Sample Size Calculation 3.1 (Dupont WD and Plummer WD, 1998) กำหนดค่าตัวแปรต่าง ๆ ในการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับงานวิจัยใกล้เคียง (Shen, Pang, and Schwebel, 2016) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยกลุ่มละ 22 ตัวอย่าง โดยทั้ง 2 กลุ่มจะต้องเป็นเด็กนักเรียนที่ศึกษาคนละห้องเรียนกันและมีบริบทที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด **เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** **เกณฑ์การคัดเข้า** เป็นนักเรียนที่มีอายุระหว่าง 8-10 ปี และกำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สามารถอ่าน ฟัง เขียน ภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ตัวนักเรียนและผู้ปกครองมีความสมัครใจและยินยอมในการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น **เกณฑ์การคัดออก** เด็กหรือผู้ปกครองต้องการยกเลิกการเข้าร่วมโครงการ และเด็กป่วยกะทันหัน

**2. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB3-082/2564 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้พูดคุยกับผู้อำนวยการ คุณครู ผู้ปกครองและนักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้ผู้ปกครองและนักเรียนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ ทั้งนี้สามารถถอนตัว หรือยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

### 3. เครื่องมือวิจัย

**3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ประกอบด้วยรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้าของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 6 กิจกรรม จัดกิจกรรมออนไลน์ทาง Line Meeting (เนื่องจากทางโรงเรียนใช้ช่องทางนี้) กิจกรรมละ 15-20 นาที ช่วงเวลาหลังเลิกเรียน (15.15 น.) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

### กิจกรรมในกลุ่มทดลอง มีดังนี้

#### สัปดาห์ที่ 1

หลังจากได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการทดลองแล้ว ได้เชิญผู้ปกครองและนักเรียนที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมเข้ากลุ่มไลน์ “กลุ่ม ก พิษสุนัขบ้า” เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร ให้ข้อมูลข่าวสาร นัดทำกิจกรรม ส่งคลิปกิจกรรม ส่งใบงานและเฉลยใบงาน แล้วทำการรวบรวมข้อมูลก่อนทำกิจกรรมด้วยแบบสอบถามในรูปแบบการสำรวจทางออนไลน์ (Google form)

#### สัปดาห์ที่ 2

กิจกรรมที่ 1 “ใครหนอเสี่ยง” เป็นกิจกรรมที่ใช้สื่อแอนิเมชัน (Animation) เพื่อกระตุ้นให้นักเรียนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคพิษสุนัขบ้าว่าตัวนักเรียนมีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าสูงมากน้อยแค่ไหน อย่างไรก็ตาม ร่วมกับการให้นักเรียนทำใบงานส่งและเฉลยใบงานในกลุ่มไลน์

#### สัปดาห์ที่ 3

กิจกรรมที่ 2 “เป็นพิษสุนัขบ้าตายได้นะ” เป็นกิจกรรมที่ใช้สื่ออินทราพร้อมกับแอนิเมชัน เพื่อกระตุ้นให้นักเรียนมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้าว่าเป็นโรคที่อันตรายและเสริมให้นักเรียนมีความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนองพฤติกรรมป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้า ร่วมกับการให้นักเรียนทำใบงานส่งและเฉลยใบงานในกลุ่มไลน์

#### สัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมที่ 3 “เรปัส เรปัส” เป็นกิจกรรมที่ใช้สื่อแอนิเมชัน เพื่อเน้นย้ำในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้าและการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคพิษสุนัขบ้าอีกครั้ง ร่วมกับการให้นักเรียนทำใบงานส่งและเฉลยใบงานในกลุ่มไลน์

#### สัปดาห์ที่ 5

กิจกรรมที่ 4 “5 ย. คาถากันกัด” เป็นกิจกรรมที่ใช้สื่อแอนิเมชันเพื่อเน้นย้ำให้นักเรียนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคพิษสุนัขบ้า มีความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนองพฤติกรรมป้องกันการโรคและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถที่จะป้องกันและหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าได้ ร่วมกับการให้

นักเรียนทำใบงานส่งและเฉลยใบงานในกลุ่มไลน์

**สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 5 “อย่างไรถึงปลอดภัย”** เป็นกิจกรรมที่ใช้สื่อหุ่นมือประกอบการเล่านิทานร่วมกับแอนิเมชัน เพื่อเสริมสร้างให้นักเรียนมีความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนองพฤติกรรมป้องกันโรค และเสริมพลังให้นักเรียนมีความเชื่อมั่นว่าพฤติกรรมเหล่านั้นจะสามารถช่วยลดโอกาสการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการเป็นโรคพิษสุนัขบ้า รวมถึงมีความเชื่อมั่นได้ในความสามารถของตนเองจะสามารถปฏิบัติวิธีการนั้นได้ ร่วมกับการให้นักเรียนทำใบงานส่งและเฉลยใบงานในกลุ่มไลน์

**สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมที่ 6 “หนูทำได้”** เป็นกิจกรรมที่ใช้สื่อละครผสมแอนิเมชัน เพื่อเสริมสร้างให้นักเรียนมีความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนองพฤติกรรมป้องกันโรคและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนโดยการให้ตัวละครที่เป็นเด็กในวัยเดียวกันอธิบายและสาธิตการล้างแผลและทำแผลที่ถูกต้องหลังจากได้รับปัจจัยเสี่ยง ร่วมกับการให้นักเรียนทำใบงานส่งและเฉลยใบงานในกลุ่มไลน์

**สัปดาห์ที่ 8** ทำการรวบรวมข้อมูลหลังทำกิจกรรมด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกันกับก่อนทำกิจกรรมในรูปแบบการสำรวจทางออนไลน์ (Google form)

**สัปดาห์ที่ 9-11** ไม่ได้มีการทำกิจกรรมใด ๆ เพิ่มเติม

**สัปดาห์ที่ 12** ทำการรวบรวมข้อมูลในระยะติดตามผลด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกันในรูปแบบการสำรวจทางออนไลน์ (Google form)

**กิจกรรมในกลุ่มเปรียบเทียบ สัปดาห์ที่ 1** หลังจากได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการทดลองแล้ว ได้เชิญผู้ปกครองและนักเรียนที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมเข้ากลุ่มในไลน์ “กลุ่ม ป พิษสุนัขบ้า” เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะก่อนทำ

กิจกรรม และระยะหลังทำกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 8) โดยไม่มีการทำกิจกรรมใด ๆ ในระหว่างทำการทดลอง

**3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถาม

**3.2.1 แรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า** เป็นแบบวัดข้อความที่แสดงถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคพิษสุนัขบ้า ความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนองพฤติกรรมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโดยกำหนดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย อย่างละ 6 ข้อ รวมเป็น 24 ข้อ มีคะแนนเต็ม 72 คะแนน

**3.2.2 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า** เป็นแบบวัดข้อความที่แสดงการปฏิบัติและทักษะในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคพิษสุนัขบ้าและการจัดการหลังจากได้รับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคพิษสุนัขบ้า โดยกำหนดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 6 ข้อ มีคะแนนเต็ม 24 คะแนน

#### 4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบทดสอบที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้างและนำมาปรับปรุงแก้ไข พบว่าแบบสอบถามนี้มีค่าดัชนีความสอดคล้องในแต่ละข้อคำถามมากกว่า 0.6 หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในโรงเรียนอื่นในจังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน ได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และการปฏิบัติกาป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า เท่ากับ 0.806 และ 0.697 ตามลำดับ

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละตัวแปรต่าง ๆ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทำกิจกรรม หลังทำกิจกรรมและระยะติดตามผล โดยใช้ Independent t-test และการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของของตัวแปรต่าง ๆ ของนักเรียนในกลุ่มทำกิจกรรม ทั้ง 3 ระยะ และนักเรียนในกลุ่มเปรียบเทียบทั้ง 3 ระยะ ด้วย Repeated Measures ANOVA

## ผลการวิจัย

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยต่าง ๆ ของนักเรียนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนทำกิจกรรม พบว่านักเรียนทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ย

ของปัจจัยต่าง ๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่า ก่อนทำกิจกรรม นักเรียนทั้ง 2 กลุ่มมีระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า ในระยะหลังทำกิจกรรม พบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยเฉพาะด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) แสดงว่ารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่ได้พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยเฉพาะด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า ได้ (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยตัวแปรต่างๆ ในช่วงก่อนทำกิจกรรม หลังทำกิจกรรมและระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ Independent t-test

ตัวแปร	ระยะ	กลุ่มทำกิจกรรม		กลุ่มเปรียบเทียบ		p-value
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
แรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	ระยะก่อนทำกิจกรรม	61.83	4.933	60.23	5.318	0.301
	ระยะหลังทำกิจกรรม	64.91	4.954	60.64	6.253	<b>0.014</b>
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า	ระยะก่อนทำกิจกรรม	14	2.195	13.14	2.007	0.176
	ระยะหลังทำกิจกรรม	15.22	1.783	13.23	2.224	<b>0.002</b>
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคพิษสุนัขบ้า	ระยะก่อนทำกิจกรรม	15.43	1.647	14.5	2.041	0.097
	ระยะหลังทำกิจกรรม	15.65	1.921	14.77	2.266	0.167
ความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนองพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	ระยะก่อนทำกิจกรรม	15.87	2.222	16.05	2.035	0.783
	ระยะหลังทำกิจกรรม	17.17	1.302	16.41	1.623	0.088
ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	ระยะก่อนทำกิจกรรม	16.52	1.702	16.55	1.299	0.958
	ระยะหลังทำกิจกรรม	16.87	1.456	16.23	2.308	0.268
พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า	ระยะก่อนทำกิจกรรม	20.57	2.107	20.05	1.731	0.372
	ระยะหลังทำกิจกรรม	21.35	1.873	20.36	2.128	0.107

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรต่าง ๆ ภายในกลุ่มของนักเรียนกลุ่มทดลอง ทั้ง 3 ระยะด้วย Repeated Measures ANOVA (ดังตารางที่ 2) แล้วทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni (ดังตารางที่ 3) พบว่า ในระยะหลังทำกิจกรรม นักเรียนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า และ ความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนองพฤติกรรมกำบังโรคพิษสุนัขบ้า

สูงกว่าในระยะก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนในระยะติดตามผล พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สูงกว่าในระยะก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และไม่พบความแตกต่างกันของคะแนนในตัวแปรต่าง ๆ ระหว่างระยะหลังทำกิจกรรมและระยะติดตามผลซึ่งแสดงว่าคะแนนที่เพิ่มขึ้นในระยะหลังทำกิจกรรมนั้นมีความคงทนและยังคงสูงอยู่ต่อเนื่องถึงแม้ระยะเวลาจะผ่านไปแล้ว 4 สัปดาห์ก็ตาม

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยตัวแปรต่าง ๆ ของเด็กนักเรียนกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรม ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม หลังการเข้าร่วมกิจกรรม และติดตามผล ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) (n =23)

	ความแปรปรวน ภายในกลุ่ม (n=23)	SS	df	MS	F
แรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	ช่วงเวลา	150.348	1.651	91.076	7.334*
	ความคลาดเคลื่อน	450.986	36.317	12.418	
	<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>601.334</b>	<b>37.968</b>	<b>103.494</b>	
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า	ช่วงเวลา	20.551	1.693	12.135	5.25*
	ความคลาดเคลื่อน	86.116	37.256	2.311	
	<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>106.667</b>	<b>38.949</b>	<b>14.446</b>	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคพิษสุนัขบ้า	ช่วงเวลา	2.638	2	1.319	0.44
	ความคลาดเคลื่อน	132.029	44	3.001	
	<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>134.667</b>	<b>46</b>	<b>4.32</b>	
ความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนองพฤติกรรมฯ	ช่วงเวลา	22.464	1.483	15.146	6.266*
	ความคลาดเคลื่อน	78.87	32.630	2.417	
	<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>101.334</b>	<b>34.115</b>	<b>17.563</b>	
ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	ช่วงเวลา	3.246	1.355	2.396	2.605
	ความคลาดเคลื่อน	27.42	29.804	0.920	
	<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>30.666</b>	<b>31.159</b>	<b>3.316</b>	
พฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า	ช่วงเวลา	7.072	2	3.536	1.232
	ความคลาดเคลื่อน	126.261	44	2.87	
	<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>133.333</b>	<b>46</b>	<b>6.406</b>	

\*  $p < 0.05$  ; SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean Square

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตัวแปรต่าง ๆ ของนักเรียนกลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม หลังการเข้าร่วมกิจกรรมและระยะติดตามผล เป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni (n = 23)

ค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงจูงใจ ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มกิจกรรม	ระยะก่อนทำกิจกรรม	ระยะหลังทำกิจกรรม	ระยะติดตามผล
		61.826	64.913
ระยะก่อนทำกิจกรรม	61.826	0	3.087*
			3.174*
ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรง ของโรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มกิจกรรม	ระยะก่อนทำกิจกรรม	ระยะหลังทำกิจกรรม	ระยะติดตามผล
		14.000	15.217
ระยะก่อนทำกิจกรรม	14.000	0	1.217*
			1.087
ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพ ของการตอบสนองพฤติกรรมกำบังป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มกิจกรรม	ระยะก่อนทำกิจกรรม	ระยะหลังทำกิจกรรม	ระยะติดตามผล
		15.870	17.174
ระยะก่อนทำกิจกรรม	15.870	0	1.304*
			1.087

\*  $p < 0.05$

### อภิปรายผลการวิจัย

แรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในระยะหลังร่วมกิจกรรม สูงกว่านักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนของนักเรียนกลุ่มทดลอง ใน 3 ระยะพบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในระยะหลังทำกิจกรรม และระยะติดตามผลสูงกว่าในระยะก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เป็นผลมาจากการที่นักเรียนได้รับเนื้อหาแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่ผู้วิจัยได้แทรกและเน้นย้ำไปในกิจกรรมครบทั้ง 6 กิจกรรมด้วยสื่อแอนิเมชัน ซึ่งเป็นสื่อที่สามารถดึงดูดความสนใจของนักเรียนได้ดี เพราะมีภาพประกอบที่สวยงาม สามารถเคลื่อนไหวได้

เนื้อหาที่มีความสนุกสนาน อีกทั้งยังมีความเหมาะสมในการใช้เป็นสื่อเพื่อสอดแทรกเนื้อหาและใช้สอนให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ และเกิดความคิดใหม่ได้ (ศิริลักษณ์ คลองข่อย, 2555) ร่วมกับมีการพูดคุย ทำกิจกรรม และทำใบงานในช่องทางไลน์ ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้นักเรียนเกิดการทบทวน กระตุ้นเตือนและเป็นช่องทางให้นักเรียนได้ซักถามข้อสงสัย จึงช่วยให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นได้ (จุฑามาศ มากบุญชู สุปรียา ดันสกุล มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และ ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์, 2562; วรณิกา อยู่สุข มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ นิรัตน์ อิมามิ และ มลินี สมภาพเจริญ, 2562)

**การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า** พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า ในระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่านักเรียน

กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนของนักเรียนกลุ่มทดลองใน 3 ระยะ พบว่ามีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้าในระยะหลังทำกิจกรรมสูงกว่าในระยะก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เป็นผลมาจากการที่นักเรียนได้รับการปลูกฝังและสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้าเป็นประเด็นในกิจกรรมเป็นพิษสุนัขบ้าตายได้นะ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ใช้สื่อนิทานร่วมกับสื่อแอนิเมชัน มีเนื้อหาเกี่ยวกับ เด็กชายวัยเดียวกับนักเรียนผู้เข้าร่วมกิจกรรม สูญเสียสุนัขที่รักมาก และเกือบจะเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งเป็นเรื่องใกล้ตัวนักเรียน ประกอบกับการเล่านิทานเป็นวิธีการที่ทำให้ นักเรียนเกิดความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้ สามารถจดจำเนื้อหาได้ดี ช่วยให้เข้าใจเรื่องนามธรรมเพิ่มขึ้นและมีแรงจูงใจที่จะเปิดรับพฤติกรรมที่พึงปรารถนา นิทานจึงเป็นเครื่องมือในการสอนที่มีประสิทธิภาพสูงในการชักจูงให้ผู้เรียนคล้อยตามและโน้มน้าวให้เปิดใจยอมรับพฤติกรรมต่าง ๆ (สมศักดิ์ ปริบุรณะ, 2542) อีกทั้งนิทานนั้นยังมีเนื้อหาที่เป็นโครงสร้างที่เป็นเหตุผล มีความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ มีลำดับเรื่องราว จึงช่วยให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความหมายและจินตนาการเข้าด้วยกันได้ (สุเมธทา วงษ์สวัสดิ์, 2552) จึงเป็นสาเหตุให้นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมเกิดอารมณ์ร่วมกับตัวละครในนิทาน และเกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า

**ความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนองพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า** เมื่อเปรียบเทียบคะแนนของนักเรียนกลุ่มทดลองใน 3 ระยะ พบว่านักเรียนมีคะแนนความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนองพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในระยะหลังทำกิจกรรมสูงกว่าในระยะก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เป็นผลมาจากการที่ผู้วิจัยได้เน้นประเด็นเรื่องนี้

โดยใช้หุ่นมือประกอบการเล่านิทานร่วมกับสื่อแอนิเมชัน ในกิจกรรมอย่างไรถึงปลอดภัย ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับเด็กวัยเดียวกับนักเรียนโดนสุนัขกัด ต้องไปทำแผลที่โรงพยาบาล และได้มีการถามตอบคำถามกับแพทย์ นอกจากนี้จะเป็นเนื้อหาที่สะท้อนให้นักเรียนเข้าใจขั้นตอนการจัดการหลังจากได้รับปัจจัยเสี่ยงแล้ว ยังเป็นการอธิบายและเพิ่มความเชื่อมั่นให้นักเรียนได้ทราบถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะช่วยลดความเสี่ยงการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าได้อย่างไร ประกอบกับมีการใช้หุ่นมือเป็นสื่อ ซึ่งถือว่าเป็นสื่อที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกสร้างบรรยากาศภายในชั้นเรียนได้อย่างดี สามารถดึงดูดความสนใจ และกระตุ้นให้นักเรียนสนใจเนื้อหาได้ตลอดเวลา (ลัดดา นิละมณี, 2522) ทำให้นักเรียนสามารถจดจำเรื่องราวได้ดี เหมาะแก่การใช้เป็นสื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพราะเด็กจะได้เห็นพฤติกรรมหรือการกระทำของตัวละคร ซึ่งจะกระตุ้นให้เด็กเลียนแบบพฤติกรรมนั้น และสามารถจำแนกพฤติกรรมต่างๆของตัวแบบในนิทานได้ดีอีกด้วย (อุบล เวียงสมุทร, 2538)

**ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรต่าง ๆ ระหว่างระยะหลังทำกิจกรรมและระยะติดตามผล** เมื่อพิจารณาระยะติดตามผลพบว่านักเรียนกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า และความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนองพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ไม่แตกต่างจากระยะหลังทำกิจกรรม บ่งบอกถึงนักเรียนกลุ่มทดลองมีความคงทนของ แรงจูงใจในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การรับรู้ความรุนแรงของโรคพิษสุนัขบ้า และความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการตอบสนองพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จนถึงระยะติดตามผล แม้ระยะเวลาจะผ่านไปถึง 4 สัปดาห์ นั่นคือผลจากการได้รับกิจกรรมที่มีความเหมาะสมและเอื้อต่อการเรียนรู้และจดจำซึ่งเป็นไปตามแนวทางการ

ปรับพฤติกรรม ปัญญานิยม (Cognitive Behavior Approach) ของดรายเด็นและโกลเด็น (Dryden and Golden, 1986) ที่กล่าวว่า ในการเลือกใช้วิธีการพัฒนาที่กระบวนการทางปัญญา เป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงแล้วทำให้เกิดความคงทนของพฤติกรรมมากกว่าการพัฒนาที่พฤติกรรมโดยตรง เนื่องมาจากกระบวนการทางปัญญาที่ได้รับการปลูกฝังให้ พัฒนาหรือเปลี่ยนไปในทางที่เหมาะสม จะเป็นสิ่งที่ควบคุมพฤติกรรมให้มีการกระทำตามกระบวนการทางปัญญาได้ดี

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากผู้เข้าร่วมในการศึกษานี้เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จึงไม่ได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการป้องกันโรคบางตัวแปร เช่น ความพึงพอใจที่จะปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

### เอกสารอ้างอิง

กลุ่มสารสนเทศ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2561). ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารการศึกษา. สืบค้นจาก <https://data.bopp-obec.info/emis/>

จุฑามาศ มากกุญชร, สุปรียา ต้นสกุล, มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์, และ ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์. (2562). การประยุกต์แบบจำลองการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 กรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 19 เรื่อง “ฝ่าวิกฤติทางวิชาการและวิชาชีพสาธารณสุข”, พัทยา: ชลบุรี.

(Maladaptive Rewards) และ ต้นทุนจากการยอมปรับพฤติกรรม (Response Costs) ถ้ามีการศึกษาในนักเรียนร่วมกับสมาชิกในครอบครัวในอนาคต ควรมีการสอบถามเกี่ยวกับตัวแปรเหล่านั้นเพิ่มเติม

2. กิจกรรมที่จัดเป็นรูปแบบออนไลน์เนื่องจากสถานการณ์ที่จำกัดในการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 หากต้องการพัฒนากิจกรรมในรูปแบบนี้เพิ่มเติมในอนาคต ควรปรับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เป็นรูปแบบออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต (Online) ร่วมกับการเรียนรู้ในชั้นเรียน (On Site Education)

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

ณัฐวุฒิ ฉิมมา และจินตนา สรายุทธพิทักษ์. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่มีต่อการลดน้ำหนักและเปอร์เซ็นต์ไขมันของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. (ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพลศึกษา ภาควิชาหลักสูตรและการสอน). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

ดวงพร ตรงค์สมบูรณ์ และวันทปรียา พงษ์สามารถ. (2563). ความรู้โรคพิษสุนัขบ้าสำหรับประชาชน. สืบค้นจาก <https://www.pidst.or.th/A740.html>

- เพชรลดดา สีขาว และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2554). ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของนักเรียนหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกิน. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์). คณะพยาบาลศาสตร์, กรุงเทพมหานคร. ทบทวนอ้างอิงอันนี้หน่อยคะเป็นวิทยานิพนธ์ หรือบทความในวารสาร ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ ต้องมีชื่อผู้แต่งมากกว่า 1 คน อย่างน้อยต้องมีชื่อผู้แต่ง คือนักศึกษาผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
- ลัดดา นิลละมณี. (2522). สนุกกับหุ่น. ใน *ครูปริทัศน์ ฉบับความรู้เกี่ยวกับเด็ก* (หน้า 54-57
- วรรณิกา อยู่สุข, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นีรัตน์ อิมามิ, และมลินี สมภพเจริญ. (2562). โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ เจตคติ และทักษะด้านพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 กรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 19 เรื่อง “ฝ่าวิกฤติทางวิชาการและวิชาชีพสาธารณสุข”, พัทยา: ชลบุรี.
- วิธิตา พรหมวงศ์, ทศนา ประสานตรี, และ สุมาลี ศรีพุทธรินทร์. (2564). สภาพปัจจุบัน ปัญหา และแนวทางแก้ปัญหาการจัดการเรียนรู้ ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา นครพนม เขต 1. *วารสารรัชต์ภาคย์*, 15(40), 200-213.
- ศิริลักษณ์ คลองข่อย. (2555). การพัฒนานิทานการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่องอยู่อย่างพอเพียงสำหรับเด็กปฐมวัย. (ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ปทุมธานี.
- สมศักดิ์ ปรีบุรณะ. (2542). นิทาน: ความสำคัญและประโยชน์ของนิทาน. *วารสารวิชาการสถาบันราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง*, 2, 47-64.
- สำนักควบคุม ป้องกัน และบำบัดโรคสัตว์. (2563). ระบบฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ (Thai Rabies Net). สืบค้นจาก <http://www.thairabies.net/trn/>
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2559). *สรุปแนวทางการวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ปี พ.ศ.2559*. กรุงเทพมหานคร: บริษัททีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2563). *สรุปสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า. ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506*. สืบค้นจาก [https://ddc.moph.go.th/disease\\_detail.php?d=25](https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=25)
- สมณฑา วงษ์สวัสดิ์. (2552). การใช้นิทานเป็นสื่อในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความสามารถด้านการฟังภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนประถมณนทรี กรุงเทพมหานคร. (หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการสอนภาษาอังกฤษในฐานะภาษาต่างประเทศ). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- สุรางค์ ไคว์ตระกูล. (2556). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบล เวียงสมุทร. (2538). ความพร้อมทางภาษาของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดประสบการณ์การเล่าเรื่องประกอบหุ่นมือโดยใช้ภาษากลางควบคู่กับภาษาถิ่น และเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดประสบการณ์การเล่าเรื่องประกอบหุ่นมือโดยใช้ภาษากลาง. (ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกการศึกษาปฐมวัย). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

- Amparo, A. C. B., Mendoza, E. C. B., Licuan, D. A., Valenzuela, L. M., Madalipay, J. D., Jayme, S. I. and Taylor, L. H. (2019). Impact of integrating rabies education into the curriculum of public elementary schools in Ilocos Norte, Philippines on rabies knowledge, and animal bite incidence. *Front. Public Health*, 7(119), 1-11.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). Global Rabies Work. Retrieved from <https://www.cdc.gov/ncezid/pdf/global/global-stories-global-rabies-work-H.pdf>
- Chambers, R. S., Rosenstock, S., Lee, A., Goklish, N., Larzelere, F. and Tingey, L. (2018). Exploring the Role of sex and sexual experience in predicting American Indian adolescent condom use intention using protection motivation theory. *Front Public Health*, 6(318), 1-9. doi:10.3389/fpubh.2018.00318
- Deressa, A., Ali, A., Beyene, M., Newayesilassie, B., Yimer, E. and Hussen, K. (2010). The status of rabies in Ethiopia: a retrospective record review. *Ethiop J Health Dev*, 24(2), 127-132.
- Dodet, B., Goswami, A., Gunasekera, A., de Guzman, F., Jamali, S., Montalban, C. and Ziauddin, A. (2008). Rabies awareness in eight Asian countries. *Vaccine*, 26(50), 6344-6348.
- Dryden, W. and Golden, W. L. (1986). *Cognitive-behavioural Approaches to Psychotherapy*. United Kingdom: Open University Press.
- Dupont, W. D., & Plummer Jr, W. D. (1998). Power and sample size calculations for studies involving linear regression. *Controlled clinical trials*, 19(6), 589-601.
- Dzikwi, A. A., Ibrahim, A. S. and Umoh, J. U. (2012). Knowledge and practice about rabies among children receiving formal and informal education in Samaru, Zaria, Nigeria. *Glob J Health Sci*, 4(5), 132-139.
- Rad, R. E., Mohseni, S., Takhti, H. K., Azad, M. H., Shahabi, N., Aghamolaei, T., & Norozian, F. (2021). Application of the protection motivation theory for predicting COVID-19 preventive behaviors in Hormozgan, Iran: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 1-11.
- Laorujisawat, M., Wattanaburanon, A., Abdullakasm, P. and Maharachpong, N. (2021). Protection Motivation Theory and Rabies Protective Behaviors Among School Students in Chonburi Province, Thailand. *J Prev Med Public Health*, 54(6), 431-440.
- Lungten, L., Rinchen, S., Tenzin, T., Phimpraphai, W. and De Garine-Wichatitsky, M. (2021). Knowledge and perception of rabies among school children in rabies endemic areas of South Bhutan. *Trop. Med. Infect. Dis.*, 6(28), 1-15.

- Nutcharporn Puttapa. (2016). *Motivation in the disease prevention by taking the dog to get rabies vaccination among people of Klongplu subdistrict, Nongyai district, Chonburi province*. (Master of Public Health). Burapha University, Chonburi.
- Polit, D. E. and Beck, C. T. (2006). *Quantitative research de sign. In Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice (pp. 232-234)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reuben Christopher Rine, Gyar Silas Dogara and Pam, M. D. (2017). Knowledge, attitude and practice of rabies in and around Lafia Metropolis, Nigeria. *CAJPH*, 3(3), 27-33 doi:10.11648/j.cajph.20170303.11
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change1. *The journal of psychology*, 91(1), 93-114.
- Roosbahani, N., Kaviani, A. H., & Khorsandi, M. (2020). Path analysis of skin cancer preventive behavior among the rural women based on protection motivation theory. *BMC Women's Health*, 20(1), 1-8.
- Sadeghi, R., Mazloomi Mahmoodabad, S. S., Fallahzadeh, H., Rezaeian, M., Bidaki, R., & Khanjani, N. (2020). Hookah is the enemy of health campaign: a campaign for prevention of hookah smoking among youth. *Health promotion international*, 35(5), 1125-1136.
- Sancheti, P. V., & Mangulikar, S. K. (2016). An interventional study to assess knowledge regarding rabies in secondary school students. *International journal of community medicine and public health (Gujarat)*, 3(1), 180-183.
- Shen, J., Pang, S., & Schwebel, D. C. (2016). A randomized trial evaluating child dog-bite prevention in rural China through video-based testimonials. *Health psychology*, 35(5), 454-464.
- Xiao, H., Li, S., Chen, X., Yu, B., Gao, M., Yan, H., & Okafor, C. N. (2014). Protection motivation theory in predicting intention to engage in protective behaviors against schistosomiasis among middle school students in rural China. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 8(10), e3246.
- World Health Organization. (1997). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Switzerland: Programme on Mental Health World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *Global elimination of dog-mediated human rabies*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.



การพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคม  
ด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน  
**The Development of a Competency-Based Curriculum on  
Social Entrepreneurs in the Elderly Care Business for  
Community Nurses**

สุวิมล พนาวัฒน์กุล, วท.ม., Suwimon Panawatanakul, MS.<sup>1</sup>

นลินรัตน์ รุกกุล, ค.ด., Narinrat Rukkusal, Ph.D.<sup>2\*</sup>

อนุชัย रामวรัญกูร, ศศ. ด., Anuchai Ramwarungkura, Ph.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>นิสิตปริญญาเอก สาขาอาชีวศึกษาเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คณะศึกษาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน

<sup>1</sup>Ph.D. Candidate in Vocational Education for Human Resource Development Faculty of Education,  
Kasetsart University, Bangkean Campus

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาอาชีวศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน

<sup>2</sup>Associate Professor, Ph.D. Department of Vocational Education, Faculty of Education,  
Kasetsart University, Bangkean Campus

\*Corresponding Author Email: fedunrr@ku.ac.th

Received: March 7, 2022

Revised: April 3, 2022

Accepted: May 16, 2022

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน และพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะของผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน การศึกษาสมรรถนะโดยการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 23 คน ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง แล้วจึงนำผลการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ ผลการสนทนากลุ่มพบว่าสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชนประกอบด้วยสมรรถนะจำนวน 4 สมรรถนะ ได้แก่ 1) สมรรถนะการประกอบการ 2) สมรรถนะการพัฒนานวัตกรรมทางสังคม 3) สมรรถนะทางสังคม และ 4) สมรรถนะการบริการสุขภาพเชิงวิชาชีพ และให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้อง ผลการประเมิน

พบว่า อาชีพ จุดมุ่งหมายหลัก บทบาทหลัก หน้าที่หลัก หน่วยสมรรถนะ สมรรถนะย่อย และเกณฑ์การปฏิบัติงาน มีความสอดคล้องมาก โดยมีผลการประเมินมีคะแนนเท่ากับ 1 ยกเว้น รายการประเมินลำดับที่ 35, 52, 74 และ 76 มีผลการประเมินเท่ากับ 0.95 ระยะที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการ การดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน โดยพัฒนาจากสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแล ผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน ผลการพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะได้โมดูลการเรียนรู้จำนวน 4 โมดูล ได้แก่ โมดูลที่ 1 การพัฒนาธุรกิจเพื่อสังคม ประกอบด้วยผลลัพธ์การเรียนรู้จำนวน 14 ข้อ ระยะเวลาเรียนจำนวน 90 ชั่วโมง โมดูลที่ 2 การพัฒนานวัตกรรมทางสังคมและโมดูลที่ 3 การมีส่วนร่วมกับชุมชน ประกอบด้วยผลลัพธ์ การเรียนรู้โมดูลละ 1 ข้อ มีระยะเวลาเรียน 15 ชั่วโมงต่อโมดูล สำหรับโมดูลที่ 4 การบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ผลลัพธ์การเรียนรู้จำนวน 8 ข้อ ระยะเวลาเรียน 30 ชั่วโมง รวมจำนวนชั่วโมงทั้งหมดเท่ากับ 150 ชั่วโมง ผลการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฐานสมรรถนะโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 10 คน โดยใช้แบบประเมินที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการประเมินพบว่า หลักสูตรโดย ภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.78$ ) และการพิจารณารายชื่อ พบว่า ทุกข้อมีความเหมาะสม มากที่สุดเช่นเดียวกัน

**คำสำคัญ:** สมรรถนะ หลักสูตรฐานสมรรถนะ ผู้ประกอบการทางสังคม กิจการการผู้สูงอายุ พยาบาลชุมชน

## Abstract

This research aimed to study the competence of social entrepreneurs in the elderly care business and to develop a competency-based curriculum for social entrepreneurship in the elderly care business for community nurses. The research was divided into 2 phases: Phase 1 was to study the competence of community nurses, as social entrepreneurs in the elderly care business. The results of this competency study were considered in a group discussion of 23 experts, selected through purposive sampling. Next, the results of the group discussion were analyzed. It was found that the competencies of social entrepreneurship in the elderly care business consisted of 4 competencies, namely: 1) entrepreneurial competency, 2) competence in developing social innovation, 3) social competency, and 4) professional health services competency. The index of item-objective congruence determined that the occupation, key purpose, key role, key function, units of competency, elements of competency, and performance criteria were highly consistent with a score of 1, except for items 35, 52, 74, and 76, which had an assessment result of 0.95. Phase 2 developed a competency-based curriculum on social entrepreneurship in the elderly care business for community nurses by converting these competencies of social entrepreneurship in the elderly care business for community nurses into four modules, namely: Module 1: Social Business Development consisting of fourteen learning outcomes of ninety training hours. Module 2: the Development of Social Innovation and

Module 3: Community Engagement consisting of one learning outcome requiring fifteen training hours per module. Module 4: Health Services consisting of eight items of learning outcomes totaling thirty training hours. The total number of training hours was 150. The suitability of the Social Entrepreneurship Competency-Based Curriculum in Elderly Care Business for Community Nurses was assessed by ten experts using the suitability assessment form developed by the researcher. By analyzing percentages, mean, and standard deviation, the assessment results showed that the overall curriculum was appropriate at the highest level ( $\bar{X} = 4.78$ ). When considering each item, it was found that all items were most suitable as well.

**Keywords:** Competency, Competency-Based Curriculum, Social Entrepreneur, Elderly Care Business, Community Nurses.

## บทนำ

จากสถิติประชากรในปี พ.ศ. 2559 แสดงว่าทั่วโลกมีประชากรประมาณ 7,433 ล้านคน โดยเป็นประชากรสูงอายุถึง 929 ล้านคน หรือร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด และในกลุ่มประเทศอาเซียน 10 ประเทศ มี 3 ประเทศในอาเซียนที่ได้เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ ที่มีประชากรสูงอายुर้อยละ 18.7 ประเทศไทย ร้อยละ 16.5 และประเทศเวียดนาม ร้อยละ 10.7 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2560) อีกทั้งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสมบูรณ์แล้วในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งส่งผลให้ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอดภายในปี พ.ศ. 2574 อนึ่ง กระบวนการสูงอายุ (Aging process) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเป็ยงเบนด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากความเสื่อมของการทำงานของอวัยวะในร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญปัญหาในหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ซึ่งปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCD) และกลุ่มอาการที่เกิดเฉพาะในผู้สูงอายุ (Chaisompong, L, 2017)

นอกจากนี้ ปัญหาด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ พบว่าเกือบร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอ (Ortiz and Cummins, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2547 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายुर้อยละ 62.3 มีรายได้ 2,000 บาทต่อเดือน อีกร้อยละ 16.9 มีรายได้ 2,001-4,000 บาทต่อเดือน และ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุอยู่ในภาวะยากจน ซึ่งมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อปี (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2560) อีกทั้งปัญหาโครงสร้างของครอบครัวไทยที่เปลี่ยนแปลงไปคือ แต่ละครอบครัวอาศัยอยู่กันเพียง 2 ช่วงอายุเท่านั้น คือ พ่อ แม่ และลูก ทำให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและติดเตียง

ปัญหาผู้สูงอายุจึงกลายเป็นวาระแห่งชาติที่มีการร่วมมือกันหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน ในภาครัฐ เช่น การจัดทำโครงการ โครงการ BMA Home Ward Referral เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุจากภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชนรวมทั้งสถานบริบาลผู้สูงอายุเอกชน ไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร (วาณิชรัตน์ รุ่งเกียรติคุณ และวรรณงามประเสริฐ, 2560) ปัจจุบัน มีกิจการการดูแลผู้สูงอายุ

ที่เป็นการประกอบการเชิงธุรกิจ ซึ่งมีจำนวนมากถึง 800 ราย แบ่งเป็นประเภทนิติบุคคล จำนวน 273 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.13 และประเภทบุคคลธรรมดาจำนวน 527 ราย คิดเป็น ร้อยละ 65.88 (กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์, 2561) อีกทั้งอัตราค่าบริการเริ่มต้นที่สูงถึง 15,000-45,000 บาทต่อเดือน (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2561) ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีฐานะยากจนไม่สามารถเข้าถึงบริการดังกล่าว ด้วยเหตุนี้ สถานการณ์พยาบาลจึงได้สนับสนุนให้พยาบาลเป็นผู้ประกอบการ เช่น การประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการจัดตั้งศูนย์การดูแลสุขภาพชุมชนและผู้สูงอายุ (สภาการพยาบาล, 2561) การประกอบการจำแนกได้เป็น 2 ประเภทคือ การประกอบการเชิงธุรกิจมีเป้าหมายเพื่อการแสวงหากำไร ซึ่งจะเห็นได้ว่ากิจการการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันทั้งประเภทนิติบุคคลและประเภทบุคคลธรรมดาส่วนมากมีเป้าหมายการประกอบการเพื่อแสวงหากำไร ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีฐานะยากจนไม่สามารถเข้าถึงบริการ ซึ่งแตกต่างกับการประกอบการทางสังคมที่มีพันธกิจชัดเจนในการลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเท่าเทียมให้สังคม ดังนั้น หากกิจการการดูแลผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนจากการประกอบการเชิงธุรกิจเป็นการประกอบการทางสังคมมากขึ้น จะสามารถลดช่องว่างเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อนึ่ง พยาบาลชุมชนโดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญ เพราะช่วยให้คนในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งด้านการคัดกรอง การส่งเสริม การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) ดังผลการศึกษาวิจัยของวราภรณ์ ศิลปสวัสดิ์ (2553) เกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป พบว่า สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปประกอบด้วย สมรรถนะ

ด้านการรักษาเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกัน สมรรถนะด้านการพยาบาลในชุมชน และสมรรถนะด้านการจัดการระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นสมรรถนะที่นอกเหนือจากประกาศสภาการพยาบาลเรื่องสมรรถนะหลักสำหรับพยาบาลทุกระดับซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะใน 8 ด้าน คือ สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย สมรรถนะที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สมรรถนะที่ 3 ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ สมรรถนะที่ 4 ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ สมรรถนะที่ 5 ด้านวิชาการและวิจัยสมรรถนะที่ 6 ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ สมรรถนะที่ 7 ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และสมรรถนะที่ 8 ด้านสังคม (สภาการพยาบาล, 2561) ซึ่ง David C. McClelland (1975) ได้ให้ความหมายของสมรรถนะว่า สมรรถนะคือพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลที่เป็นการบูรณาการความรู้ ทักษะ กับปัจจัยที่อยู่ภายใน ได้แก่บทบาทที่แสดงออกต่อสังคม (Social Role) ภาพลักษณ์ภายใน (Self-Image) อุปนิสัย (Traits) และแรงผลักดันเบื้องต้นของบุคคล (Motives) เพื่อให้เกิดผลการปฏิบัติงานและประยุกต์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ของการดำเนินชีวิต ดังนั้น พยาบาลผู้ประกอบการที่จะประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านการประกอบการหรือความรู้ความสามารถในการประกอบการที่มีคุณลักษณะภายในตนเป็นแรงขับ ดังที่รัชนี นามจันทร์ และวรรณิ บุญช่วยเหลือ (2551) ได้กล่าวว่า ในธุรกิจสุขภาพ พยาบาลต้องใช้ความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการทางการพยาบาลเชิงธุรกิจ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งถือเป็นความสำเร็จของการประกอบการ แต่เนื่องจากสภาการพยาบาลยังมิได้ระบุสมรรถนะด้านการประกอบการหรือสมรรถนะด้านการประกอบการทางสังคมไว้ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะการเป็นผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลชุมชน เพื่อพัฒนาเป็นหลักสูตรฐาน

สมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน และเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เช่น นักกายภาพบำบัด นักสาธารณสุข ต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน
2. เพื่อพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน

## นิยามศัพท์

**สมรรถนะ (Competency)** หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของพยาบาลชุมชนที่เกิดจากการพัฒนาความรู้ ทักษะและคุณลักษณะของการเป็นผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุ

**หลักสูตรฐานสมรรถนะ (Competency-Based Curriculum)** หมายถึง หลักสูตรที่นำสมรรถนะของผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชนมาเป็นฐานในการพัฒนาเป็นหลักสูตรฐานสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน

**ผู้ประกอบการทางสังคม (Social Entrepreneur)** หมายถึง พยาบาลชุมชนที่มีสมรรถนะการประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุใน 4 สมรรถนะคือ สมรรถนะการประกอบการ สมรรถนะการพัฒนานวัตกรรมสังคม สมรรถนะทางสังคม และสมรรถนะการบริการสุขภาพเชิงวิชาชีพ

**กิจการการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care Business)** หมายถึง การบริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และกฎกระทรวงกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

## พยาบาลชุมชน (Community Health Nurses)

หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์จากสถาบันการศึกษาที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง และผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป มีประสบการณ์ในด้านการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคอย่างน้อย 5 ปี

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีขั้นตอนการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน และระยะที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชนด้วยเทคนิคดาแคม (จินดาพร บุญประกอบ. 2555)

**ระยะที่ 1** กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นผู้เชี่ยวชาญจำนวน 23 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด (Purposive Sampling) ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการประกอบการกิจการการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นนิติบุคคลและมีประสบการณ์การประกอบกิจการไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 6 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาศาสตร์สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มีประสบการณ์การสอนสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 7 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการประกอบการทางสังคมหรือธุรกิจเพื่อสังคมหรือวิสาหกิจชุมชนประเภท

บริการหรือการผลิต/จำหน่ายสินค้าไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 10 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 1** คือ

1. แนวคำถามแบบมีโครงสร้าง และ 2. แบบประเมินดัชนีสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ดำเนินการสนทนากลุ่มด้วยระบบออนไลน์ โดยใช้ ZOOM Application โดยดำเนินการสนทนากลุ่มเป็น 2 รอบ ดังนี้ รอบที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการสนทนาเป็น 3 ครั้งโดยการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ละกลุ่ม ดังนี้ ครั้งที่ 1 สนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญด้านการประกอบการ การจัดการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน ครั้งที่ 2 สนทนากลุ่มกับผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพยาบาลศาสตร์สาขา การพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 7 คน และครั้งที่ 3 สนทนากลุ่มร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการประกอบการทางสังคม จำนวน 10 คน

2. สรุปรวบรวมเนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 1 แล้วจัดทำเป็นร่างสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคม และจัดสนทนากลุ่มรอบที่ 2 กับผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 3 กลุ่มพร้อมกัน

3. ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทำการประเมินคะแนนความสอดคล้อง ของร่างสมรรถนะ

ผลการสนทนากลุ่ม พบว่า สมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชนประกอบด้วย 4 สมรรถนะได้แก่ 1) สมรรถนะการประกอบการ 2) สมรรถนะการพัฒนานวัตกรรมทางสังคม 3) สมรรถนะทางสังคม และ 4) สมรรถนะการบริการสุขภาพเชิงวิชาชีพ แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้อง ผลการประเมิน พบว่า อาชีพ จุดมุ่งหมายหลัก บทบาทหลัก หน้าที่หลัก หน่วยสมรรถนะ สมรรถนะย่อย และเกณฑ์การปฏิบัติงาน มีความสอดคล้องมาก โดย

มีผลการประเมินมีคะแนนเท่ากับ 1 ยกเว้น รายการประเมินลำดับที่ 35, 52, 74 และ 76 มีผลการประเมินเท่ากับ 0.95

**ระยะที่ 2** กลุ่มเป้าหมายเป็นการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากที่เข้าร่วมการวิจัยในระยะที่ 1 จำนวน 10 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในระยะที่ 2** คือ

1. แนวคำถามแบบมีโครงสร้าง โดยกำหนดกรอบคำถามจากการศึกษาวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัย 2. แบบประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฐานสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชนที่พัฒนาด้วยเทคนิคดาคัมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น **การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประชุมดาคัมโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 10 คน ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มแบบระบบออนไลน์โดยใช้ ZOOM Application เพื่อกำหนดงานหลัก สมรรถนะ ผลการเรียนรู้ แผนการจัดการเรียนรู้ สำหรับผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุ

2. ผู้วิจัยร่างหลักสูตรรายวิชาเพิ่มเติม ประกอบด้วย หลักการของหลักสูตร จุดมุ่งหมายของหลักสูตร รายละเอียดของหลักสูตรโครงสร้างของหลักสูตร กำหนดผลการเรียนรู้ แผนการจัดการเรียนรู้ และวิธีการวัดและประเมินผล

3. ประเมินความเหมาะสมของร่างหลักสูตร โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 10 คน

### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 วิเคราะห์ค่าคะแนนความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ของร่างสมรรถนะ

3.2 วิเคราะห์ความเหมาะสมของหลักสูตร

ฐานสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการ การดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน จากผลการ ประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฐานสมรรถนะ ผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับพยาบาลชุมชนที่พัฒนาด้วยเทคนิคค่าเฉลี่ย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

#### 4. การพิทักษ์สิทธิ์

สถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งมหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์ ได้อนุมัติการศึกษาวิจัยนี้ ซึ่งดำเนินการตามแนวทางสากลสำหรับการคุ้มครองการวิจัยใน มนุษย์ตามประกาศของเฮลซิงกิ รายงานของเบลมอนต์ แนวปฏิบัติ CIOMS และการประชุมระหว่างประเทศ ว่าด้วยการประสานกันในการปฏิบัติทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP) (COA No. COA64/005)

### ผลการวิจัย

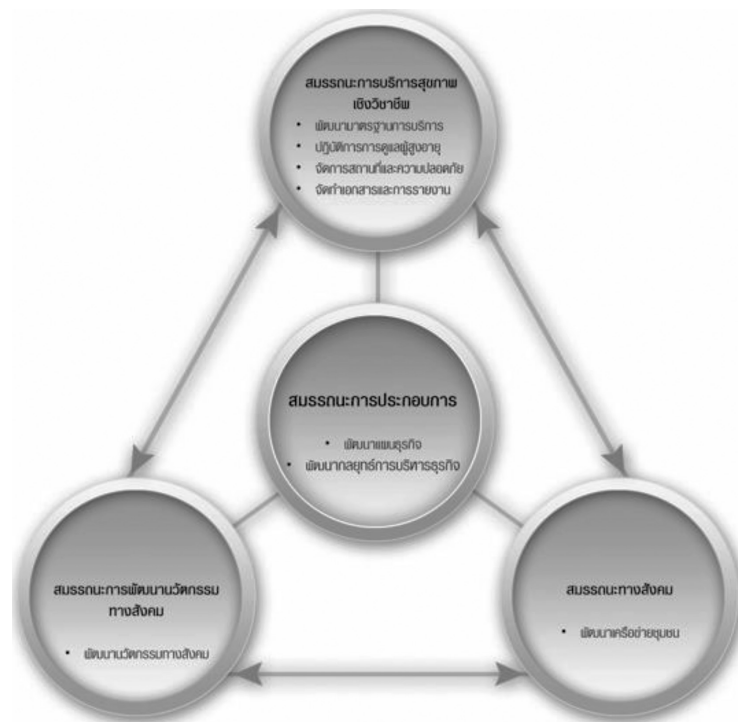
**ผลการวิจัยระยะที่ 1** พบว่า สมรรถนะผู้ประกอบการ ทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยจุดมุ่งหมายหลัก (Key Purpose) จำนวน 1 จุดมุ่งหมายหลัก คือ การผลิตพยาบาลชุมชน เป็นผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแล ผู้สูงอายุ สมรรถนะ (Competency) จำนวน 4 สมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะการประกอบการ สมรรถนะการพัฒนา นวัตกรรมทางสังคม สมรรถนะทางสังคม และ สมรรถนะ การบริการสุขภาพเชิงวิชาชีพ บทบาทหลัก (Key Role) จำนวน 4 บทบาท ได้แก่ บทบาทการพัฒนาธุรกิจ ทางสังคม บทบาทการพัฒนานวัตกรรม บทบาทการมี ส่วนร่วมกับชุมชน และบทบาทการบริการสุขภาพ หน้าที่หลัก (Key Function) 8 หน้าที่ ได้แก่ การพัฒนา แผนธุรกิจ พัฒนากลยุทธ์ในการบริหารธุรกิจ พัฒนา นวัตกรรมทางสังคม พัฒนาเครือข่ายชุมชน พัฒนา มาตรฐานการบริการ ปฏิบัติการการดูแลผู้สูงอายุ จัดการ

ด้านสถานที่และความปลอดภัย และ จัดทำเอกสารและ รายงาน หน่วยสมรรถนะ (Unit of competence) จำนวน 11 หน่วยสมรรถนะ ได้แก่ เขียนแผนธุรกิจ จัดตั้งธุรกิจ เป็นวิสาหกิจเพื่อสังคม จัดทำแผนการบริหารจัดการธุรกิจ บริหารจัดการด้านทรัพยากร การตลาด การเงิน การบัญชี และความเสียหายและพัฒนานวัตกรรมทางสังคม ตามกระบวนการขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรมทางสังคม กำหนดแนวทางการพัฒนาเครือข่ายชุมชน กำหนด มาตรฐานการบริการตามมาตรฐานกฎกระทรวง กิจการ การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงและมาตรฐาน การพยาบาลและการผดุงครรภ์ การประยุกต์กระบวนการ พยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุกำหนดมาตรฐานสถานที่ และความปลอดภัยตามมาตรฐานกฎกระทรวง ด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ด้านสถานที่และความปลอดภัย บริหารยาและเวชภัณฑ์ และจัดทำแบบฟอร์มและวิธีรายงาน สมรรถนะย่อย (Element of competence) จำนวน 24 สมรรถนะย่อย ได้แก่ ออกแบบแผนธุรกิจ เขียนขั้นตอนการจดทะเบียน เพื่อจัดตั้งเป็นวิสาหกิจเพื่อสังคม จัดทำแผนกลยุทธ์ การบริหารธุรกิจ จัดทำแผนบริหารทรัพยากรมนุษย์ จัดทำ แผนบริหารคุณภาพ จัดทำแผนบริหารเงินทุน จัดทำ แผนบริหารการเงินและบัญชี บริหารจัดการบริการ จัดการช่องทางการเข้าถึงบริการ จัดทำแผนการตลาด วิเคราะห์ความเสี่ยงในธุรกิจ จัดทำเอกสารที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นทางธุรกิจ วิเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้อง กับการประกอบธุรกิจ ประเมินผลธุรกิจ ดำเนินการ พัฒนานวัตกรรมทางสังคมตามกระบวนการและ ขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรมทางสังคม เชื่อมโยง และนำแหล่งสนับสนุนในชุมชนมาใช้เพื่อพัฒนา การดูแลผู้สูงอายุ จัดบริการตามมาตรฐานด้านการบริการ ของกฎกระทรวงกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มี ภาวะพึ่งพิงและมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาลและ การผดุงครรภ์ วางแผนการดูแลแบบองค์รวม:

ผู้สูงอายุที่อายุยืนและสุขภาพดี วางแผนการดูแลแบบองค์รวม: ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว วางแผนการดูแลแบบองค์รวม: ผู้สูงอายุในวาระสุดท้าย ใช้หลักจริยธรรมการดูแลผู้สูงอายุและจัดการความขัดแย้งเชิงจริยธรรมได้ออกแบบสถานที่ตามมาตรฐานด้านสถานที่และความปลอดภัยตามกฎหมายกระทรวงกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง บริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ตามแผนการรักษาและกฎหมายกระทรวงกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และจัดทำระบบการบันทึกเอกสารและรายงาน

อนึ่ง ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 กลุ่มยังมีมติเห็นชอบกรอบสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชนว่า ประกอบด้วยสมรรถนะการประกอบการ สมรรถนะการพัฒนานวัตกรรมทางสังคม สมรรถนะทางสังคม และสมรรถนะการบริการสุขภาพเชิงวิชาชีพ โดยสมรรถนะการ

ประกอบการเป็นสมรรถนะหลัก (Core Competency) ที่ช่วยให้การประกอบการประสบความสำเร็จ โดยประกอบด้วยหน้าที่หลัก (Key Function) 2 หน้าที่ คือ 1) พัฒนาแผนธุรกิจ และ 2) พัฒนากลยุทธ์ในการบริหารธุรกิจ สำหรับสมรรถนะการพัฒนานวัตกรรมทางสังคม สมรรถนะทางสังคม และสมรรถนะการบริการสุขภาพเชิงวิชาชีพนั้น เป็นสมรรถนะการจัดการ (Managerial Competency) โดยสมรรถนะการพัฒนานวัตกรรมทางสังคม ประกอบด้วยหน้าที่หลักคือ พัฒนานวัตกรรมทางสังคม ส่วนสมรรถนะทางสังคมประกอบด้วยหน้าที่หลัก คือ พัฒนาเครือข่ายชุมชน และสมรรถนะการบริการสุขภาพเชิงวิชาชีพนั้น ประกอบด้วยหน้าที่หลัก 4 หน้าที่ คือพัฒนามาตรฐานการบริการ ปฏิบัติการการดูแลผู้สูงอายุ จัดการด้านสถานที่และความปลอดภัย และจัดทำเอกสารและรายงาน ผู้วิจัยได้สรุปความสัมพันธ์ของสมรรถนะทั้ง 4 (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน

นอกจากนี้ จากการประเมินดัชนีความสอดคล้องของ อาชีพ จุดมุ่งหมายหลัก บทบาทหลัก หน้าที่หลัก หน่วยสมรรถนะ สมรรถนะย่อย และเกณฑ์การปฏิบัติงาน มีความสอดคล้องมาก โดยมีผลการประเมินมีคะแนนเท่ากับ 1 ยกเว้น รายการประเมินลำดับที่ 35, 52, 74 และ 76 มีผลการประเมินเท่ากับ 0.95 โดยลำดับที่ 35 เป็นการประเมินความสอดคล้องของหน่วยสมรรถนะกับสมรรถนะย่อย ส่วนลำดับที่ 52, 74 และ 76 เป็นการประเมินความสอดคล้องของสมรรถนะย่อยกับเกณฑ์การปฏิบัติงาน

**ผลการวิจัยระยะที่ 2** ผลจากการพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการ

การดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน พบว่า องค์ประกอบของหลักสูตรประกอบด้วย หลักการ จุดมุ่งหมาย รายละเอียดของหลักสูตร สรุปผลการเรียนรู้ คุณสมบัติ ผู้เข้ารับการฝึกอบรม และโครงสร้างของหลักสูตร โดยโครงสร้างหลักสูตรประกอบด้วยโมดูลการเรียนรู้จำนวน 4 โมดูล ได้แก่ โมดูลที่ 1 การพัฒนาธุรกิจเพื่อสังคม (Social Business Development) โมดูลที่ 2 การพัฒนานวัตกรรมทางสังคม (Social Innovation) โมดูลที่ 3 การมีส่วนร่วมกับชุมชน (Social Participation) และโมดูลที่ 4 การบริการสุขภาพ (Health Services) รายละเอียดของแต่ละ (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** โมดูลการฝึกอบรมหลักสูตรฐานสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน

ชื่อโมดูล (Module Title)	1. การพัฒนาธุรกิจเพื่อสังคม (Social Business Development)
รายละเอียดของโมดูล (Module Description)	โมดูลนี้มีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถพัฒนาธุรกิจเพื่อสังคมได้ โดย สามารถเขียนแผนธุรกิจ จัดทะเบียนวิสาหกิจเพื่อสังคม จัดทำแผนกลยุทธ์ การบริหารธุรกิจ บริหารทรัพยากรมนุษย์ บริหารคุณภาพ บริหารเงินทุน จัดการบัญชี บริหารการบริการ บริหารจัดการช่องทางการเข้าถึงบริการ บริหารการตลาด การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางธุรกิจ การเจรจาต่อรองเชิงธุรกิจ การจัดการเอกสารที่เกี่ยวข้องทางธุรกิจ ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจ และประเมินผลธุรกิจ
ระยะเวลาการฝึกอบรม (Duration)	90 ชั่วโมง ภาคทฤษฎี 60 ชั่วโมง ภาคปฏิบัติ 30 ชั่วโมง
ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcomes)	โมดูลนี้มีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถพัฒนาธุรกิจเพื่อสังคมได้ โดย สามารถเขียนแผนธุรกิจ จัดทะเบียนวิสาหกิจเพื่อสังคม จัดทำแผนกลยุทธ์ การบริหารธุรกิจ บริหารทรัพยากรมนุษย์ บริหารคุณภาพ บริหารเงินทุน จัดการบัญชี บริหารการบริการ บริหารจัดการช่องทางการเข้าถึงบริการ บริหารการตลาด การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางธุรกิจ การเจรจาต่อรองเชิงธุรกิจ การจัดการเอกสารที่เกี่ยวข้องทางธุรกิจ ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจ และประเมินผลธุรกิจ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ชื่อโมดูล (Module Title)	2. การพัฒนานวัตกรรมทางสังคม (Social Innovation)
รายละเอียดของโมดูล (Module Description)	โมดูลนี้มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะที่สำคัญในการพัฒนานวัตกรรมทางสังคม โดยการใช้ทักษะการออกแบบเชิงความคิด (Designed Thinking) ก่อนเข้าสู่ขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรมระยะต่าง ๆ ได้แก่ Prompt, Proposal, Prototype, Sustaining, Scaling และ Systemic change รวมทั้งการเข้าใจความต้องการของผู้บริโภคและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างลึกซึ้ง (Insight customer)
ระยะเวลาการฝึกอบรม (Duration)	15 ชั่วโมง ภาคทฤษฎี 8 ชั่วโมง ภาคปฏิบัติ 7 ชั่วโมง
ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome)	โมดูลนี้มีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถออกแบบเชิงความคิด (Designed Thinking) ได้ และมีความรู้ในการพัฒนานวัตกรรมตามลำดับขั้นตอน ได้แก่ Prompt, Proposal, Prototype, Sustaining, Scaling และ Systemic change รวมทั้งการเข้าใจความต้องการของผู้บริโภคและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างลึกซึ้ง (Insight customer)
ชื่อโมดูล (Module Title)	3. การมีส่วนร่วมกับชุมชน (Social Participation)
รายละเอียดของโมดูล (Module Description)	โมดูลนี้มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะสำคัญในการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยการวิเคราะห์สภาพ วัฒนธรรมและวิถีของชุมชน การมีส่วนร่วมกับชุมชนผ่านผู้นำชุมชน การช่วยหาแหล่งทุน การฝึกอบรม ทดลองจนการประสานหน่วยงานภาครัฐเพื่อบูรณาการการส่งเสริม สนับสนุนแก้ไขปัญหาของชุมชน
ระยะเวลาการฝึกอบรม (Duration)	15 ชั่วโมง ภาคทฤษฎี 7 ชั่วโมง ภาคปฏิบัติ 8 ชั่วโมง
ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome)	โมดูลนี้มีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเข้าถึงชุมชน และบูรณาการ เชื่อมโยง แหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาชุมชน
ชื่อโมดูล (Module Title)	4. การบริการสุขภาพ (Health Services)
รายละเอียดของโมดูล (Module Description)	โมดูลนี้มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านบริการ ด้านสถานที่และด้านความปลอดภัย รวมทั้งการประยุกต์กระบวนการพยาบาล การบริหารจัดการยา และการพัฒนาระบบบันทึกและรายงาน
ระยะเวลาการฝึกอบรม (Duration)	30 ชั่วโมง ภาคทฤษฎี 15 ชั่วโมง ภาคปฏิบัติ 15 ชั่วโมง
ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome)	โมดูลนี้มีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถพัฒนามาตรฐานด้านบริการ ด้านสถานที่และด้านความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ และสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล การบริหารจัดการยา และการพัฒนาระบบบันทึกและรายงานได้

หลักสูตรฐานสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคม ด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลชุมชน เป็นหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ จากสถาบันการศึกษาที่สภากาชาดไทยให้การรับรอง และผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป มีประสบการณ์ในด้านการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ ภูมิคุ้มกันโรคอย่างน้อย 5 ปี เกณฑ์การสำเร็จการศึกษา ของหลักสูตรคือ ผู้เข้ารับการอบรมต้องมีเวลาการศึกษา ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติของแต่ละโมดูลไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของแต่ละโมดูล และต้องผ่านการประเมินผล การเรียนด้วยเกรดเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 2.00 (ในระดับคะแนน มากกว่าร้อยละ 70) ของแต่ละโมดูล กรณีที่ผู้เข้ารับการ อบรมไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ต่อเนื่อง สามารถสะสมหน่วยกิตได้ในระยะเวลาไม่เกิน 12 เดือน เมื่อผู้เข้ารับการอบรมได้เข้ารับการอบรมครบทุกโมดูล และได้เกรดเฉลี่ยของแต่ละโมดูลไม่ต่ำกว่า 2.00 จึงถือว่า

สำเร็จการศึกษาและได้รับประกาศนียบัตรผู้ประกอบการ ทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล ชุมชน การประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรด้วย แบบประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฐานสมรรถนะ ผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับพยาบาลชุมชนที่พัฒนาด้วยเทคนิคดาคัมโดย ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 10 คนที่คัดเลือกจากผู้เชี่ยวชาญ ที่เคยเข้าร่วมการวิจัยในระยะที่ 1 แบบประเมินเป็นชนิด มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ คะแนน 5 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง เหมาะสมมาก คะแนน 3 หมายถึง เหมาะสมปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง เหมาะสมน้อย และคะแนน 1 หมายถึง เหมาะสมน้อย ที่สุด

ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า หลักสูตรโดยภาพรวม มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.78$ ) เช่นเดียวกับการพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้อมีความเหมาะสม มากที่สุดเช่นเดียวกัน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเหมาะสมของหลักสูตร

ITEM	$\bar{X}$	S.D.	MEANING
1. หลักการของหลักสูตร	4.7	0.67	เหมาะสมมากที่สุด
2. จุดมุ่งหมายของหลักสูตร	4.8	0.42	เหมาะสมมากที่สุด
3. รายละเอียดของหลักสูตร	4.9	0-31	เหมาะสมมากที่สุด
4. สรุปผลลัพธ์การเรียนรู้	4.8	0.42	เหมาะสมมากที่สุด
5. คุณสมบัติของผู้เข้ารับการฝึกอบรม	4.8	0.42	เหมาะสมมากที่สุด
6. โครงสร้างหลักสูตร			
6.1 โมดูลการพัฒนาธุรกิจทางสังคม	4.9	0.31	เหมาะสมมากที่สุด
6.2 โมดูลการพัฒนานวัตกรรมทางสังคม	5	0	เหมาะสมมากที่สุด
6.3 โมดูลการมีส่วนร่วมกับชุมชน	5	0	เหมาะสมมากที่สุด
6.4 โมดูลการบริการสุขภาพ	4.9	0.31	เหมาะสมมากที่สุด
<b>รวม</b>	<b>4.78</b>	<b>0.44</b>	<b>เหมาะสมมากที่สุด</b>

## อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะหลักของการประกอบกิจการทางสังคมได้แก่ สมรรถนะการประกอบการ สมรรถนะการพัฒนานวัตกรรมทางสังคม สมรรถนะทางสังคม และสมรรถนะการบริการสุขภาพเชิงวิชาชีพ

1.1 สมรรถนะการประกอบการ จากแนวคิดของการเป็นผู้ประกอบการเพื่อสังคม ผู้ประกอบการใช้โมเดลธุรกิจในการขับเคลื่อนแก้ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมไปพร้อมกับการดำเนินธุรกิจโดยใช้กำไรส่วนหนึ่งไปลงทุนในธุรกิจมากขึ้นและใช้ส่วนอื่นแก้ไขปัญหาสังคม ดังนั้นผู้ประกอบการจึงต้องมุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหาและพัฒนาสังคม อีกทั้งต้องมีทักษะในการขับเคลื่อนธุรกิจเพื่อสร้างรายได้เพื่อดำรงไว้ซึ่งพันธกิจทางธุรกิจและสังคม

1.2 สมรรถนะการพัฒนาวัตกรรมทางสังคม: นวัตกรรมทางสังคมคือการพัฒนาเพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ยั่งยืน ประกอบด้วยขั้นตอนหกขั้นตอน ดังนี้ (Murray, Mulgan และ Caulier-Grice, 2008): 1) แร้งบันดาลใจจากปัญหาสังคม 2) การระดมความคิด 3) การทดลองเชิงแนวคิดและการติดตาม 4) การสร้างความยั่งยืน 5) การขยายผล และ 6) การสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ กระบวนการนี้สอดคล้องกับระบบสารสนเทศที่เป็นนวัตกรรมใหม่หรือระบบส่งต่อผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร (ฉวีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล และ วรณางามประเสริฐ, 2560)

1.3 สมรรถนะทางสังคม: สมรรถนะทางสังคมหมายถึงกิจกรรมบูรณาการชุมชน ทำงานร่วมกับรัฐบาลในการแก้ปัญหาชุมชนและการฝึกอาชีพ เช่น การฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ว่างงาน นอกจากนี้ การสำรวจสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชนยังเป็นแนวทางที่นำไปสู่การพัฒนานวัตกรรมเชิงรุกและการบริหารความเสี่ยงขององค์กรวิสาหกิจเพื่อสังคม (Weerawardena, J. and Sullivan M, 2006)

## 1.4 สมรรถนะการบริการด้านสุขภาพ

เชิงอาชีพ: ผลการศึกษาสมรรถนะการบริการสุขภาพเชิงวิชาชีพสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพสุขภาพและกฎกระทรวงว่าด้วยการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้อยู่ในอุปการะ พ.ศ. 2559 และมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ นอกจากนี้ การศึกษายังสอดคล้องกับผลการศึกษาสมรรถนะการประกอบการทางสังคมของผู้จัดการ โดย Amini, Z., Arasti, Z., & Baghen, A. (2018) พบว่าสมรรถนะที่สำคัญของการประกอบการทางสังคม ได้แก่ 1) ความสามารถทั่วไป 2) ความสามารถทางสังคม 3) ความสามารถทางวิชาชีพด้านสุขภาพ

2. ผลการศึกษากการพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลแห่งนิวยอร์กและแนวปฏิบัติในการเป็นผู้ประกอบการทางสังคมเพื่อการพยาบาลโดย Gilmartin, M. J. (2013) และผลการวิจัยเปรียบเทียบการสอนและการเรียนรู้โครงการผู้ประกอบการเพื่อสังคมแก่นักศึกษาใน 2 สาขาวิชา ได้แก่ วิศวกรรมศาสตร์และบริหารธุรกิจมหาวิทยาลัยยอนเซ ประเทศเกาหลี (Koo, B. et al. 2015) โดยหลักสูตรประกอบด้วย 4 หัวข้อหลักคือ 1) ผู้ประกอบการทั่วไป 2) ความจรรักษ์กตต่อสังคม 3) ความยั่งยืนและ 4) นวัตกรรม

## สรุปและข้อเสนอแนะการวิจัย

1. การวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรเทียบโอนความรู้และประสบการณ์ของผู้ผ่านหลักสูตรฐานสมรรถนะสำหรับผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุ

2. การวิจัยเพื่อศึกษาผลการใช้หลักสูตรฐานสมรรถนะสำหรับผู้ประกอบการทางสังคมด้านกิจการการดูแลผู้สูงอายุ

3. การวิจัยเพื่อพัฒนามาตรฐานฐานสมรรถนะ

ผู้ประกอบการธุรกิจบริการเพื่อสุขภาพสาขาอื่น เช่น กายภาพบำบัด การนวดไทย สปา เป็นต้น

4. การวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรฐานสมรรถนะผู้ประกอบการธุรกิจบริการเพื่อสุขภาพสาขาอื่น เช่น กายภาพบำบัด การนวดไทย สปา เป็นต้น

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรม

## เอกสารอ้างอิง

- กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. (2561). *คู่มือพัฒนาธุรกิจดูแลผู้สูงอายุสู่เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริหารจัดการธุรกิจ*. กรุงเทพฯ. ม.ป.ท.
- จินดาพร บุญประกอบ, 2555. การพัฒนาหลักสูตรรายวิชาเพิ่มเติมด้วยเทคนิคดาคัม หน่วยการเรียนรู้ ปลาสวยงาม สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6: กรณีศึกษาโรงเรียนวัดมหาธาตุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ปทุมธานี.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2561. นครปฐม. บริษัทพรินเตอร์.
- รัชณี นามจันทร์, และวรรณิ บุญช่วยเหลือ. (2551). *ประเด็นและแนวโน้มทางการบริหารการพยาบาล*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วารารณ ศิลปสวัสดิ์. (2553). สมรรถนะพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

จากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งและขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง และด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร. นลินรัตน์ รักกุล รองศาสตราจารย์ ดร. อนุชัย รามวงษ์ รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์อิศรางค์ นุชประยูร คุณนภา เศรษฐกร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชณี นามจันทร์ ดร. ศิริพันธ์ เวชสิทธิ์ และผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุนและให้ข้อคิดเห็นจนการวิจัยสำเร็จลุล่วงมาด้วยดี

- วาณีรัตน์ รุ่งเกียรติกุล, และวรรณิ นามจันทร์. (2560). นวัตกรรมระบบสารสนเทศส่งต่อเพื่อการพยาบาลที่บ้านดุจโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 30*(พิเศษ), 207-222.
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2561). ตลาดผู้สูงอายุ ชุมทรัพย์ SME ไทย. สืบค้นจาก [https://www.kasikornbank.com/th/business/sme/ksmeknowledge/article/ksmeanalysis/pages/aging-market\\_sme-treasure\\_2018.aspx](https://www.kasikornbank.com/th/business/sme/ksmeknowledge/article/ksmeanalysis/pages/aging-market_sme-treasure_2018.aspx)
- สภาการพยาบาล. (2561). *คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น*. สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th/news/407>
- สภาการพยาบาล. (2561). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอกสาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิบัตรและได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์*. สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2550). พยาบาลเวชปฏิบัติกับการพัฒนาบริการปฐมภูมิ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. ม.ป.ท. ตามเข้าไปหาแล้วไม่เจอค่ะ วารสารปีที่เท่าไร ฉบับที่เท่าไรคะ
- Amini, Z., Arasti, Z., & Baghen, A. (2018). Identifying social entrepreneurship competencies of managers in social entrepreneurship organizations in healthcare sector. *Journal of Global Entrepreneurship Research*. 8(19): 1-14.
- Chaisompong, L. (2017). Aged without disease, from <https://www.bumrungrad.com/en/health-blog/january-2012/aging-without-disease>.
- Gilmartin, M. J. 2013. Principles and Practice of Social Entrepreneurship for Nursing. *Journal of Nursing Education*. 62(11): 641-644.
- Koo, B., Te, V., J. J. Lee and H. J. Park. 2015. Social Entrepreneurship Education Across the Disciplines: Engineering and Business Students Co-learn, from [https://www.oecd.org//www.o/cfe/leed/BGP\\_Entrepreneurship-in-Education.pdf](https://www.oecd.org//www.o/cfe/leed/BGP_Entrepreneurship-in-Education.pdf)
- McClelland, D. C. (1975). A Competency Model for human resource development specialists to be used in the delivery of the human resource management cycle. Boston: Mcber.
- Murray. R., Mulgan, G., and Caulier-Grice, J. (2008). Generating Social Innovation: Setting an Agenda, Shaping Methods and Growing the Field, from <https://youngfoundation.org/wp-content/uploads/2012/10/How-to-innovate-the-tools-for-social-innovation.pdf>
- Ortiz, I. and M. Cummins. (2011). Global Inequality: Beyond the Bottom Billion. A Rapid Review of Income Distribution in 141 Countries. *Social and Economic Policy Working Paper, UNICEF Policy and Practice*.
- Weerawardena, J. and G. Sullivan. 2006. Investigating social entrepreneurship. *Journal of World Business*. 41: 21-35.



ปัจจัยทำนายการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง  
ของปัจจัยพลังอำนาจในการดูแลสมาชิกที่ป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย  
และการสนับสนุนทางสังคม

**Predicting Factors of Adaptation among Family Caregivers of  
Patients with Chronic Illnesses by the Empowerment in Patient  
Care, the Caregivers' Perception in Patient's Health Status and  
Social Support**

สุวรรณี ละออบปักซิณ, กศ.ด., *Suwannee Laoopugsin, Ed.D.*<sup>1</sup>

สุปราณี มณีวงศ์, พย.ม., *Supranee Maneewong, M.N.S.*<sup>2\*</sup>

ชัยณรงค์ นาคเทศ, พย.ม., *Chainarong Nakes, M.N.S.*<sup>2</sup>

<sup>1</sup>รองศาสตราจารย์ ดร. กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์กรุงเทพมหานคร

*Assistant Professor, Ed.D. Community Health Nursing,*

*Saint Louis College, South Sathorn Rd, Yannawa, Bangkok*

<sup>2</sup>อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร

*Lecturer Community Health Nursing, Saint Louis College, South Sathorn Rd, Yannawa, Bangkok*

*\*Corresponding Author Email: [suparnee@slc.ac.th](mailto:suparnee@slc.ac.th)*

Received: January 30, 2022

Revised: April 22, 2022

Accepted: May 22, 2022

### บทคัดย่อ

วิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเขตสาทร จำนวน 198 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.2) มีช่วงอายุระหว่าง 29-67 ปี อายุเฉลี่ย 55.1 ปี ร้อยละ 42.4 เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย และร้อยละ 86.4 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคทางกระดูกและกล้ามเนื้อ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน และมะเร็ง ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม

ที่ผู้ดูแลได้รับ โดยสามารถทำนายความแปรปรวนของ การปรับตัวได้ร้อยละ 57.5 มีสมการการทำนาย คือ การปรับตัวของผู้ดูแล =  $0.909 - 0.471$  ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย -  $0.306$  การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ + ความคลาดเคลื่อน

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พยาบาลต้องให้คำแนะนำที่ถูกต้องในวิธีการดูแลผู้ป่วย สร้างความมั่นใจในการดูแล ติดตามและให้คำปรึกษาผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการแสวงหาแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อช่วยสนับสนุนผู้ดูแลตลอดกระบวนการดูแล โดยเฉพาะในช่วงเวลา 3 เดือนแรกของการเจ็บป่วยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเริ่มปรับตัว

**คำสำคัญ:** การปรับตัวของผู้ดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ  
พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล

## Abstract

This research aimed at exploring predicting factors of adaptation among family caregivers of patients with chronic illnesses. The sample comprised 198 family caregivers who residing in Sathorn, the urban community in Bangkok. Data were collected by the questionnaires and were analyzed by descriptive and Linear Regression statistics. The results of the study revealed that the majority of the sample were female (65.2%) whose age ranged from 29-67 with the mean age of 55.1. About 42 % of the sample were the patients' spouse while majority (86.4%) had chronic diseases including musculoskeletal diseases, hypertension, hyperlipidemia, diabetes and cancer. Predicting factors of family caregivers' adaptation were caregiving ability and social support. Both of these factors can co-predict the variance of adaptation for 57.5%. The predictive model can be composed as follow; Family caregivers' adaptation =  $0.909 - 0.471$  caregiving ability -  $0.306$  social support + error. From the results of this study, it is recommended that, in order to promote family caregivers' adaptation, nurses should provide them with proper caregiving information for patients with chronic illnesses. The family caregivers should be encouraged to ensure their confidence in performing patients' care. Moreover, supports from necessary resources should be provided throughout the caregiving process. In particular, during the first 3 months while the family caregivers are in the early phase of adaptation

**Keywords:** *Adaptation, Perceived patient health status, social support, Empowerment in patient caring, Caregiver*

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดปี พ.ศ. 2553 เป็น “ปีแห่งความเป็นเมืองสุขภาพ” (สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร, 2553) ด้วยบริบทความเป็นเมือง ทำให้วิถีชีวิตของคนเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านการบริโภคและการทำกิจกรรม การเจ็บป่วยส่วนใหญ่ที่พบได้มากที่สุด คือ การเกิดโรคเรื้อรังจากพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะ 4 โรคที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก โดยพบว่าอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบ โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 1,710.89 เป็น 1,894.46, 1,714.04, 1,809.74 และ 2,021.66 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ ขณะที่โรคเบาหวานมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 1,032.50 เป็น 1,233.35, 960.18, 1,010.15 และ 1,125.90 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งทั้ง 2 โรคเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบอัตราป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน คือ 352.30, 425.24, 399.88, 423.27 และ 471.72 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ และทำให้อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2558-2562 เป็น 43.3, 48.7, 47.8, 47.1 และ 53.0 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563)

จากปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าว ส่งผลกระทบตามมาในระยะยาว เนื่องจากโรคเรื้อรังมีพยาธิสภาพที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ และเป็นมูลเหตุความเครียดแก่ครอบครัว จากงานวิจัยของ Holmes and Rahe (Holmes and Rahe, 1967 อ้างถึงใน Seaward, 2006) พบว่า การตายของสมาชิกในครอบครัว และการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บของบุคคลใกล้ชิด เป็นเหตุการณ์ที่

ทำให้บุคคลเกิดความเครียดในระดับ 5 และ 6 ตามลำดับ ดังนั้นเมื่อคนในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคที่รักษาไม่หายและมีความรุนแรง จนถึงขั้นเสียชีวิตได้ สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีความเครียดอย่างสูง ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Liu et al., 2020) ดังนั้น หากสามารถช่วยเหลือประคับประคองผู้ดูแลให้สามารถปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้เกิดความสมดุล และการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อไปได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเหนื่อยล้า ไม่สามารถทำงานนอกบ้าน ส่วนใหญ่ไม่ได้สนใจดูแลตนเอง ไม่รู้วิธีที่จะจัดการดูแลตนเองอย่างไร ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยบางรายที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ยวันละ 9 ชั่วโมง และเกือบร้อยละ 50.0 ต้องดูแลผู้ป่วยทั้งกลางวันและกลางคืน ทำให้เวลาพักผ่อน หรือเวลาในการทำกิจกรรมอื่น ๆ ของผู้ดูแลลดลง หรือแทบไม่มีเวลาเป็นส่วนตัวเลย ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงเกิดความเครียด เพราะต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ที่ตนเองต้องรับผิดชอบในครอบครัว (ศิริอร สิ้นธุ และคณะ, 2563) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ในระยะสามเดือนแรกของการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล มักเกิดความเครียดสูง เพราะยังขาดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ญาติผู้ป่วยบางคนต้องละทิ้งงานหรือหน้าที่ประจำ หรือทำหน้าที่ประจำของตนเองได้ลดน้อยลง มีผลต่อรายได้ที่ลดลง (สุวรรณี ละอองปักษิณ, 2562) นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสหรือบุตรของผู้ป่วยมักเกิดปัญหาทางสุขภาพซึ่งเป็นผลจากความตรากตรำในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อาการของผู้ดูแลที่พบได้บ่อยคือ อาการปวดหลัง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ บางรายมีโรคเรื้อรังประจำตัวอยู่แล้ว ยิ่งทำให้อาการต่าง ๆ มีความรุนแรงมากขึ้น ครอบคลุมการ

ใช้ชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิต (สุปรีดา มั่นคง และคณะ, 2559) การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เช่น การให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูดเสมหะ การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การป้องกันการเกิดแผลกดทับ (สุวรรณี ละออปกษิม, 2562) ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปรับตัวของผู้ดูแล ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพรุนแรงมากย่อมต้องการเวลาในการดูแลมากกว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพรุนแรงน้อยกว่า โดยเฉพาะหากผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ดูแลต้องมีการระมัดระวัง เพราะต้องการการพิงพิงมากขึ้น ผู้วิจัยจึงต้องการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และพลังอำนาจของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ต่อการปรับตัวของผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล ระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ และระดับพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ของปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ และพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

### สมมุติฐานการวิจัย

พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยได้

### นิยามศัพท์

1. ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และได้รับการมอบหมายจากครอบครัวให้ทำหน้าที่หลักในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยของครอบครัว
2. โรคเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อน หมายถึง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ที่มีภาวะอื่นตามมา ได้แก่ ภาวะเส้นเลือดสมองแตก ตีบ หรือตัน หรือมีการสูญเสียอวัยวะ เช่น ถูกตัดขา ตาบอด หรือเกิดภาวะอัมพาต อัมพฤกษ์ ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้
3. พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการ ให้ผู้ป่วยในครอบครัวได้รับการดูแล ประกอบด้วย 1) การรับรู้ว่าตนควบคุมภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ 2) การยอมรับในสมรรถนะตนเอง 3) การรับรู้ความรับผิดชอบของตนในการดูแลผู้ป่วย 4) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการการเปลี่ยนแปลงในอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้โครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจของสปรีตเซอร์ (Spreitzer, 1995)
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล หมายถึง ความคิดเห็น ความเชื่อของผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ในด้าน 1) ความรุนแรงของโรค 2) โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน 3) ประโยชน์ในการดูแลเมื่อเทียบกับอุปสรรคจากการดูแลตามคำแนะนำ
5. การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว และนอกครอบครัว ในด้านที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย และความสมดุลของครอบครัว ประกอบด้วย การสนับสนุนในด้าน 1) ด้านอารมณ์ ได้แก่ การแสดงความยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย เห็นอกเห็นใจผู้ดูแล 2) ด้านการสะท้อนคิด คือ การให้ข้อมูลป้อนกลับผลการดูแลสมาชิกที่ป่วย หรือ

การบอกให้ทราบถึงผลลัพธ์ของการดูแล 3) ด้านข้อมูล  
ที่ผู้ดูแลต้องการ คือข้อมูลที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย  
ที่ช่วยทำให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลจากความไม่รู้  
ลดน้อยลง ได้แก่ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นที่ไม่ได้รับการ  
อธิบายภายหลังออกจากโรงพยาบาล 4) ด้านเครื่องมือ  
อุปกรณ์ คือ การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ หรือการ  
ให้บริการ การกระทำเพื่อช่วยเหลือให้เกิดแรงงาน เงิน  
เวลาแก่ผู้ดูแล เป็นต้น (House, 2001)

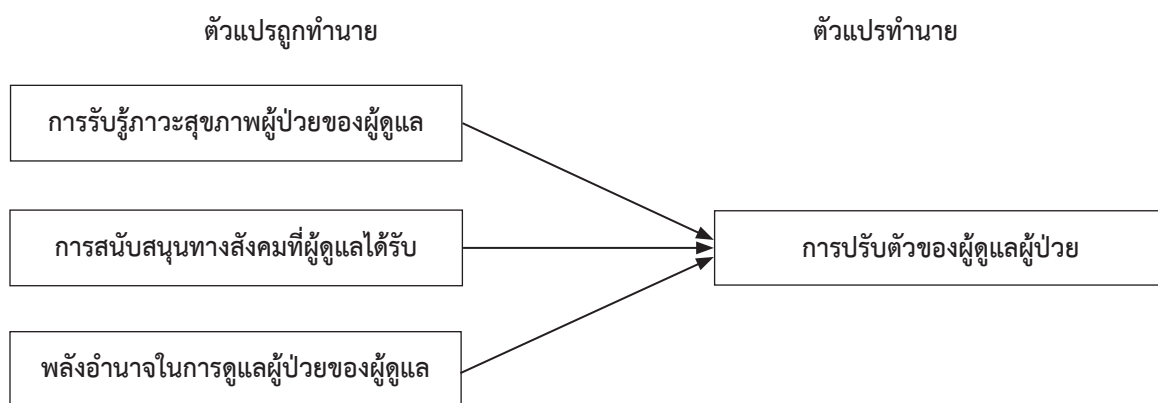
6. การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย หมายถึง  
ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการผลกระทบของ  
การมีผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัวเพื่อให้รู้สึกว่าดูแล  
ผู้ป่วยเป็นภาระน้อยที่สุด โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุม  
ให้การทำหน้าที่ของผู้ดูแลสามารถดำเนินไปได้  
วัดโดยการประยุกต์แบบประเมินการรับรู้ภาระการเป็น

ผู้ดูแลของซาริตและคณะ (Zarit and et al., 1986)  
ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความ  
ตึงเครียดส่วนบุคคล 2) ด้านความขัดแย้งในตนเอง  
3) ด้านความรู้สึกผิด และ 4) ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน  
ถ้าผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการที่ต้องมาดูแลผู้ป่วยได้  
ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลจะน้อยลง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. ตัวแปรทำนาย ได้แก่ 1) พลังอำนาจในการ  
ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของ  
ผู้ดูแล 3) การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ
2. ตัวแปรถูกทำนาย คือ การปรับตัวของผู้ดูแล  
ผู้ป่วย (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research Design) การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตสาทร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ครอบครัวมีสมาชิกอย่างน้อย 1 คน ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องพึ่งพิง 2) ผู้ดูแลต้องเป็นสมาชิกในครอบครัว 3) ผู้ดูแลต้องมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี เพราะผู้ดูแลควรอยู่ในระยะใกล้เคียงกัน คือ ผ่านระยะวิกฤตกังวล ปฏิเสธ โกรธ เสียใจ และกลับสู่สภาพเดิม 4) ยินดีให้ข้อมูล เมื่อกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power กำหนด effect size ( $f^2$ ) ขนาดเล็ก = 0.1 ตามหลักการของ Cohen (Cohen, 1997) ค่า  $\alpha = 0.05$  Power = 0.95 โดยมีตัวทำนาย 3 ตัว และโปรแกรมคำนวณแบบ Linear multiple regression: Fixed Model,  $R_2$  deviation from zero ได้จำนวนตัวอย่าง 176 คน แต่ด้วยการเก็บข้อมูลกำหนดเก็บ 3 รอบ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ดูแลส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ การให้ตอบคำถามนาน ๆ อาจจะทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อน ร่วมกับการต้องการข้อมูลเชิงคุณภาพและเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 198 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล มีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย รายได้/เดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ประยุกต์แบบประเมินการรับรู้ภาวะการเป็นผู้ดูแลของ ซาริตและคณะ (Zarit and et al., 1986) ด้านละ 5 ข้อ รวม 20 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0, 1, 2, 3 และ 4 หมายถึง ไม่เคยเลย รู้สึกบ้าง รู้สึกปานกลาง รู้สึกค่อนข้างบ่อย และรู้สึกแทบทุกครั้ง ตามลำดับ ซึ่งคะแนนรวมแบ่งเป็น  $\leq 20$  คะแนน, 21-40 คะแนน, 41-60 คะแนน และ 61 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นภาระเลย เป็นภาระในระดับเล็กน้อย ค่อนข้างเป็นภาระ และเป็นภาระในระดับสูง ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวนรวม 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ จำนวน 20 ข้อ

เครื่องมือส่วนที่ 3-5 สร้างโดยทีมวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและยึดตามโครงสร้างที่กำหนดในคำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าคะแนนแบ่งเป็น 1-1.8, 1.9-2.6, 2.7-3.4, 3.5-4.2 และ 4.3 ขึ้นไป หมายถึง ผู้ดูแลมีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับอยู่ในระดับ น้อย ค่อนข้างน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก และมาก ตามลำดับ

### 4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

(Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน พยาบาลอนามัยชุมชนประจำศูนย์บริการสาธารณสุข 1 ท่าน และอาจารย์กลุ่มการศึกษาทั่วไปที่มีคุณวุฒิด้านการวัดและประเมินผล 1 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและการใช้ภาษาของเครื่องมือส่วนที่ 2-5 มีค่า S-CVI/Ave = .88, .90, .88 และ .87 ตามลำดับ

4.2 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยการทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้ดูแล ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ชุมชนบ่อนไก่ จำนวน 32 คน เครื่องมือส่วนที่ 2-5 วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .81, .89, .79 และ .85 ตามลำดับ

### 5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ E.002/2560 โดยที่กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ดูแล และครอบครัวได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำเสนอข้อมูล รวมทั้งสิทธิในการขอยกเลิกการให้ข้อมูลทุกกรณี การปฏิเสธในการให้ข้อมูลไม่ได้มีผลใด ๆ แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

### 6. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดย

6.1 ประสานงานและสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ฐานข้อมูลครอบครัวในโครงการสนับสนุน

การช่วยเหลือตนเองของครอบครัว ที่มีสมาชิกป่วยเรื้อรัง (สุวรรณณี ละออบปักซิณ, 2562) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอน และจำนวนครั้งในการเก็บข้อมูล กรณีที่ครอบครัวยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงทำการนัดหมายวันเวลาที่ครอบครัวสะดวก

6.2 สัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ดูแลตามแบบสอบถามที่กำหนด บันทึกเหตุผล หรือข้อมูลเชิงคุณภาพที่สำคัญ สังเกตการปฏิบัติของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย โดยที่มวิจัยรวม 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์

### 7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

7.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ระดับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล ระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ และระดับพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

7.2 ทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุ (stepwise method)

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด เกือบครึ่งมีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 3-5 ปีมากที่สุด ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย เกือบครึ่งเป็นคู่สมรส ผู้ดูแลมีโรคประจำตัวที่รบกวนชีวิตประจำวัน คือ กระดูกและข้อสูงที่สุด และผู้ดูแลแต่ละคนมีโรคมามากกว่า 1 โรค (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล (n=198)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	69	34.8
	หญิง	129	65.2
อายุ $\bar{X}$ = 55.1 SD. = 8.4 Min = 29 Max = 67	≤30 ปี	2	1.5
	31-40 ปี	17	14.1
	41-50 ปี	63	27.8
	51-60 ปี	77	32.3
	> 60 ขึ้นไป	39	24.2
การศึกษา	ไม่ได้รับการศึกษา	68	34.3
	ประถมศึกษา	87	43.9
	มัธยมศึกษา	19	9.6
	ปวช/ปวส	12	6.1
	ปริญญาตรี	10	5.1
	สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.0
ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย $\bar{X}$ = 3.8 SD. = 2.1 Min = 2 Max = 9	< 3 ปี	69	34.8
	3-5 ปี	117	59.1
	> 5 ปี	12	6.1
รายได้/เดือน $\bar{X}$ = 6,500.00 SD. = 5,122.9 Min = 1,150.0 Max = 31,000.0	≤ 5,000 บาท	131	66.2
	5,001-10,000 บาท	31	15.7
	10,001-15,000 บาท	22	11.1
	15,001-20,000 บาท	11	5.6
	20,001 บาทขึ้นไป	3	1.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	คู่สมรส	84	42.4
	ลูก/สะใภ้/เขย	64	32.3
	พี่น้อง	33	16.7
	พ่อ/แม่	17	8.6
โรคประจำตัว	กระดูกและข้อ	122	61.6
	ความดันโลหิตสูง	88	31.8
	ไขมันในเลือดสูง	69	34.8
	เบาหวาน	62	31.3
	มะเร็ง	17	8.6
	ไม่มี	27	13.6

2. ผลการศึกษาระดับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล ระดับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ และระดับพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

2.1 ตัวแปรถูกทำนาย คือ การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมินโดยการรับรู้ภาวะการดูแล พบว่า

ผู้ดูแลรับรู้ภาวะการดูแลผู้ป่วยในระดับ น้อย ค่อนข้างน้อย ค่อนข้างมาก และมาก จำนวน 42, 66, 40 และ 50 คน คิดเป็นร้อยละ 21.2, 33.3, 20.2 และ 25.3 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยรวม ( $\bar{X}$ ) = 40.8 ซึ่งแปลว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างเป็นภาระ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจำแนกตามระดับคะแนน จำนวน ร้อยละ และความหมายของคะแนน

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	ความหมายของคะแนน	
≤ 20	42	21.2	ไม่รู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ	( $\bar{X}$ ) = 40.8 SD.=17.966
> 20-40	66	33.3	รู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระเล็กน้อย	
> 40-60	40	20.2	รู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยค่อนข้างเป็นภาระ	
> 60	50	25.3	รู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นภาระมาก	

2.2 ตัวแปรทำนาย และ รายด้านของทุกตัวแปร ต้องการอยู่ในระดับดี (ดังตารางที่ 3) ทำนาย อยู่ในระดับค่อนข้างดี ยกเว้นด้านข้อมูลของผู้ดูแล

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความหมายของตัวแปรทำนาย

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความหมาย
การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล	3.82	.449	ค่อนข้างดี
ด้านความรุนแรงของโรค	3.35	.451	ค่อนข้างดี
ด้านโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน	4.01	.297	ค่อนข้างดี
ด้านประโยชน์ในการดูแลเมื่อเทียบกับอุปสรรคจากการดูแล	4.09	.335	ค่อนข้างดี
การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ	3.96	.647	ค่อนข้างดี
ด้านข้อมูลที่ผู้ดูแลต้องการ	4.14	.555	ดี
ด้านเครื่องมืออุปกรณ์	3.88	.465	ค่อนข้างดี
ด้านการสะท้อนคิด	4.05	.564	ค่อนข้างดี
ด้านอารมณ์	3.78	.379	ค่อนข้างดี
พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	4.10	.479	ค่อนข้างดี
ด้านการรับรู้ว่าตนควบคุมภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้	4.01	.454	ค่อนข้างดี
ด้านการยอมรับในสมรรถนะตนเอง	4.11	.388	ค่อนข้างดี
ด้านความเชื่อมั่นในการจัดการการเปลี่ยนแปลง	4.11	.299	ค่อนข้างดี
ด้านการรับรู้ความรับผิดชอบของตนในการดูแลผู้ป่วย	4.18	.301	ค่อนข้างดี

**3. ผลการศึกษาอำนาจการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยของปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ และพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล**

เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติถดถอยพหุ ข้อมูลได้รับการวิเคราะห์ก่อนใช้สถิติพบว่า ชุดข้อมูลไม่มีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ คือ 1) ตัวแปรทำนายแต่ละตัวมีความสัมพันธ์เชิง

เส้นตรงกับตัวแปรถูกทำนาย 2) ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายด้วยกันไม่เกิน 0.7 และ 3) การแจกแจงของตัวแปรเป็นแบบโค้งปกติ (Normal Distribution) ผลการวิเคราะห์ สามารถกำหนดสมการทำนายได้ว่าการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย =  $.909 - 0.471$  พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล  $- 0.306$  การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ + ความคลาดเคลื่อน (ดังตารางที่ 4-5)

**ตารางที่ 4** ค่าสถิติการทำนายของตัวแปรทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย

ตัวแปร	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	F	p-value
พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	-.673	.453	-		
การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ	-.758	.575	.117	102.815	.000

**ตารางที่ 5** ค่าสถิติการทำนายของตัวแปรทำนาย

ตัวทำนาย	สัมประสิทธิ์ b	t	p-value
ค่าคงที่	.909	5.101	.025
พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล	-.471	10.617	.001
การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ	-.306	10.171	.003

**อภิปรายผลการวิจัย**

**1. ผลการศึกษาตัวแปรทั้ง 4 ตัว**

ตัวแปรที่ 1 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ประเมินจากระดับความรู้สึกเป็นภาระพบว่าอยู่ในระดับค่อนข้างเป็นภาระ ร้อยละ 40.8 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงงานวิจัยอื่น เช่น นิรชา ภูธนรักษ์ และภักวีร์ นาคะ วิโร (2563) ที่พบร้อยละ 40.9 และมีความสอดคล้องในประเด็นย่อย คือ ยิ่งเป็นผู้ดูแลนานจะยิ่งมีความรู้สึกโดดเดี่ยวจากสมาชิกในครอบครัวไม่ได้ช่วยเหลืออย่างจริงจัง บางครั้งอยากจะยกเลิกหน้าที่การดูแล สอดคล้องกับวังนา ลีละพัฒนะ และ สายพิน หัตถ์รัตน์ (2559) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่แสดงอาการไม่ไหวคือ อยากจะหนีไปให้พ้นความรับผิดชอบ

ที่ดูเหมือนกันมากขึ้นทุกที ในการแก้ไขความรู้สึกเป็นภาระและช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นโดยควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ดูแลเป็นเพศหญิงสอดคล้องกับธีรนนท์ วรณศิริ (2562) เพราะครอบครัวคาดหวังให้ผู้หญิงเป็นผู้ดูแล เนื่องจากเชื่อว่าหน้าที่การดูแลควรเป็นหน้าที่ของผู้หญิงตามวัฒนธรรมไทย ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีค่าสูงในด้านการสะท้อนคิด ซึ่งจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ดูแลยื่นขอรับการที่พยาบาลเยี่ยมบ้าน และการที่โครงการสนับสนุนการดูแลตนเองของครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยเรื้อรัง (สุวรรณณี ละออบปักชิด, 2562) มีการ

เยี่ยมบ้าน และให้การประเมินผล สะท้อนการดูแลผู้ป่วย อธิบาย แก่ไข้อย่างเป็นรูปธรรมตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ และเกิดความมั่นใจในการดูแล ผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี ชุมหบดี และคณะ (2556) ที่พบว่าผู้ดูแลต้องการความรู้ที่สามารถ ปฏิบัติได้จริง ภายใต้อุปสรรคหนึ่ง ๆ และสอดคล้องกับ แนวคิดทันกาล (Cameron & Gignac, 2013) ว่าผู้ดูแล มีความต้องการการสนับสนุนแตกต่างกันไปตามระยะเวลาการดูแล เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยที่เป็นภาระสูงสุด 3 อันดับ คือ 1) ไม่มีเวลาเพียงพอ สำหรับตัวเอง 2) สุขภาพไม่ค่อยดีเนื่องมาจากการดูแล ผู้ป่วย 3) ควรจะได้รับการดูแลจากญาติคนอื่น หรือ ถูกคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยจากสมาชิกในครอบครัว เสมือนมีคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้ ซึ่งอธิบายได้ว่า สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ดูแลเป็นคู่สมรสเกือบ ครึ่ง (ร้อยละ 42.4) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว และร้อยละ 33.0 ต้องทำงานอิสระที่บ้านควบคู่ไปด้วย เช่น โปรแกรมเมอร์ ขายของ online ขายของมือสอง หน้าบ้าน ร้อยดอกไม้ ทำอาหารส่ง งานเย็บปัก เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาบทบาท (role conflict) ในผู้ดูแลบางคน (Gordon et al., 2012)

ตัวแปรที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล พบว่า ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่ำที่สุด เนื่องจากผู้ดูแลได้รับข้อมูลก่อนรับผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อ ในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ไม่สามารถกลับมา เหมือนเดิมและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งข้อมูลที่ได้ พบว่าผู้ดูแลให้ความพยายามในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในเรื่องการทากายภาพบำบัด เรื่องข้อติดแข็ง แต่เมื่อทำ กายภาพไปสักระยะหนึ่งไม่เห็นถึงความก้าวหน้าในทาง ที่ดีขึ้นของปัญหาข้อติดแข็งในผู้ป่วย เพราะจากพยาธิ สภาพเรื่องข้อติดแข็งต้องใช้ระยะเวลาที่นานจึงจะเห็น ผลเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาด้านอื่น ๆ ผู้ดูแลจึงให้ความสำคัญในเรื่องข้อติดแข็งไม่เท่ากับเรื่องการให้อาหารและ

ยา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น อาการปวดหลัง ปวดขา ทำให้เมื่อเวลาผ่านไปผู้ดูแลจะลด ความกังวลหรือเคร่งครัดในการปฏิบัติตามคำแนะนำลด ตัวแปรที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแล ได้รับ พบว่าอยู่ในระดับค่อนข้างดีเท่านั้น ( $\bar{X} = 3.96$ ) โดยด้านข้อมูลที่ผู้ดูแลต้องการ ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 4.14$ ) ตามด้วยด้านการสะท้อนคิด ( $\bar{X} = 4.05$ ) ส่วนด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ( $\bar{X} = 3.78$ ) และผู้ดูแล ผู้ป่วยเกือบครึ่ง (ร้อยละ 42.4) เป็นคู่วิต ซึ่งจากข้อมูลเชิง คุณภาพพบว่าคู่วิตหลายรายมีสัมพันธ์ภาพที่ค่อนข้าง ไม่ดีมาก่อน เช่นพูดว่า “มึงรู้มียว่า ภูเหน้อย ตอนดึกก็มีน้อย” บางรายก็มีสัมพันธ์ภาพที่ดี เช่น “คุณพี่เป็นคนสุภาพ พูด เพราะ ปากก็ต้องดูแลให้ดี” สอดคล้องกับการศึกษาของ Rohrbach (2021) ที่ระบุว่าการที่ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ของผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวได้ดีนั้น ขึ้นอยู่กับมุมมอง ต่อการใช้ชีวิตอยู่กับโรค มองว่าโรคที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ เกิดขึ้นและกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งเป็น คู่สมรส จะช่วยให้การปรับตัวให้เข้ากับพยาธิสภาพ และ การรักษาเป็นไปได้อย่างราบรื่น รวมทั้งสอดคล้องกับ แนวคิดของ Gottlieb (Gottlieb, 1985) ซึ่งแบ่งระดับของ การสนับสนุนทางสังคมเป็นระดับกว้าง ระดับเครือข่าย และระดับแคบ ซึ่งความสัมพันธ์ในระดับแคบ ได้แก่ สามีภรรยา และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิด ทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรัก และห่วงใยต่อกันและกันเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแล มีขวัญและกำลังใจ

ตัวแปรที่ 4 พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย ของผู้ดูแล พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงกว่าอีก 2 ตัวแปรทำนาย โดยพบว่าด้านการรับรู้ความรับผิดชอบ ของตนในการดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 4.18$ ) สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยที่มักเชื่อว่าลูกต้องมีความ กตัญญู หรือคู่สมรสต้องร่วมทุกข์สุข ทำให้ทั้งผู้ดูแล ที่เป็นลูก และคู่สมรสรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของตนในการ

ดูแลผู้ป่วย ซึ่งงานวิจัยพบร้อยละ 29.8 และ 42.4 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.2) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 3 ปีขึ้นไป ซึ่งผ่านการเรียนรู้การดูแลจากพยาบาลเยี่ยมบ้าน และทีมของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (สุวรรณณี ละออบปักฉิม, 2562)

## 2. ผลการศึกษาอำนาจการทำนาย

พบว่า มีเพียง 2 ตัวแปรที่สามารถทำนายได้คือพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ส่วนปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยของผู้ดูแล ไม่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยเพียงบางส่วน ซึ่งไม่สอดคล้องการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย 1) การรับรู้ (perception) ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2) ระบบสนับสนุน (social or situational support system) 3) coping techniques และ problem-solving skills ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพลังอำนาจในการจัดการภาวะวิกฤติ (Aguilera & Messick, 1982; ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ, 2563; ยุซรอ เล้าะแม และคณะ, 2559) สามารถอธิบายได้จากข้อมูลที่ได้จากการสอบถามและการสังเกตระหว่างเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดสามารถรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงแรกของการนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลพบเห็นผู้ป่วยมีอาการเกร็ง หดสติ ไม่รู้สึกตัว ถือเป็นความรุนแรงที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ และภายหลังรับผู้ป่วยกลับบ้าน ถึงแม้ว่าอาการจะคงที่หรือดีขึ้น ผู้ป่วยอยู่ในระยะฟื้นฟูจำเป็นต้องเป็นภาระการดูแลของบุคคลในครอบครัว และในระยะยาวผู้ดูแลสามารถรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยอาจไม่สามารถกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิมได้ ซึ่งคะแนนการประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (3.35) สอดคล้องกับข้อเสนอที่ว่าเมื่อเวลาผ่านไปความรู้สึกวิกฤติของผู้ดูแลจะน้อยลง (สันติชัย ฉัจฉิตราชัน, 2558)

ปัจจัยพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยได้สูงที่สุดซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Dixey (2013) ที่พบว่า เมื่อบุคคลมีความรู้และความสามารถในการดูแล จะเป็นพลังอำนาจที่ช่วยสนับสนุนการปรับตัวของบุคคลให้สามารถกำหนดชีวิตตนเองและสามารถควบคุมสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ รังษาลักษณ์ และคณะ (2559) สุภาพร แนวบุตร (2558) และ วิภา เพ็งเสงี่ยม (2560) ซึ่งศึกษาโปรแกรมเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลด้วยโปรแกรมต่าง ๆ พบว่า พลังอำนาจของผู้ดูแลที่ได้รับการสร้างเสริมนี้ช่วยให้ผู้ดูแล ควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานได้ มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย สังคม จิตใจ จิตวิญญาณ และ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพและพฤติกรรมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงดีขึ้น

สำหรับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นลำดับที่สอง อธิบายได้ว่า ทูทางสังคมก่อให้เกิดประโยชน์ คือ ช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจ และมีความอดทนต่อกันของผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล เป็นต้นทุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้สามารถปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลอื่น (Ryan & McKenna, 2013) และการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ สามารถลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและมีผลช่วยให้เกิดสุขภาวะแก่ผู้ดูแล (Kim and et al., 2010; Maurer and Smith, 2013; Lundy & Janes, 2016; Gordon et al., 2012; Liu et al., 2020) และจากการสอบถามข้อมูลจากผู้ดูแล สะท้อนให้เห็นว่าความแน่นแฟ้นของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น สามีกับภรรยา หรือพ่อ-แม่กับลูก เป็นทุนตั้งต้นที่สำคัญมากในการที่ผู้ดูแลจะไม่รู้สึกว่าการป่วยเป็นภาระ และพร้อมจะชวนหาหาความรู้ ฝึกฝน

ทักษะการดูแลให้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของคิม (Kim et al., 2010) พบว่า คุณภาพของการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับกลยุทธ์การปรับตัวของผู้ดูแล รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดระบบครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยขั้นพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการที่ผู้ดูแลจะตอบสนองผู้ที่พึ่งพิงตนเองอยู่ (Orem, 1980) การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับจากสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เช่น การช่วยนำผู้ป่วยที่มีอุปสรรคช่วยเหลือไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากลำบากเมื่อต้องเดินทางด้วยรถสาธารณะ การได้รับกำลังใจ หรือคำชมเชยจากญาติพี่น้อง เพื่อน และการสนับสนุนด้านการเงินจากบุคคลอื่นในครอบครัวถือเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีความกดดันในการดูแลผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ บุชยมาส บุชยาร์ตมี (2561) ที่พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนด้านการเงินและด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะช่องทางติดต่อขอรับคำปรึกษา ซึ่งในงานวิจัยนี้ พบว่าประเด็นที่ต้องการข้อมูล คือ การทำหัตถการต่าง ๆ รวมทั้งการจัดการอย่างเข้าใจในอาการแปรปรวนอื่น ๆ สอดคล้องกับทฤษฎี crisis intervention (Aguilera & Messick, 1982) ที่อธิบายว่า การรับมือกับภาวะวิกฤติในชีวิต ขึ้นกับระบบสนับสนุน และทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นองค์ประกอบของพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล หมายความว่า การรับมือกับภาวะวิกฤติต้องมีทั้งสองส่วน คือ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการสนับสนุนและการดูแลด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดทักษะและความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งลดภาวะความตึงเครียดของบทบาท เพราะการสนับสนุนข้อมูลจะช่วยให้ผู้ดูแลลดภาวะตึงเครียดในการแสดงบทบาทที่คลุมเครือ (role ambiguity) นอกเหนือจากความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) และบทบาทที่มากเกินไป (role overload) ได้ (Nickerson, 2021)

## สรุปและข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหาอำนาจการทำนายการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายได้คือ พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 57.5 สมการการทำนายคือ ความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแล =  $0.909 - 0.414$  พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล -  $0.306$  การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ + ความคลาดเคลื่อน

### 1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลอนามัยชุมชนที่เยี่ยมบ้านในครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านพ้นจุดวิกฤติ ควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล ซึ่งทำได้โดยการมีช่องทางให้ผู้ดูแลได้ติดต่อกับพยาบาลประจำครอบครัว เช่น line เบอร์โทรศัพท์ เพื่อเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแลว่าจะสามารถให้การดูแลอย่างดีได้ในทุกสภาวะ และควรมีการประชุมสมาชิกครอบครัว เพื่อร่วมวางแผนการดูแลบทบาทของสมาชิกครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุน มากขึ้น เช่น เวลาและเงินช่วยเหลือจากสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว รวมถึงควรให้การสนับสนุนทางสังคมในการช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ โดยสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลในด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และด้านการสะท้อนคิด

### 2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยเพื่อเพิ่มการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกันของสมาชิก โดยเฉพาะสามีภรรยา เพราะเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลกันและกันในช่วงวัยผู้สูงอายุของชีวิตคู่

2.2 การวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ดูแลที่ยังต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เนื่องจากข้อมูลนี้

ได้จากการสัมภาษณ์ในงานวิจัย พบว่า โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นบุตร จะมีปัญหาด้าน Role conflict ได้

2.3 การทำนายที่พบจากงานวิจัยนี้มีร้อยละ 57.5 จึงควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาตัวแปรที่สามารถทำนายได้มากขึ้น ซึ่งจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยคิดว่า 2 ตัวแปรที่พบยังต้องการ การขยายความองค์ความรู้ที่แฝงอยู่ให้มากขึ้น เพราะการสนับสนุนทางสังคม มีแนวคิดและมืองค์ประกอบที่หลากหลาย และยังต้องการยกระดับนโยบายเข้ามาเกี่ยวข้อง เนื่องจากการสนับสนุนด้านเงิน ด้านอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น ยา ผ้ารองเปื้อน อุปกรณ์ช่วยชีวิตอื่น ๆ รวมทั้งการสนับสนุนโดยตรงที่ผู้ดูแล โดยเฉพาะเงิน จำเป็นต้องเป็นการดำเนินการในระดับประเทศที่ต้องมีกลไกของการช่วยเหลือ ไม่ใช่ดำเนินการแบบตามมีตามเกิด คือ ถ้ามีการบริจาคจึงจะได้รับการสนับสนุน หรือสร้างแรงจูงใจให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือผู้ดูแล

## เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถิติสาธารณสุข 2562*. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก <https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/coverpage/fb2723a02584215397a686fd4f49b39a.pdf>

จุฑารัตน์ รังษา, ยุติ รัตจากภัย และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(6), 377-383.

ธีรนนท์ วรรณศิริ. (2562). พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 33(2), 76-95.

ในด้านการเงิน เช่น เป็นมาตรการด้านภาษี นำใบเสร็จ หรือค่าใช้จ่าย ไปหักลดหย่อนภาษีได้ เป็นต้น ดังนั้น ควรมีการศึกษาวิจัยระดับนโยบายในบริบทประเทศ โดยเฉพาะการมีผู้ดูแลในระบบสาธารณสุข (ผู้ดูแลที่เป็นทางการ) เข้ามาช่วยเหลือครอบครัว

2.4 ศึกษาเกี่ยวกับระบบ และกลไกในการช่วยเหลือในการให้คำปรึกษา เช่น รูปแบบพยาบาลครอบครัว หรือเทคโนโลยี AI ที่ช่วยตอบคำถามเบื้องต้นแก่ผู้ดูแลสายด่วนเพื่อสนับสนุนผู้ดูแล เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะสอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแล ที่พบว่าภาระการดูแลที่เกิดจากความไม่แน่นอนในการดูแลหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการในระยะท้ายของโรคทำให้เกิดความเครียดอย่างมากแก่ผู้ดูแล นอกจากนี้ระบบดังกล่าว ยังเหมาะสมกับสถานการณ์ที่ไม่ปกติ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเยี่ยมบ้าน เช่น การระบาดของโรคโควิด 19

นिरชา ภูธนารักษ์ และภักวีร์ นาคะวีโร. (2563). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 10(1), 1-11.

บุษยามาส บุศยารัตน์. (2561). ความต้องการการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลนครนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 37(2), 192-200.

ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *รามาชิปติพยาบาลสาร*, 20(1), 82-96.

- ยุทธอ เต้าแม่, วันธนี วิรุฬห์พานิช และพิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของมารดาที่มีเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 17(2), 27-42.
- ัจฉนา ถีละพัฒน และ สายพิณ หัตถิรัตน์. (2559). สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ “เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว (Working with caregiver burnout)”. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2016/06/12274#comment-0>.
- วิภา เพ็งเสงี่ยม. (2560). การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 18(3), 83-95.
- ศิริอร สีนรุ, ปทุมทิพย์ อุดลวัฒน์ศิริ, เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์, รามพร คงกำเนิด และวรรณวลี ศุขสวัสดิ์. (2563). *การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรุงเทพมหานคร*. สืบค้น จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5180?locale-attribute=th>.
- สุภาพร แนวบุตร. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(4), 30-40.
- สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และศุภกร วงศ์วัญญู. (2559). บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ การดูแลแบบประคับประคอง: การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(4), 104-121.
- สุวรรณณี ละออปกษิณ. (2562). *รายงานโครงการบริการวิชาการสู่สังคม 7 ปี การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเองของครอบครัวที่มีปัญหาโรคเรื้อรัง*. วิทยาลัยเซนต์หลุยส์: กรุงเทพฯ.
- สันติชัย ฉำจิตรชื่น. (2558). “Crisis Intervention”. สืบค้น จาก <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/Crisis%20Intervention.pdf>
- สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร. (2553). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพคนเมืองกรุงเทพมหานคร 2553-2556*. กรุงเทพฯ: สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล กรุงเทพมหานคร.
- อรุณี ชุณหบดี, ธิติรัตน์ สภานันท์, โรชนี อุปรา และสุนารีภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*. 21(1), 1-9.
- Aguilera D.C., and Messick J.M. (1982). *Crisis Intervention theory and methodology*. Missouri: The C.V. Mosby Company.
- Cameron, J.I., Naglie, G., Silver, F. L., & Gignac, M. A. (2013). Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum: A qualitative study using the timing it right framework. *Disability & Rehabilitation*, 35,315-324. doi:10.3109/09638288.2012.691937.

- Cohen J. (1997). *Statistical power for the behavioral sciences*. (2nd ed). NY: Academic Press.
- Dixey, R. (2013). *Health promotion: global principles and practice*. Wallingford, Oxfordshire: CABI.
- Gordon, JR., Pruchno, RA., Wilson-Genderson, M., Murphy, WM., and Rose, M. (2012). Balancing Caregiving and Work: Role Conflict and Role Strain Dynamics. *J Fam Issues*. 33(5), 662-689.
- Gottlieb, JL. (1985). *Social participation of individuals in four rural community of the northeast: rural sociology*. 4th ed. Columbia: University Missouri Press.
- House, JS. (2001). Social isolation kills-but how and why. *Psycho Med*, 63, 273-274.
- Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., Gorna, K., Jaracz, J., Moczko, J. & Kozubski, W. (2015). Burden in Caregivers of Long-Term Stroke Survivors: Prevalence and Determinants at 6 months and 5 Years After Stroke. *Patient Counselling and Health Education*, 98(8), 1011-1016.
- Kim, J., Han, Jeong Y., Shaw, BR., McTavish, FM., Gustafson DH. (2010). The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients' Emotional Well-being: Testing Mediation and Moderation Models. *J Health Psycho*, 15(4): 543-552.
- Liu, Z., Heffernan, C., Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*. 7(4): 438-445.
- Lundy, KS., & Janes, S. (2016). *Community Health Nursing: Caring for the Public's Health*. (3rd ed.). Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.
- Maurer, FA., & Smith, CM. (2013). *Community/public health nursing practice: health for families and populations* (5th ed.). St. Louis, Mo.: Elsevier/Saunders.
- Nickerson, C. (2021). *What is role strain? definition and examples*. Simply Psychology. Retrieved from: [www.simplypsychology.org/what-is-role-strain-in-sociology.html](http://www.simplypsychology.org/what-is-role-strain-in-sociology.html).
- Orem DE. (1980). *Nursing: concepts of practice* (2nd ed). New York: McGraw-Hill.
- Rohrbaugh, M. J. (2021). Constructing We-ness: A communal Coping Intervention for Couples Facing Chronic Illness. *Famjly Process*. 61(1), 17-31.
- Ryan & McKenna, H. (2013). Familiarity as a key factor influencing rural family cares' experience of nursing home placement of an older relative: a qualitative study. Retrieved from <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-252>.

- Seaward, BL. (2006). *Managing Stress: Principles and Strategies for Health and Wellbeing*. Portland, OR: Book News, Inc.
- Spreitzer, G. M. (1995). Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. *Academy of Management Journal*, 38(5): 1442-1465.
- Zarit, SH., Todd, PA., & Zarit, JM. (1986) Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. *Gerontologist*, 26, 260-266.



ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค  
ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุม  
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่  
**The Effect of Application of Protection Motivation Theory and  
Family Support in Blood Sugar Control Behavior among the New  
Diagnosed DM Type II**

ชัยณรงค์ นาคเทศ, พย.ม., Chainarong Naktes, M.N.S.<sup>1</sup>

วีณา เทียงธรรม, ส.ด., Weena Thiangtham, Dr.P.H.<sup>2\*</sup>

ปานัน พิทยภิญโญ, ปร.ด., Panan Pichayapinyo, Ph.D.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาลัทธิศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>1</sup>Master student, Master of Nursing Science, Mahidol University

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup>Associate Professor, Dr.P.H., Department of Public Health Nursing, Mahidol University

<sup>3</sup>รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>3</sup>Associate Professor, Ph.D., Department of Public Health Nursing, Mahidol University

\*Corresponding Author Email: weena.thi@mahidol.ac.th

Received: September 23, 2021

Revised: March 12, 2022

Accepted: June 10, 2022

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง และวัดซ้ำ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 64 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน ใช้ระยะเวลาศึกษา 8 สัปดาห์ เป็นระยะทดลอง 4 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย การทำกิจกรรมกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1 และการติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 จากนั้นเก็บข้อมูลหลังการทดลองและระยะติดตามผล ในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ตามลำดับ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (CVI = 0.92, Reliability = 0.90) วัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Repeated Measure ANOVA และ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ )

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว

## Abstract

This two-group quasi-experimental research using pre-test, post-test and follow - up design, aimed to study the effect of the application of protection motivation theory and family supports in blood sugar control behaviors among the new diagnosed DM type II. The sample was 64 type II diabetic patients in Bangkok, who were equally divided into two groups: an experimental group and comparison group. The research was conducted over a period of 8 weeks, 4 weeks were allotted for the intervention and another 4 weeks were provided for follow-up period. The experimental group was given the programs which consisted of educational sessions in a group discussion on the 1<sup>st</sup> week and followed-up by telemonitoring on the 2<sup>nd</sup> and the 3<sup>rd</sup> week. Onward, the data were collected in the post-test phase on the 4<sup>th</sup> week and follow-up phase on the 8<sup>th</sup> week. The questionnaire had been developed by the researcher's form related to prior literatures. All items are four rating scale questions (CVI = 0.92, Reliability = 0.90). Measuring was in the pre-test, post-test, and follow-up period. The statistical analysis was performed by using percentages, means, standard deviations, Chi-square tests, repeated measure ANOVA, and Independent t-test. The results found that the mean scores of the blood sugar control behaviors and blood sugar in the experimental group after the intervention were better than pre-experimental and the comparison group with statistical significance at  $p < .05$ .

**Keyword:** *New diagnosed DM type II, Protection motivation theory, family support*

## บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขในระดับโลก ปัจจุบันพบความชุกของโรคเบาหวานมากถึง 463 ล้านคน และกำลังเป็นปัญหาใหญ่ในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (International Diabetes Federation, 2019) สำหรับประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา มีแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่แตกต่างกับสถานการณ์ในระดับโลก พบอุบัติการณ์ของโรคมากถึง 503.58, 579.07 และ 552.89 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2559-2561 (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) สำหรับกรุงเทพมหานคร มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยพบความชุกของโรคมากถึง 1,129, 1,355 และ 1,424 ต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2555, 2559 และ 2561 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสังคม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ จะได้รับการดูแลตามระบบนัดในคลินิกโรคเรื้อรัง ซึ่งในระยะแรกจะได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาและติดตามนัดทุก 1-4 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะได้รับการติดตามนัดทุก 1-3 เดือน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) โดยจะได้รับความรู้และคำแนะนำในการดูแลตนเองระหว่างรอพบแพทย์ร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งยังขาดการฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยรายใหม่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำได้ เนื่องจากไม่ทราบว่าโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนมีความรุนแรง และคิดว่าภาวะแทรกซ้อนเป็นเรื่องไกลตัว

จึงไม่เห็นถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยมีวิถีการดำเนินชีวิตแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ ซึ่งจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคตได้แก่ จอประสาทตาเสื่อม ไตเสื่อม ประสาทส่วนปลายเสื่อม และโรคหัวใจและหลอดเลือด (เทพ หิมะทองคำ และคณะ, 2557) ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรงเพิ่มภาระการดูแลและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ (ดวงหทัย แสงสว่าง, อโณทัย ผลิตนนท์เกียรติ, และนิลาวรรณ งาข่า 2561) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1983) โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการประเมินภาวะคุกคามทางสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยง โดยการสื่อสารให้เกิดความกลัว ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามดังกล่าว จึงเห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาด้านการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการฝึกทักษะพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน จำเป็นต้องใช้แรงสนับสนุนจากภายนอกร่วมด้วยโดยเฉพาะจากครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยรายใหม่อาศัยอยู่ในชุมชนและครอบครัวเป็นหลัก ครอบครัวจึงมี

หน้าที่สำคัญในการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (วีณา เทียงธรรม, สุนีย์ ละกะปิ่น, และ อภาพร เผ่าวัฒนา, 2557) และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (นวลอนงค์ ศรีสุกใส, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 2001) โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินค่าจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยรายใหม่ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนมากขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูโดยมุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยรายใหม่ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงได้และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในอนาคต (American Diabetes Association, 2019) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทาง

สังคมจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่

## สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers, 1983) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 2001) โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินค่า

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลัง และวัดซ้ำ (Two Group Pretest - Posttest Design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ เก็บข้อมูล 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ใน

ชุมชนเมือง เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากหลักการอำนาจทดสอบ โดยการประมาณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน (คณิตตา อินทบุตร และคณะ, 2560) กำหนด Power เท่ากับ .80 และ Alpha เท่ากับ .05 และเปิดตารางโคเฮิน (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Jantraporn, R. et al., 2019) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกชุมชนเมืองในเขตธนบุรี ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน 2 แขวง แบบเฉพาะเจาะจง จากนั้นรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยจากอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 130 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก 95 คน จากนั้นทำการสุ่มรายชื่อโดยการจับสลากแบบไม่คืนที่จนได้กลุ่มตัวอย่างครบกลุ่มละ 32 คน เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานไม่เกิน 1 ปี 2) รักษาด้วยการรับประทานยาเท่านั้น 3) มีโทรศัพท์ที่ติดต่อสื่อสารได้ 4) มีสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม และ 5) สมารถใจและเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ 1) เจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ 2) เปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นยาฉีดอินซูลินระหว่างการศึกษาวิจัย 3) อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ และ 4) ขอลออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลส่วนตัวอื่น ๆ

2. เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นโดยการประยุกต์ข้อคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้าน **คุณลักษณะส่วนบุคคล** ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่างและเลือกตอบ (20 ข้อ) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

การมีโรคร่วม การอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว และระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม **การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (25 ข้อ)** ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การควบคุมอาหาร (14 ข้อ 56 คะแนน) 2) การออกกำลังกาย (2 ข้อ 8 คะแนน) 3) การรับประทานยา (6 ข้อ 24 คะแนน) และ 4) การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ (3 ข้อ 12 คะแนน) ซึ่งเป็นข้อความที่แสดงถึงพฤติกรรมการปฏิบัติพฤติกรรมลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ

ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามโดยการประยุกต์ข้อคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และหาค่าดัชนีความตรง (CVI) ได้ค่าเท่ากับ .92 และทดลองใช้แบบสอบถามกับประชากรที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ .90

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ใช้ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 “สายใยผูกพัน ป้องกันภัยเบาหวาน” ใช้เวลา 30 นาที เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกันระหว่างกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว โดยการนำเสนอสไลด์ประกอบการบรรยายและการอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจในบทบาทของการเป็นผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินค่า

กิจกรรมที่ 2 “เบาหวาน ไม่เบาใจ”

ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นกิจกรรมส่งเสริมการประเมินภาวะคุกคามทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเบาหวานและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยผู้วิจัยนำเสนอสไลด์ประกอบการบรรยาย เน้นการให้ข้อมูลด้านความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน มีรูปภาพและวีดิทัศน์ประกอบการนำเสนอตัวแบบทางลบ การแสดงบทบาทสมมติ การทบทวนพฤติกรรมเสี่ยงร่วมกับครอบครัว และการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นร่วมกัน

**กิจกรรมที่ 3 “ปรับเปลี่ยนเสี่ยงภัยเบาหวาน”** ใช้เวลา 2 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมส่งเสริมการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา เพื่อให้เกิดการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลให้เห็นถึงผลดีและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การเล่าประสบการณ์จากตัวแบบทางบวกที่ประสบความสำเร็จ และการฝึกทักษะที่จำเป็น ได้แก่ 1) ฝึกทักษะการเลือกประเภทและชนิดของอาหารที่เหมาะสมกับสถานะของโรคจากรูปภาพอาหาร 3 กลุ่ม คือ อาหารที่รับประทานได้ อาหารที่ต้องจำกัดจำนวน และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ร่วมกับฝึกทักษะการประมาณสัดส่วนของอาหารโดยการจัดประสบการณ์จริงให้ผู้ป่วยตักข้าวและอาหารที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมไว้ในปริมาณที่เหมาะสม 2) ฝึกทักษะการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมตามตัวต้นแบบ และ 3) ฝึกทักษะการอ่านฉลากยาและการจัดยาที่ถูกต้อง หลังจากนั้นจัดกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นร่วมกัน

**สัปดาห์ที่ 2 และ 3** การติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ใช้เวลาครั้งละ 10-15 นาทีต่อราย เพื่อติดตามและกระตุ้นเตือนการ

ปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน การให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาตามปัญหาที่พบ พร้อมทั้งให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

**สัปดาห์ที่ 4** เก็บข้อมูลหลังการทดลองใช้เวลา 2 ชั่วโมงโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง จากนั้นนำเสนอตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ ทบทวนการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร่วมกันอภิปรายปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ พร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไขและวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมร่วมกัน ผู้วิจัยให้คำแนะนำ กล่าวคำชมเชย และกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

**สัปดาห์ที่ 5-7** เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้านด้วยตนเองร่วมกับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในด้านการเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่

**สัปดาห์ที่ 8** เก็บรวบรวมข้อมูลระยะติดตามผล โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

**3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ MUPH 2020-115 เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 และในการเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการลงนามในเอกสารยินยอมตนอย่างอิสระ สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ภายหลังจากสิ้นสุดการศึกษา

**4. การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยแบบสอบถาม

ชุดเดียวกัน พร้อมกับบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) จากสมุดประจำตัวผู้ป่วย 3 ครั้ง ดังนี้ กลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 และเก็บข้อมูลครั้งที่ 3 เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ในส่วนของกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการเก็บข้อมูล 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8

5. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-Square, Repeated measure ANOVA และ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.6 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 68.8 ในกลุ่มเปรียบเทียบ และมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 65.4 ปี ในกลุ่มทดลอง และ 69.3 ปี ในกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 43.8 และร้อยละ 40.6 มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมขึ้นไป ร้อยละ 90.6 และร้อยละ 75.0 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของทั้งสองกลุ่มน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 71.9 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 163 mg/dl ในกลุ่มทดลอง และ 159 mg/dl ในกลุ่มเปรียบเทียบ และส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 mg/dl ร้อยละ 93.8 และร้อยละ 84.4 ตามลำดับ ซึ่งทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอาศัยอยู่กับบุตร

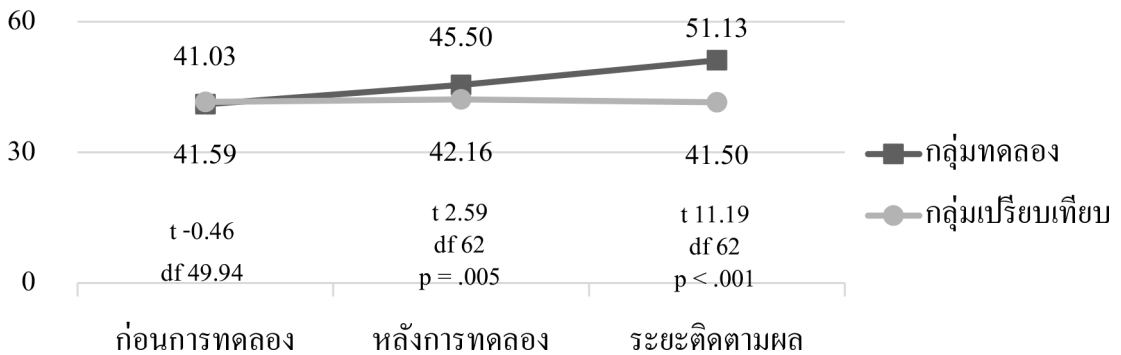
ร้อยละ 25.0 และร้อยละ 40.6 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว และระดับน้ำตาลในเลือดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ )

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยรายด้าน พบว่า

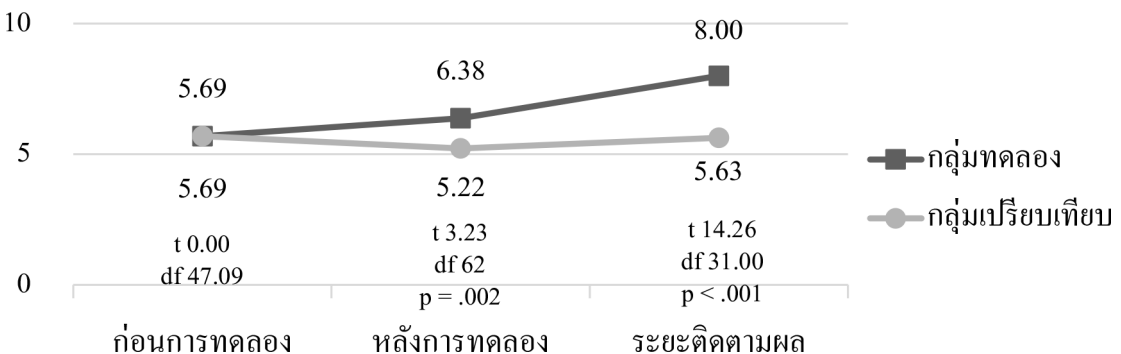
ด้านการควบคุมอาหาร กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = .005, p < .001$  ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน (ดังแผนภูมิที่ 1)

**แผนภูมิที่ 1** คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



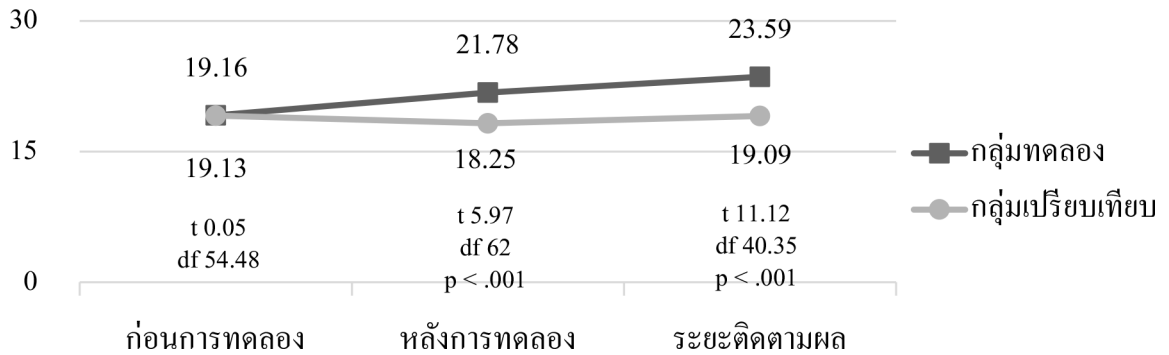
**ด้านการออกกำลังกาย** กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง แต่สูงขึ้นในระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = .002, p < .001$  ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน (ดังแผนภูมิที่ 2)

**แผนภูมิที่ 2** คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



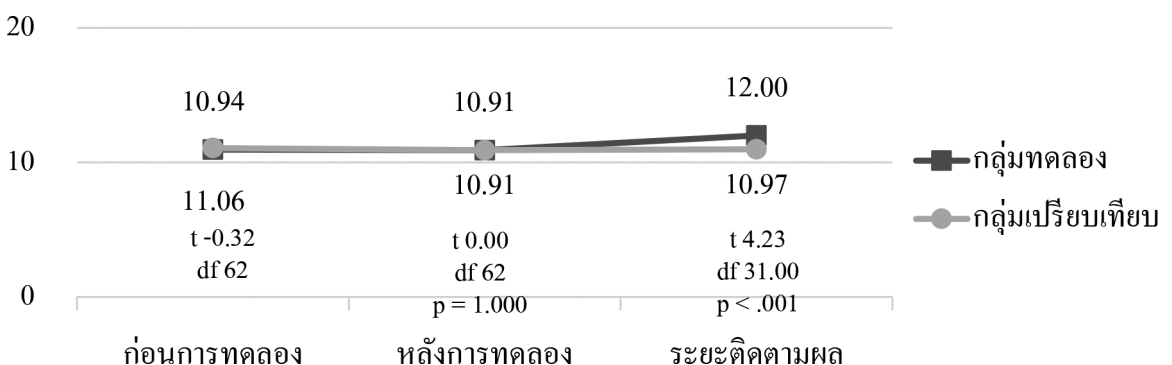
**ด้านการรับประทานยา** พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานยาในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานยาในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน (ดังแผนภูมิที่ 3)

**แผนภูมิที่ 3** คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานยา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



**ด้านการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่** พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ในระยะหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง แต่สูงขึ้นในระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน (ดังแผนภูมิที่ 4)

**แผนภูมิที่ 4** คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

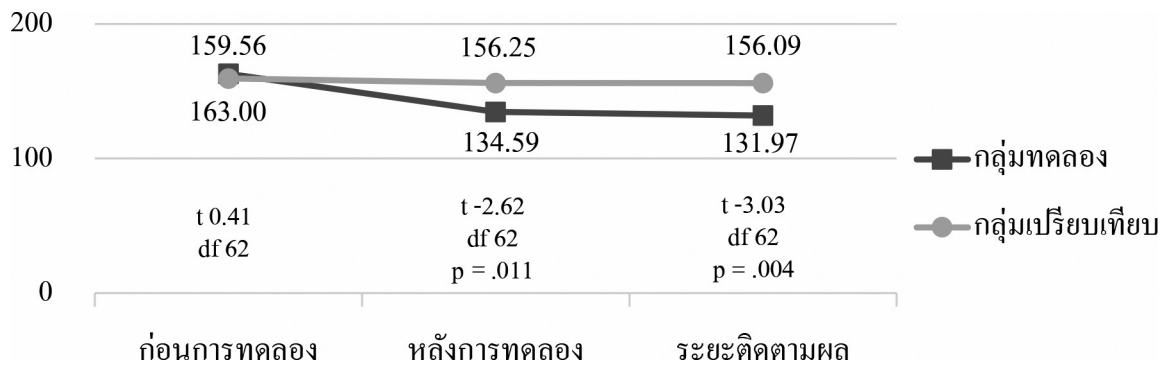


**3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล**

**ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)** พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในระยะหลังการทดลอง

และระยะติดตามผลลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) และลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = .011$ ,  $p = .004$  ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน (ดังแผนภูมิที่ 5)

**แผนภูมิที่ 5** ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล



**อภิปรายผลการวิจัย**

**1. ผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด** พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นจากกิจกรรมในโปรแกรมมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยการนำเสนอสไลด์ประกอบการบรรยาย เน้นการให้ข้อมูลด้านความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีรูปภาพและวิดีโอประกอบ การแสดงบทบาทสมมติเพื่อสร้างประสบการณ์ให้เผชิญกับภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การนำเสนอตัวแบบทางลบ การทบทวนพฤติกรรมเสี่ยงร่วมกับ

ครอบครัว และการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นร่วมกัน ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความกลัวในระดับที่สูงขึ้น และเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะคุกคามดังกล่าว จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์มากขึ้น ซึ่งเชื่อว่าบุคคลที่มีความกลัวในระดับสูงจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมมากกว่าบุคคลที่มีความกลัวเพียงเล็กน้อย (Conner & Norman, 2005) และการจัดกิจกรรมนำเสนอสไลด์ประกอบการบรรยายเกี่ยวกับประโยชน์และผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การเสนอตัวแบบทางบวกที่ประสบความสำเร็จ และการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มทดลอง

เกิดการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำเป็นประโยชน์ สามารถป้องกันอันตรายจากโรคเบาหวานได้ และการจัดกิจกรรมฝึกทักษะที่จำเป็นต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์รายบุคคลจากผู้วิจัย โดยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติพฤติกรรมที่บ้านตามปัญหาที่พบ และกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมในส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ได้ ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามได้ ซึ่งความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการกระตุ้นเตือนจากครอบครัวในระยะติดตามผลในด้าน การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ ผ่านความรัก ความผูกพันและการเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงแรงสนับสนุนที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์มากขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น จนกระทั่งสิ้นสุดการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย ศรีผา (2557) และเช่นเดียวกับ วิณา เทียงธรรม และคณะ (2554) ที่ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ ) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยรายด้าน พบว่า

คะแนนเฉลี่ยด้านการควบคุมอาหาร มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การกำหนดสัดส่วนของอาหารทั้งชนิด ประเภท ปริมาณ และความถี่ในการรับประทาน โดยการนำเสนอสไลด์ ประกอบการบรรยาย การแสดงความคิดเห็นถึงผลดีของการควบคุมอาหาร การฝึกเลือกชนิดและประเภทของอาหารจากรูปภาพอาหาร 3 กลุ่ม คือ อาหารที่รับประทานได้ อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องจำกัดจำนวน และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ร่วมกับการจัดประสบการณ์จริงให้ฝึกทักษะการตัดอาหารในสัดส่วนที่เหมาะสม อีกทั้งยังได้รับการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจากบุคคลในครอบครัว และการติดตามกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยผ่านทางโทรศัพท์ เป็นรายบุคคล

คะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกาย มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทั้งความถี่ ระยะเวลา และรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสถานะของโรค เช่น การเดินเร็ว การเดินแอโรบิก และกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเลือกรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองไปปฏิบัติ การเสนอตัวแบบการออกกำลังกาย และการจัดประสบการณ์จริงโดยการฝึกทักษะการออกกำลังกายร่วมกัน อีกทั้งยังได้รับการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจากบุคคลในครอบครัว และการติดตามกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยผ่านทางโทรศัพท์ เป็นรายบุคคล

คะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานยา มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา โดยเน้นย้ำการรับประทานยาที่ถูกต้องตามแพทย์สั่งทั้งชนิด ขนาด จำนวน วิธีการและระยะเวลาในการรับประทาน โดย

การนำเสนอสไลด์ประกอบการบรรยาย การยกตัวอย่างกรณีที่ลิ้มรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ถูกต้อง และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน รวมถึงการจัดประสบการณ์จริงให้ฝึกทักษะการจัดการจากฉลากยาที่ได้จัดเตรียมไว้ ซึ่งระบุชนิด ขนาด จำนวน วิธีการและระยะเวลาในการรับประทาน อีกทั้งยังได้รับการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจากบุคคลในครอบครัว และการติดตามกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยผ่านทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคล

คะแนนเฉลี่ยด้านการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ มีการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมที่เน้นการให้ข้อมูลด้านโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อภาวะการเจ็บป่วย หากยังคงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ และประโยชน์หรือผลดีในการควบคุมโรคหากเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือการหลีกเลี่ยงสูบบุหรี่ได้ โดยการนำเสนอสไลด์ประกอบการบรรยาย การเล่าประสบการณ์จากสมาชิกที่สามารถเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และเลิกสูบบุหรี่ได้ และการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ร่วมกับการติดตามกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยผ่านทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคล อีกทั้งยังได้รับการกระตุ้นเตือนจากครอบครัวในระยะติดตามผลด้วยความรัก ความห่วงใยและการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์มากขึ้น

## 2. ผลของโปรแกรมต่อระดับน้ำตาลในเลือด

พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในด้านการควบคุมอาหารโดยเฉพาะอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลสูง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย

สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ร่วมกับการรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจาก 163 mg/dl (ก่อนการทดลอง) ลดลงเหลือ 134.59 mg/dl และ 131.97 mg/dl ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ตามลำดับ ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวรับรู้ถึงบทบาทของการเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม และสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะของโรค ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างต่อเนื่องและลดลงได้ใกล้เคียงกับเกณฑ์การควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คณิตตา อินทุบุตร และคณะ (2560) พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ ) แต่อย่างไรก็ตามค่าระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มลดลงอย่างมากแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ปกติ อาจเกิดจากการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาศึกษาเพียง 8 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ปกติ ร่วมกับค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้จากสมุดประจำตัวมีการตรวจวัดในช่วงเวลาที่ต่างกันทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้ไม่ปัจจุบัน อาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในภาพรวมได้

## ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเสนอตัวแบบทั้งทางบวกและทางลบ และการแสดงบทบาทสมมติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและสามารถควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อีกทั้งยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ทั้งในชุมชนและในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยปรับเนื้อหาให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับโรคต่าง ๆ ตามบริบทของแต่ละพื้นที่

2. จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และบริการด้านสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและทั่วถึง ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในปัจจุบัน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาศึกษาเพียง 8 สัปดาห์ ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกเท่านั้น ควรมีการศึกษาพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาว และติดตามค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด เพื่อติดตามความยั่งยืนในการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย

2. การศึกษานี้ควรเน้นการจัดการจัดกิจกรรมฝึกทักษะการเลือกประเภท ชนิด และการประมาณสัดส่วนของอาหาร เนื่องจากพฤติกรรมการควบคุมอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงได้

3. การศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้จากสมุดประจำตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ตรวจวัดในช่วงเวลาที่ต่างกัน อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้นการศึกษานี้ควรตรวจวัดค่าระดับน้ำตาลในเลือดในวันที่ทำการศึกษาวิจัยเพื่อลดความคลาดเคลื่อนและได้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่เป็นปัจจุบัน

4. การศึกษานี้ผู้วิจัยกระตุ้นให้บุคคลในครอบครัวให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย แต่ไม่ได้ติดตามผลการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นในการศึกษานี้ควรมีการติดตามและบันทึกผลการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวร่วมด้วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ยั่งยืน

## เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *Health Data Center (HDC)*.

สืบค้นจาก [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=eeeab22e386d32e7f5f5ecefcbce0001](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=eeeab22e386d32e7f5f5ecefcbce0001)

กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559-2561 (เบาหวาน)*.

สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>

คณิตดา อินทบุตร, สุรินธร กลัมพากร, และปาหนัน พิทยภิญโญ. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(2), 11-27.

ดวงหทัย แสงสว่าง, อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, และนิลววรรณ งาขำ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางปูใหม่ จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารวิจัยและส่งเสริมสุขภาพ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 8(1), 103-117.

เทพ ทิมะทองคำ, รัชตะ รัชตะนาวิน, และธิดา นิงสานนท์. (2557). *ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด.

นวลอนงค์ ศรีสุกใส. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(1), 60-69.

วิชัย ศรีผา. (2557). ผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอไชยพิสัย จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 8(3), 268-278.

วีณา เทียงธรรม, จันทิมา เนียมโกคะ, อาภาพร เผ่าวัฒนา, และสุธรรม นันทมงคลชัย. (2554). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(2), 149-160.

วีณา เทียงธรรม, สุนีย์ ละกะปັນ, และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2557). *การพัฒนาศักยภาพชุมชน: แนวคิดและการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 4 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์คอปอเรชั่น จำกัด.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือบริหารงานงบกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.

American Diabetes Association. (2019). Standards of Medical Care in Diabetes -2019. *The journal of clinical and applied research and education*, 42(1), 1-193.

- Conner, M. & Norman, P. (2005). *Predicting Health Behavior* (2<sup>nd</sup>). New York: UK by Bell & Bain Ltd, Glasgow.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral sciences*. (2<sup>nd</sup>). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- House, J. S. (2001). Social isolation kills, but how and why?. *Psychosomatic medicine*, 63(2), 273-274.
- International Diabetes Federation. (2019). IDF Diabetes Atlas 9th edition 2019. *Western Pacific*. Retrieved from [https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302\\_133351\\_IDFATLAS9e-final-web.pdf](https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf)
- Jantraporn, R., Pichayapinyo, P., Lagampan, S., & Mayurasakorn, K. (2019). Effects of carbohydrate reduction program and telemonitoring on glycosylated hemoglobin in patients with poorly controlled type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 102(5), 523-529.
- 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*. New York: Guilford.



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงตามแบบแผนความเชื่อ  
ด้านสุขภาพ ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาคาทอลิก  
ในประเทศไทย

**Factors Predicting Hypertension Preventive Behaviors based on  
Health Belief Model Among Undergraduate Students in Catholic  
Higher Education Institutions of Thailand**

มงคล การุณงามพรรณ, วท.ม., Mongkol Karoonngamphan, M.Sc.<sup>1\*</sup>

อชมา ชื่นบุญ, ประ.ด., Athcha Chuenboon, Ph.D.<sup>2</sup>

ศรัณยู พงศ์ประเสริฐสิน, ศษ.ม., Saranyu Pongprasertsin, M. Ed.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

<sup>1</sup>Assistance Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., สำนักวิชาศึกษาทั่วไป วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

<sup>2</sup>Assistance Professor, Ph.D., School of General Education, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

<sup>3</sup>อาจารย์, หลักสูตรการศึกษาระดับบัณฑิต สาขาวิชาคริสตศาสนศึกษา วิทยาลัยแสงธรรม

<sup>3</sup>Lecturer, Bachelor of Education in Christain, Saengtham College, Sampran, Nakhon Pathom

\*Corresponding author: mongkol@slc.ac.th

Received: February 1, 2022

Revised: March 28, 2022

Accepted: June 10, 2022

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของนักศึกษาระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาคาทอลิกแห่งประเทศไทย จำนวน 700 คน เครื่องมือวิจัยเป็นชุดคำถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีความตรงของแบบสอบถามเท่ากับ .93, 1.00 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 และ .76 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.00, S.D. = 0.52) คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  = 2.83, S.D. = 0.32) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วม ได้แก่ เงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน (ต่ำกว่า 5,000 บาท) ชั้นปี (1) เพศ (ชาย) และการจำตัวเลขความดันโลหิตของตนเองได้ สามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 19 ( $R^2 = 0.19$ ,  $F = 18.21$ ,  $p < .05$ ) โดยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงมากที่สุด ( $\beta = -0.31$ ) รองลงมาคือการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ( $\beta = 0.21$ ) **ข้อเสนอแนะ** ควรเสริมปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติฯ พร้อมทั้งลดทอนปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติฯ เพื่อเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในนักศึกษาระดับปริญญาตรี โดยเฉพาะเพศหญิง ระดับชั้นปี 2 ถึง 4

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ นักศึกษาระดับปริญญาตรี

### Abstract

This study was a descriptive research. The purpose of this study was to examine hypertension preventive behaviors and health belief and to predict hypertension preventive behaviors based on health belief model among undergraduate students. The samples were 700 undergraduate students in Catholic higher education institutions. The research tools were a set of questions consisting of personal data, health belief, and hypertension preventive behaviors. The content validity of the questionnaires was .93 and 1.00. Its reliability was .84 and .76. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, and multiple regression.

The results showed that health belief was at a moderate level ( $\bar{X}$  = 3.00, S.D. = 0.52). Hypertension preventive behaviors were at a good level ( $\bar{X}$  = 2.83, S.D. = 0.32). The health belief model and common factors are money received for monthly expenses (less than 5,000 baht), class year (freshman), male gender and remembering their blood pressure numbers, which could predict hypertension preventive behavior with about 19.0% of the variance ( $R^2 = 0.19$ ,  $F = 18.21$ ,  $p < 0.01$ ). The strongest predictors of hypertension preventive behaviors were perceived barriers to hypertension preventive behaviors ( $\beta = -0.31$ ) followed by perceived benefits of hypertension preventive behaviors ( $\beta = 0.21$ ). This finding suggests that the perception of the benefits of the practice should be promoted as well as reducing the perceived factors of obstacles to the practice as a basis for promoting hypertension preventive behaviors in undergraduate students especially females in sophomore, junior, and senior.

**Keywords:** hypertension preventive behaviors, health belief model, undergraduate students

## บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เปรียบเสมือนเพชฌฆาตเงียบ (silent killer) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีหลักฐานที่บ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ที่ความดันโลหิตสูงในวัยเด็กและวัยรุ่นจะสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต (Azegami, Uchida, Tokumura, & Mori, 2021) นักศึกษาระดับปริญญาตรี (undergraduate students) เป็นวัยต่อระหว่างวัยรุ่นตอนปลาย (late-adolescent) กับวัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยหนุ่มสาว (young adult) มีอายุอยู่ในช่วง 18-24 ปี เป็นช่วงระยะการเปลี่ยนผ่านจากบทบาทนักเรียนชั้นมัธยมปลายเป็นนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสภาพสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยจากบ้านมาอยู่หอพัก รวมทั้งสิ่งแวดล้อมของสถานศึกษา และเป็นช่วงวัยที่ต้องใช้เวลาในการเรียนบริบทเหล่านี้เป็นปัจจัยกำหนดวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ

การสำรวจพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชากร ปี พ.ศ.2560 พบว่ากลุ่มอายุ 15-24 ปี มีพฤติกรรมบริโภคไม่เหมาะสม ดังนี้ 1) นิยมเติมน้ำปลาหรือซีอิ๊วเป็นอันดับแรกก่อนที่จะรับประทานอาหารถึงร้อยละ 63.8 2) รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง 1-2 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 54.2 3) บริโภคอาหารทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบถึงร้อยละ 76.6 4) มากถึงร้อยละ 41.4 ที่บริโภคกลุ่มอาหารประเภทจานด่วนทางตะวันตกที่เรียกว่าฟาสต์ฟู้ดอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง 5) บริโภคผักและผลไม้สดทุกวันเพียงร้อยละ 34.3 และ 6) บริโภคอาหารสำเร็จรูป ร้อยละ 74.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) มีกิจกรรมทางกายเพียงพอร้อยละ 70 และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ ร้อยละ 15.4 สูบบุหรี่ และร้อยละ 23.9 ดื่มสุรา (สถาบันวิจัยประชากรสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

จากพฤติกรรมบริโภคไม่เหมาะสม ประกอบกับการมีพฤติกรรมเสี่ยง คือดื่มสุราและสูบบุหรี่ รวมทั้งมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะก่อนความดันโลหิตสูงและต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีการศึกษาพบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศกลุ่มอาเซียน มีความชุกของภาวะก่อนเป็นความดันโลหิตสูงในภาพรวมร้อยละ 19 โดยประเทศไทยมีความชุกมากที่สุดคือร้อยละ 18 (Peltzer et al., 2017) และการศึกษาของ จินดารัตน์ สมใจนิก และจอม สุวรรณโณ (2563) พบว่ากลุ่มวัยรุ่นร้อยละ 35.07 มีค่าความดันโลหิตค่อนข้างสูง และร้อยละ 26.67 มีภาวะความดันโลหิตสูง สรุปได้ว่านักศึกษาระดับปริญญาตรีมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง จึงจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงด้วยกลยุทธ์ที่เหมาะสม

ปัจจุบันทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Becker (1974) ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการสร้างเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค โดยทฤษฎีกล่าวว่าคุณค่าที่รับรู้ว่าคุณค่ามีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพอย่างรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันให้คุณค่าผู้นั้นปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยจะทำการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติฯ กับการรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติฯ แล้วจึงตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อเป็นตัวเร่งและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยในฐาน PubMed และ CINAHL 10 ปี หลังมานี้ทั้งในและต่างประเทศ ไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการป้องกันความดันโลหิตสูงในนักศึกษาปริญญาตรีที่ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพ ปัจจุบันจึงขาดข้อมูลแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพที่จะนำมาใช้ในการวางแผนเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงในนักศึกษาปริญญาตรี ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในนักศึกษาระดับปริญญาตรี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการจัดการสุขภาพเชิงรุกและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาคาทอลิกในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาคาทอลิกในประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาคาทอลิกในประเทศไทย

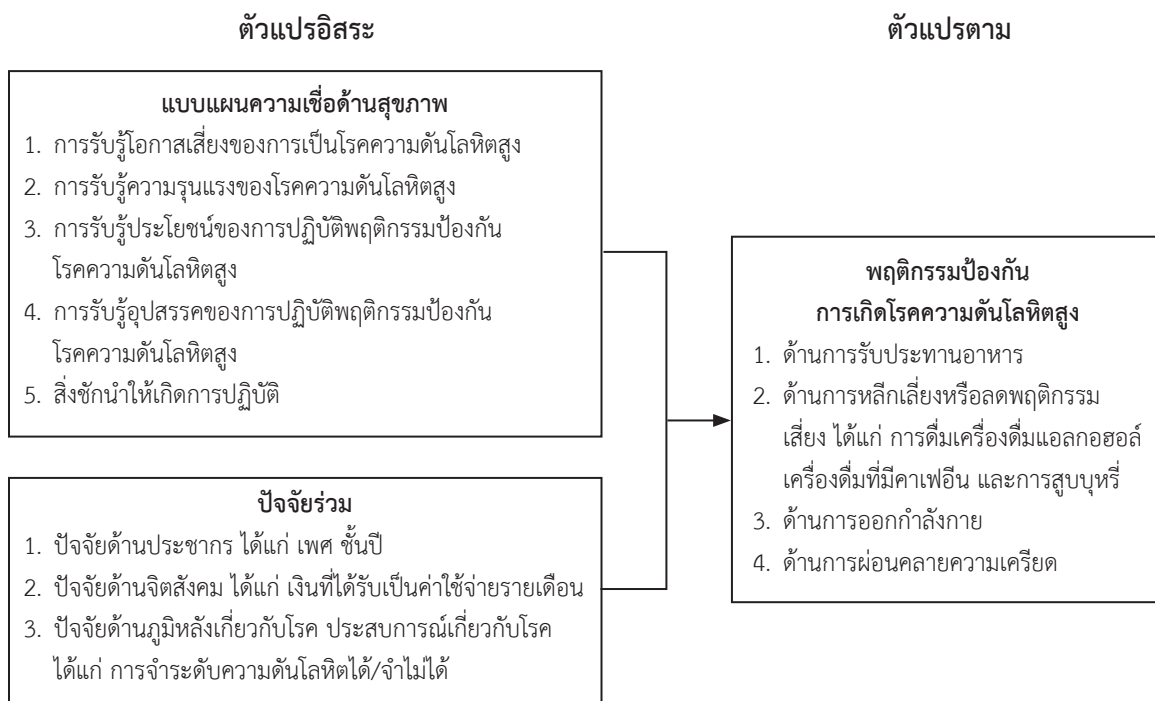
### สมมติฐานการวิจัย

มีปัจจัยอย่างน้อยหนึ่งองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงของนักศึกษาระดับ

ปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาคาทอลิกในประเทศไทย ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### กรอบแนวคิดการวิจัย

บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร ขึ้นอยู่กับการรับรู้ภาวะเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่รับรู้ว่ามี ความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะทำการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ กับการรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติ แล้วจึงตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ พฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อเป็นตัวเร่งและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติประกอบด้วยปัจจัยภายใน เช่น อาการของโรค ปัจจัยภายนอก เช่น การกระตุ้นจากสื่อสารสนเทศ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ การเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วมด้านต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ด้านจิตสังคม และด้านภูมิหลังเกี่ยวกับโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Becker, 1974) ดังนั้น การรับรู้ในด้านต่าง ๆ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมด้านต่าง ๆ จะเป็นปัจจัยกำหนดให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ โดยแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ตามกรอบแนวคิดงานวิจัย (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของงานวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ดำเนินการวิจัย ดังนี้

**1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1-4 ในสถาบันอุดมศึกษาคาทอลิกในประเทศไทย จำนวน 5 สถาบัน ได้แก่ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ มหาวิทยาลัยเซนต์จอห์น วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ วิทยาลัยแสงธรรม และวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา รวมทั้งสิ้น 11,534 คน (กองระบบและบริหารข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane (1973) ด้วยความเชื่อมั่น 95 % และที่ระดับความคลาดเคลื่อน 4% ต้องการกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดเท่ากับ 592 คน ทำการสุ่มตามโควตาชั้นปีที่ 1-4 ชั้นปีละ 175 คน

รวมทั้งสิ้น 700 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายครอบคลุมทุกกลุ่มสาขาวิชา

## 2. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย เคารพในสิทธิส่วนบุคคลโดยการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลงานวิจัยในภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคล และพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยตามหลักความอิสระในการตัดสินใจโดยแจ้งสิทธิการตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม และหลักผลประโยชน์ โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ตามเอกสารเลขที่รับรอง E. 009/2564 ลงวันที่ 3 สิงหาคม 2564

## 3. เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นชุดคำถาม ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ คณะวิชา สถาบันที่ศึกษา ชั้นปีที่ศึกษา เงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน การจำระดับความดันโลหิตได้/จำไม่ได้

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลโดยคะแนนเฉลี่ยที่ได้แบ่งเป็น 5 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80, 1.81-2.60, 2.61-3.40, 3.41-4.20 และ 4.21-5.00 หมายถึงระดับแบบแผนความเชื่อระดับน้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ลักษณะของคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าจำนวน 4 คำตอบ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ และปฏิบัติ 5 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ การแปลผลโดยคะแนนเฉลี่ยที่ได้แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75, 1.76-2.50, 2.51-3.25 และ 3.26-4.00 หมายถึงปฏิบัติได้ไม่ดี, ปฏิบัติได้พอใช้, ปฏิบัติได้ดี และปฏิบัติได้ดีมาก ตามลำดับ

#### 4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**4.1 การหาค่าความตรง (validity)** คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษา วิเคราะห์หาค่า CVI (content valid index) ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงได้เท่ากับ .93 และ 1.00 ตามลำดับ

**4.2 การหาค่าความเที่ยง (reliability)** คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับนักศึกษาปริญญาตรีในสถาบันคาทอลิก จำนวน 45 คน

หาความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงได้เท่ากับ .84 และ .76 ตามลำดับ

#### 5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ส่งลิงค์ชุดคำถามซึ่งชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากงานวิจัย รายละเอียดของการตอบแบบสอบถาม และเมื่อตกลงเป็นผู้ให้ข้อมูลจึงเลือกให้ความยินยอม หลังจากนั้นจึงเข้าตอบชุดคำถาม ทำการเก็บข้อมูลระหว่าง 15 ตุลาคมถึง 15 ธันวาคม 2564 มีจำนวนชุดคำถามได้รับการตอบทั้งหมด 830 ฉบับ คณะผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของชุดคำถามทุกฉบับ ได้ชุดคำถามสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 700 ฉบับ

#### 5.1 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำเร็จรูป ด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression) แบบเข้าพร้อมกัน (enter method)

#### ผลการวิจัย

1. **ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง** ศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1-4 ชั้นปีละ 175 คน อายุเฉลี่ย 21.52 ปี (S.D. = 3.02) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.57 ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์มากที่สุดคือร้อยละ 49.14 สามารถจำระดับความดันโลหิตของตนเองได้ร้อยละ 55.14 และมีเงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทมากที่สุด คือร้อยละ 45.43

2. **แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ** แบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.00$ , S.D. = 0.52) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.94$ , S.D. = 0.91) รองลงมา คือด้านการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.46$ , S.D. = 1.10) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.64$ , S.D. = 0.78) และสองลำดับท้ายอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง ( $\bar{X} = 2.60$ , S.D. = 0.75) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ( $\bar{X} = 2.33$ , S.D. = 0.80)

**3. พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง** พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 2.83$ , S.D. = 0.32) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงด้านหลีกเลี่ยงหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 3.71$ , S.D. = 0.47) รองลงมา คือ ด้านการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.06$ , S.D. = 0.60) ด้าน

การรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 2.59$ , S.D. = 0.33) และลำดับสุดท้าย คือ ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 1.95$ , S.D. = 0.85)

**4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาคาทอลิกในประเทศไทยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01** สองลำดับแรก ได้แก่ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางลบ ( $r = -0.29$ ) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวก ( $r = 0.18$ ) และปัจจัยร่วมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สองลำดับแรก ได้แก่ เงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน (ต่ำกว่า 5,000 บาท) มีความสัมพันธ์ทางบวก ( $r = 0.16$ ) และชั้นปีที่ 1 มีความสัมพันธ์ทางบวก ( $r = 0.15$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ค่า r) ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงโดยรวม	
	r	p-value
<b>แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ</b>		
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	-0.13	0.00**
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	0.08	0.03*
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง	0.18	0.00**
ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	-0.29	0.00**
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ	-0.01	0.88
<b>ปัจจัยร่วม</b>		
เพศ (ชาย)	0.11	0.00**
ชั้นปี (1)	0.15	0.00**
เงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน (ต่ำกว่า 5,000 บาท)	0.16	0.00**
การจำตัวเลขความดันโลหิตของตนเองได้	0.05	0.25

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

ตารางที่ 2 ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	b	SE <sub>b</sub>	β	t	p-value
(Constant)	2.72	0.07		38.36	0.00
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	-0.05	0.02	-0.11	-2.86	0.00**
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง	0.02	0.01	0.06	1.57	0.12
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง	0.07	0.01	0.21	5.40	0.00**
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	-0.13	0.02	-0.31	-8.42	0.00**
สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ	0.06	0.02	0.16	3.97	0.00**
เพศ (ชาย)	0.07	0.03	0.09	2.60	0.01*
ชั้นปี (1)	0.08	0.03	0.11	2.99	0.00**
เงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน (ต่ำกว่า 5,000บาท)	0.08	0.02	0.12	3.36	0.00**
การจำตัวเลขความดันโลหิตของตนเองได้	0.04	0.02	0.06	1.54	0.13

$R = 0.44$   $R^2 = 0.19$   $F = 18.21^{**}$   $SE_{est} = 0.29$

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

จากตารางที่ 2 พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมเป็นตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาคาทอลิกในประเทศไทย ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีอิทธิพลมากที่สุด ( $\beta = -0.31, p < .01$ ) รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ( $\beta = 0.21, p < .01$ ) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ( $\beta = 0.16, p < .01$ ) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ ( $\beta = -0.11, p < .01$ ) และ

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $\beta = 0.06, p = .12$ ) ปัจจัยร่วมได้แก่ เงินที่ได้รับเพื่อใช้จ่ายรายเดือน (ต่ำกว่า 5,000 บาท) ( $\beta = 0.12, p < .01$ ) ชั้นปี (1) ( $\beta = 0.11, p < .01$ ) เพศ (ชาย) ( $\beta = 0.09, p < .05$ ) และการจำตัวเลขความดันโลหิตของตนเองได้ ( $\beta = 0.06, p = .13$ ) ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาคาทอลิกในประเทศไทย ได้ร้อยละ 19 ( $R^2 = 19$ ) และสามารถเขียนเป็นสมการดังนี้

สมการถดถอยในรูปแบบมาตรฐาน

$$Z_{\text{พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง}} = -0.31 (Z_{\text{การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ}}) + 0.21 (Z_{\text{การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ}}) + 0.16 (Z_{\text{สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ}}) - 0.11 (Z_{\text{การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ}}) + 0.06 (Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรงของโรค}}) + 0.12 (Z_{\text{เงินที่ได้รับเพื่อใช้จ่ายรายเดือน(ต่ำกว่า 5,000 บาท)}}) + 0.11 (Z_{\text{ชั้นปี(1)}}) + 0.09 (Z_{\text{เพศ (ชาย)}}) + 0.06 (Z_{\text{การจำตัวเลขความดันโลหิตของตนเองได้}})$$

## อภิปรายผลการวิจัย

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแบบแผนความเชื่อสุขภาพรายด้านกระจายจากระดับมากไปจนถึงระดับน้อย โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมากและมีคะแนนมากที่สุด อภิปรายได้ว่า การรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคส่งผลต่อการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ดังเช่นที่พบในการศึกษาผลของการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในเจ้าหน้าที่ของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ประเทศอิหร่าน พบว่าภายหลังกลุ่มทดลองได้รับความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนเข้าโครงการ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$  (Azadi et al., 2021) ซึ่งใน

โลกยุคปัจจุบันบุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ได้สะดวก โดยผ่านทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ดังเช่นในต่างประเทศมีการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการใช้อินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กและเยาวชน พบว่าการใช้อินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับสุขภาพของวัยรุ่น เป็นการแสวงหาการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันและเพื่อศึกษาข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ (Park & Kwon, 2018) ในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันบรมราชชนก รู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับมาก (จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ, 2560) ในนักศึกษาระดับปริญญาตรีในสถาบันอุดมศึกษาคาทอลิกไม่มีการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ ร้อยละ 49.14 เป็นนักศึกษาพยาบาล จึงมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงจากรายวิชาในหลักสูตร และกลุ่มตัวอย่างทั้งนักศึกษา

พยาบาลและนักศึกษาคณะวิชาอื่น ๆ อาจเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคจากสื่ออินเทอร์เน็ต ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในวัยรุ่นใน Surakarta ของ Puspita, Tamtomo, and Indarto (2017) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 15-17 ปี มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงมากเป็น 2 ลำดับแรก

สำหรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีระดับคะแนนน้อยที่สุด คือการรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ อภิปรายได้ว่า ในปัจจุบันสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง เช่น โครงการรณรงค์เพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีคนวัยผู้ใหญ่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ดังนั้นอาจส่งผลให้สื่อสารสนเทศที่ผลิตขึ้นเพื่อรณรงค์ป้องกันความดันโลหิตสูง การจัดกิจกรรม รวมทั้งคำแนะนำต่าง ๆ จากบุคลากรการแพทย์ ซึ่งจัดเป็นสิ่งชักนำที่เป็นปัจจัยภายนอก จึงไม่ได้เฉพาะเจาะจงมากพอต่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นต่อวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จึงอาจทำให้ปัจจัยแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคล คือในกลุ่มตัวอย่างไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เช่น ไม่มีอาการของโรคความดันโลหิตสูง มีอิทธิพลมากกว่าสิ่งชักนำภายนอกซึ่งอาจมีไม่มากพอ จึงส่งผลให้การรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย แตกต่างจากการศึกษาของ Ghorbani-Dehbalaei, Loripoor, and Nasirzadeh (2021) ที่ทำการศึกษาบทบาทของความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของนักศึกษาหญิงที่ศึกษาระดับปริญญาตรีใน Rafsanjan University of Medical Sciences มีสิ่ง

ชักนำสู่การปฏิบัติมากเป็นลำดับลำดับที่ 4 รองจากการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

2. พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับดี สามารถอภิปรายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ประกอบกับมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ อยู่ในระดับน้อยจึงตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี ตามที่ Becker (1974) กล่าวไว้ว่าบุคคลจะทำการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ กับการรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติ แล้วจึงตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานีของฐปรัตน์ รักษภานุสิทธิ์, นฤมล จินเมือง, และนันทิยา ไข้อยิ่ง (2561) ที่พบว่าคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาระดับปริญญาตรีโดยรวมอยู่ในระดับดี ในงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงด้านการหลีกเลี่ยงหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เครื่องดื่มคาเฟอีน อยู่ในระดับดีมาก ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการผ่อนคลายความเครียดระดับดี และด้านการออกกำลังกายมีคะแนนน้อยที่สุดคือระดับพอใช้ สามารถอภิปรายได้ว่าการเรียนในระดับอุดมศึกษามีบทเรียนจำนวนมากขึ้นหรือมีความยากมากขึ้นกว่าระดับมัธยมศึกษา ทำให้ต้องใช้เวลามากขึ้นกับการศึกษาค้นคว้า ส่งผลให้ใช้เวลาในการออกกำลังกายลดลง ดังเช่นที่พบในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการออกกำลังกายของนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศไทยของ Piboon et al. (2020) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24 ไม่ออกกำลังกายในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ

38.25 ออกกำลังกายเดือนละ 1 ครั้ง และมีเพียงร้อยละ 8.25 ที่ออกกำลังกายทุกวัน เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Limaroon, Watakakosol, and Suttiwan (2019) พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 75 ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาทีด้วยความถี่อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จึงสรุปได้ว่าภาวะด้านการเรียนในระดับอุดมศึกษาที่มีมากกว่าในระดับมัธยมศึกษา เป็นปัจจัยส่งผลให้พฤติกรรมการออกกำลังกายลดน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่านักศึกษาระดับปริญญาตรีมีคะแนนด้านการออกกำลังกายน้อยที่สุด (ฐปรัตน์ รัชฎาภาณสิทธิ์, และคณะ, 2561; Nassar & Shaheen, 2014; Ghorbani-Dehbalaei et al., 2021) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์มากที่สุดคือร้อยละ 49.14 ซึ่งการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ต้องทำงานในช่วงกลางวัน สลับกับกลางคืน จะรบกวนนิสัยในการออกกำลังกาย เนื่องจากทำให้การออกกำลังกายเป็นไปด้วยความยากมากขึ้น (Kyle, Neall, & Atherton, 2016) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ อาจเป็นปัจจัยส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงด้านการออกกำลังกายเป็นด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุดโดยมีคะแนนอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยในจอร์แดนของ Nassar and Shaheen (2014) และในประเทศตุรกีของ Polat, Özen, Kahraman, and Bostanoğlu (2015) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวร่างกายมีคะแนนน้อยที่สุด

3. ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ลำดับแรก ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน

ความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง อภิปรายได้ดังนี้

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติฯ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง และเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ( $\beta = -0.31, p < .01$ ) โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง งานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติฯ อยู่ในระดับน้อย เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี ตามที่ Becker (1974) กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยด้านลบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยอุปสรรคที่รับรู้ อาจเป็นการรับรู้ถึงความไม่สะดวก ความยากในการปฏิบัติ ใช้เวลานานในการปฏิบัติ มีค่าใช้จ่ายมากในการปฏิบัติ หรือขาดปัจจัยที่จะเอื้อต่อการปฏิบัติ โดยบุคคลจะมีการชั่งน้ำหนักผลประโยชน์ที่คาดหวังของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยอุปสรรคที่บุคคลรับรู้ ดังนั้น หากบุคคลเห็นว่าอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ นั้นมีน้อย บุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ โดยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติฯ เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพ ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Puspita et al. (2017) ที่พบว่าอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมฯ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงของวัยรุ่นได้ ( $\beta = -0.15, p < .05$ )

การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติฯ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีอิทธิพลมากรองจากการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติฯ โดยเป็นปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ( $\beta = 0.21, p < .01$ ) งานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติฯ อยู่ในระดับมาก เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้มี

พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี ตามที่ Becker (1974) กล่าวว่าหากบุคคลเห็นว่าประโยชน์ในการปฏิบัติ มีมากกว่าอุปสรรคในการปฏิบัติ ก็จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดย Glanz, Rimer, and Viswanath (2008) กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ นั้นอาจไม่ได้หมายถึงเฉพาะการรับรู้ประโยชน์เชิงสุขภาพ เช่นรับรู้ว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมแล้วจะลดการคุกคามของโรคลงได้เท่านั้น แต่การรับรู้ประโยชน์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพอาจมีอิทธิพลต่อการที่บุคคลจะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้เช่นกัน การรับรู้ประโยชน์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ เช่น การประหยัดเงินเมื่อเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งพบว่าในงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงด้านหลีกเลี่ยงหรือลดพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และการสูบบุหรี่ โดยมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับดีมาก อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ประโยชน์จากการหลีกเลี่ยงหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงคือการประหยัดค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปเมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และการสูบบุหรี่ ซึ่งปัจจุบันมีราคาสูง ตัวอย่าง เช่น กาแฟเย็นในร้านสะดวกซื้อมีราคาขั้นต่ำประมาณ 25 บาทต่อแก้ว บุหรี่ที่ผลิตในประเทศไทยของละประมาณ 60 บาทเป็นอย่างต่ำ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์กระป๋องเล็ก ราคาประมาณ 60 บาทขึ้นไป โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์ที่มักต้องไปสถานที่เฉพาะเช่น ผับ บาร์ ซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มอีกมาก ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Puspita et al. (2017) ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงของวัยรุ่นได้ ( $\beta = 0.15, p < .05$ )

สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูง โดยเป็นปัจจัยทำนายที่มีความ

สัมพันธ์ทางบวก ( $\beta = 0.16, p < .01$ ) สอดคล้องกับที่ Becker (1974) กล่าวว่าสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ จะเป็นตัวเร่งและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม กล่าวคือแม้บุคคลจะมีความพร้อมในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมภายหลังจากที่ได้รับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วย และมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ยังคงมีอิทธิพลจากปัจจัยอื่นที่จะเป็นตัวกระตุ้นหรือตัวเร่งให้เริ่มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และยังเป็นปัจจัยที่ช่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นด้วย คือการมีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ที่เป็นปัจจัยภายใน เช่น อาการของโรค รวมทั้งสิ่งชักนำที่เป็นปัจจัยภายนอก เช่น การประชาสัมพันธ์ของสื่อ การให้คำแนะนำหรือกระตุ้นเตือนจากบุคลากรทางการแพทย์ ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Puspita et al. (2017) ที่พบว่าการรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงของวัยรุ่นได้ ( $\beta = 0.19, p < .01$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ghorbani-Dehbalaei et al. (2021) ที่ทำการศึกษาบทบาทของความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของนักศึกษาหญิงที่ศึกษาระดับปริญญาตรีใน Rafsanjan University of Medical Sciences พบว่าการรับรู้สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ( $\beta = 0.299, p < .001$ )

นอกจากปัจจัยทำนาย 3 ลำดับแรกดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีอีก 4 ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เรียงตามอิทธิพลจากมากไปหาน้อย ได้แก่ เงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน ชั้นปี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และเพศ อภิปรายได้ ดังนี้ **เงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน**ร่วมทำนาย

พฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงได้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีเงินที่ได้รับฯ ต่ำกว่า 5,000 บาทมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงโดยรวม และด้านหลีกเลี่ยงหรือลดพฤติกรรมเสี่ยง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเงินได้มากกว่า อาจอธิบายได้ว่าเมื่อมีจำนวนเงินที่ได้รับมาก่อนข้างจำกัดทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องใช้จ่ายเงินตามความต้องการพื้นฐานของชีวิตก่อน เช่น ค่าอาหารและบางส่วนใช้จ่ายตามความต้องการทางการศึกษา เช่น ค่าถ่ายเอกสาร เมื่อใช้จ่ายเงินไปกับความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตแล้ว จึงไม่เหลือเงินที่จะใช้จ่ายเพื่อซื้อเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ ซึ่งปัจจุบันมีราคาสูง สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมค่าใช้จ่ายเงินของนักศึกษาพยาบาล ของวัชรฯ สุขแท้, ศิริมา วงศ์แหลมทอง, และธนัชฌา ภัยพยบ (2562) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเงินจากผู้ปกครองน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จะแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายไม่พอใช้ด้วยวิธีการหลายอย่าง รวมทั้งละเว้นการซื้อของที่ไม่จำเป็น ขึ้นปีร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงได้ โดยกลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงโดยรวม ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกายมากกว่า ชั้นปีที่ 2-4 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษารามาธิบดี ของ ศิวาพร ทองสุข, พรรณวดี พุฒวัฒน์, และพิศสมัย อรทัย (2555) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่ยังไม่ได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลจะมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเหมาะสมกว่าชั้นปีที่ 2-4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าเมื่อเรียนในชั้นปีที่โตขึ้น มีบทเรียนที่ต้องเรียนรู้มากขึ้น ประกอบกับในหลายคณะวิชามีรายวิชาฝึกปฏิบัติงานซึ่งต้องใช้เวลาและความมุ่งมั่นในการเรียนมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งในงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างศึกษาอยู่ในคณะพยาบาลศาสตร์มากที่สุดคือร้อยละ 49.14 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในชั้นปีที่ 2-4

ที่ต้องปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยตั้งแต่เช้า หรืออยู่เวร บ่าย-ดึก ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดในการดำเนินชีวิต และเหลือเวลาในการดูแลตนเองน้อยลง จากการศึกษาเพื่อประเมินความเครียด ปัจจัยป้องกันและความผาสุกทางจิตใจของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ของ He, Turnbull, Kirshbaum, Phillips, and Klainin-Yobas (2018) พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่สูงกว่ามีความเครียดมากกว่า และมีความผาสุกทางจิตใจน้อยกว่า ส่งผลให้เลือกรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น (Elshurbjy & Ellulu, 2017; Choi, 2020; Ramón-Arбуés et al., 2021) การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ ร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงได้โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเป็นลบ กล่าวคือถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ อยู่ในระดับปานกลาง แต่คะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติฯ อยู่ในระดับน้อย ร่วมกับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติฯ อยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าในกลุ่มตัวอย่างนี้มีการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติฯ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติฯ เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลมากกว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับที่พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงมีบทบาทที่มีความสำคัญน้อยต่อทัศนคติในการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพของวัยรุ่น (Szabo, Piko, & Fitzpatrick, 2019) และปัจจัยสุดท้ายที่ร่วมทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือเพศ กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมและด้านการออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง และเพศทางเลือก สอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่องที่พบว่านักศึกษาระดับอุดมศึกษาเพศหญิงมีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อยกว่าเพศชาย (Sok et al., 2020; Huang, Yang, & Chiang, 2020; El Ansari, Ssewanyana & Stock, 2018) อาจเนื่องจากเพศหญิง

มีการรับรู้อุปสรรคในการออกกำลังกายมากกว่า ได้แก่ การไม่มีเวลา ไม่มีสถานที่และอุปกรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Joseph, Ainsworth, Keller, and Dodgson (2015)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรส่งเสริมปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติฯ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ พร้อมทั้งลดทอนปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติฯ เพื่อเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในนักศึกษาระดับปริญญาตรี เน้นการส่งเสริมพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โดยเฉพาะเพศหญิง ระดับชั้นปี 2 ถึง 4

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในรูปแบบงานวิจัยระยะยาว

(longitudinal design) และผสมผสานระหว่างงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (mixed method) เพื่อให้ได้รับข้อมูลเชิงลึกที่จะช่วยทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาปริญญาตรีได้มากขึ้น พร้อมทั้งศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย ความยาวรอบเอว ระดับความดันโลหิต และระดับความเครียด เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงและภาวะสุขภาพ

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอธิการบดี วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ได้กรุณาส่งเสริมและสนับสนุนงบประมาณในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ได้สละเวลาตอบแบบสอบถาม

## เอกสารอ้างอิง

- กองระบบและบริหารข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์การ  
อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.  
(2564). *จำนวนนักศึกษาทั้งหมด ปีการศึกษา  
2563*. สืบค้นจาก [http://www.info.mua.go.th/  
info/](http://www.info.mua.go.th/info/)
- จินดารัตน์ สมใจนึกและจอม สุวรรณโณ. (2563). ความ  
สัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะความดันโลหิตก่อน  
ข้างสูง และภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มวัยรุ่น  
ช่วงเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นตอนปลายสู่วัยผู้ใหญ่  
ตอนต้น. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*,  
31(2), 63-78.
- จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, จันทิมา เขียวแก้ว, พนิตนาฏ  
ชำนาญเสื่อ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จุฬารัตน์  
ห้าวหาญ, พรเลิศ ชุ่มชัย, ...ฉัตรทอง จารุพิสิฐ  
ไพบุลย์. (2560). ปัจจัยทำนายการรู้สารสนเทศ  
อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล  
วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก.  
*วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับ  
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(1), 235-248.
- ฐปรัตน์ รักษภานุสิทธิ์, นฤมล จินเมือง, และ นันทิ  
ยา ไชยนิ่ง. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.  
*วารสารวิทยบริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*,  
29(3), 170-178.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์ราฎ. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัย  
ทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:  
ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- วัชรา สุขแท้, ศิริมา วงศ์แหลมทอง, และรัชมา ภัยพบบ.  
(2562). การศึกษาพฤติกรรมการใช้จ่ายเงินของ  
นักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์.  
*บัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ วิทยาลัยสงฆ์นครสวรรค์*,  
7(2), 33-44.
- ศิวาพร ทองสุข, พรรณวดี พุฒวัฒน์, และพิศสมัย อรทัย.  
(2555). พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา  
พยาบาลรามาริบัติ. *รามาริบัติพยาบาลสาร*,  
18(2), 178-189.
- สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563).  
*สุขภาพคนไทย 2563: สองทศวรรษ ปฏิรูป  
การศึกษาไทย ความล้มเหลวและความสำเร็จ*.  
นครปฐม: อัมรินทร์พรินตัง แอนด์พับลิชชิง จำกัด  
(มหาชน).
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจพฤติกรรม  
การบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ.2560*. ค้น  
เมื่อ 15 เมษายน 2564 จาก [http://www.nso.  
go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขา  
สุขภาพ/Food\\_consumption\\_behavior\\_of\\_the  
\\_population/2560/รายงานฉบับสมบูรณ์.pdf](http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาสุขภาพ/Food_consumption_behavior_of_the_population/2560/รายงานฉบับสมบูรณ์.pdf)
- Azadi, N.A., Ziapour, A., Lebni, J.Y., Irandoost,  
S.F., Abbas, J., & Chaboksavar, F. (2021).  
The effect of education based on health  
belief model on promoting preventive  
behaviors of hypertensive disease in staff  
of the Iran University of Medical Sciences.  
*Archives of Public Health*, 79(69).

- Azegami, T., Uchida, K., Tokumur, M., & Mori, M. (2021). Blood pressure tracking from childhood to adulthood. *Frontiers in Pediatrics*, 9(785356), 1-7. doi: 10.3389/fped.2021.785356
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 409-419.
- Choi, J. (2020). Impact of Stress Levels on Eating Behaviors among College Students. *Nutrients*, 12(5): 1241.
- El Ansari, W., Ssewanyana, D., & Stock, C. (2018). Behavioral health risk profiles of undergraduate university students in England, Wales and Northern Ireland: A cluster analysis. *Frontiers in Public Health*, 6(120). doi: 10.3389/fpubh.2018.00120
- Elshurbjy, A.J., & Ellulu, M.S. (2017). Association between stress and dietary behaviors among university students\_Mini review. *Medical and Clinical Archives*, 1(2): 1-3.
- Ghorbani-Dehbalaei, M., Loripoor, M., & Nasirzadeh, M. (2021). The role of health beliefs and health literacy in women's health promoting behaviours based on the health belief model: a descriptive study. *BMC Women's Health* (2021) 21:421.
- Glanz, K., Rimer, B.K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and Hhealth Education: Theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- He, F. X., Turnbull, B., Kirshbaum, M. N., Phillips, B., & Klainin-Yobas, P. (2018). Assessing stress, protective factors and psychological well-being among undergraduate nursing students. *Nurse education today*, 68, 4-12.
- Huang, L., Yang, S.C., & Chiang, C.H. (2020). The Associations between Individual Factors, eHealth Literacy, and Health Behaviors among College Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6) 2108.
- Joseph, R.P., Ainsworth, B.E., Keller, C., & Dodgson, J.E. (2015). Barriers to Physical Activity Among African American Women: An Integrative Review of the Literature. *Women Health*, 55(6), 679-99.
- Kyle, G., Neall, R., & Atherton, I. (2016). Prevalence of overweight and obesity among nurses in Scotland: A cross sectional study using the Scottish Health Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 53: 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.015>
- Limaroon, N., Watakakosol, R., & Suttiwan, P. (2019). High-school Exercise Intention in Bangkok: An application of Health Belief Model. *PSAKU International Journal of Interdisciplinary Research*, 8(2), 70-77.
- Nassar, O.S., & Shaheen, A.M. (2014). Health-Promoting Behaviours of University Nursing Students in Jordan. *Health*, 6, 2756-63.

- Park, E., & Kwon, M. (2018). Health-Related Internet Use by Children and Adolescents: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e120. doi: 10.2196/jmir.7731.
- Peltzer, K., Pengpid, S., Sychareun, V., Ferrer, A.J., Low, W.Y., Huu, T.N., ... Turnbull, N. (2017). Prehypertension and psychosocial risk factors among university students in ASEAN countries. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17(1), 230-238.
- Piboon, K., Methaphat, C., Oupprawongsapat, D., Chaiklongkit, K., Arunrat, P., & Sukthong, N. (2020). Predicting factor of physical activity among university students, Thailand. *The Bangkok Medical Journal*, 16(1): 33-38.
- Polat, U., Özen, S., Kahraman, B.B., & Bostanoğlu, H. (2015). Factors affecting health-promoting behaviors in nursing students at a university in Turkey. *Journal of Transcultural Nursing*, 1-7. doi: 10.1177/1043659615569536
- Puspita, R.C., Tamtomo, D., & Indarto, D. (2017). Health Belief Model for the Analysis of Factors Affecting Hypertension Preventive Behavior among Adolescents in Surakarta. *Journal of Health Promotion and Behavior*, 2(2), 183-196.
- Ramón-Arбуés, E., Granada-López, J., Martínez-Abadía, B.M., Echániz-Serrano, E., Antón-Solanas I., & Jerue, B.A. (2021). Factors Related to Diet Quality\_ A Cross-Sectional Study of 1055 University Students. *Nutrients*, 13(10), 3512. <https://doi.org/10.3390/nu13103512>
- Sok, S., Pal, K., Tuot, S., Yi, R., Chhoun, P., & Yi, S. (2020). Health Behaviors among Male and Female University Students in Cambodia: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Environmental and Public Health*, (2020). 10 pages. <https://doi.org/10.1155/2020/6740236>
- Szabo, K., Piko, F.P., & Fitzpatrick, K.M. (2019). Adolescents' attitudes towards healthy eating: The role of self-control, motives and self-risk perception. *Appetite*, 143, 104416. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104416>
- Yamane, T. (1973). *Statistics, An introductory Analysis* (3rd ed.). New York, NY: Harper & Row.



การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ  
กิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของ  
ตนเองต่อระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2  
**Factor Path Analysis of Health Literacy, Self-care Activities,  
Diabetic Knowledge and Self-efficacy to Glycosylated Hemoglobin  
Level in the Elderly with type 2 Diabetes**

อะเคื้อ กุลประสูติติก, ปร.ด., Akua Kulprasutidilok, Ph.D.<sup>1\*</sup>

ประภาภรณ์ ประเสริฐสม, วท.ม., Prapaporn Prasertsom, M.S.<sup>2</sup>

ปณณัตต์ กุลประสูติติก, ว.อายุรศาสตร์., Poonnat Kulprasutidilok, Dip., Thai Bord of Intern Med.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร เขตบางเขน กรุงเทพฯ  
Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Science and Technology, Phranakhon Rajabhat University,  
Bangkhen, Bangkok

<sup>2</sup>อดีตนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี  
Retired Public Health Technical Officer, Expert Level, Pathumthani Province Health Office, Thailand

<sup>3</sup>อายุรแพทย์, โรงพยาบาลปทุมเวช จังหวัดปทุมธานี  
Medicine, Pathumvech Hospital, Thailand

\*Corresponding Author Email: akuakaew@gmail.com

Received: October 29, 2022

Revised: March 29, 2022

Accepted: June 10, 2022

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 380 คน ได้มาโดยการสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเบาหวาน แบบวัดกิจกรรมการดูแลตนเอง แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เส้นทาง ผลการวิจัย โมเดลเส้นทางปัจจัยมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ( $\chi^2=18.897$ ,  $df = 7$ ,  $\chi^2/df = 2.70$ ,  $GFI = 0.986$ ,  $CFI = 0.974$ ,  $AGFI = 0.945$ ,  $SRMR = 0.022$ ,

RMSEA = 0.05, p-value = .06) ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน ได้รับอิทธิพลทางตรงจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมการดูแลตนเอง และความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ -0.03, -0.03, -0.09, ตามลำดับ ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน ได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเบาหวาน ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ -0.01, -0.002 และ -0.009 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R-SQUARE) ของระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินเท่ากับ 0.013 แสดงว่าตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินได้ร้อยละ 1.3

**คำสำคัญ:** เส้นทางการปัจจัย ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน

### Abstract

This research aimed to analyze factor path of health literacy, self-care activities, diabetic knowledge, and self-efficacy to glycosylated hemoglobin level in the elderly with type 2 diabetes mellitus (T2DM). The samples of this research consisted of 380 elderly people with type 2 diabetes, selected by using multi-stage random sampling. The research tools used to collect data were diabetic health literacy scale, summary of diabetic self-care activity scale, diabetic knowledge questionnaire, and the Diabetic management self-efficacy scale. The statistics used to analyze data were percentage, mean, standard deviation, and path analysis. The results were found that the factor path model was consistent with the empirical data ( $\chi^2=18.897$ ,  $df = 7$ ,  $\chi^2/df = 2.70$ ,  $GFI= 0.986$ ,  $CFI=0.974$ ,  $AGFI =0.945$ ,  $SRMR=0.022$ ,  $RMSEA=0.05$ ,  $P value = .06$ ). The glycosylated hemoglobin level was directly influenced by health literacy, self-care activities and diabetic knowledge with the influenced sizes at -0.03, -0.03, and -0.09 respectively. Meanwhile, it was indirectly done by the same factors with the influenced sizes at -0.01, -0.002, and -0.009. The coefficient of prediction (R-SQUARE) of glycosylated hemoglobin level was at 0.013. This indicated that all variables could explain the variance of glycosylated hemoglobin level at 1.3 percentages.

**Keywords:** Factor path analysis, Elderly people with type 2 diabetes mellitus, Health literacy, Glycosylated hemoglobin

## บทนำ

สัดส่วนของประชากรที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นในหลายประเทศ และ 1 ใน 5 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นเบาหวาน (International Diabetic Federation: IDF, 2019) สำหรับในประเทศไทยกลุ่มผู้สูงอายุจะพบปัญหาสุขภาพจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเบาหวาน ในปี 2560 เพิ่มขึ้นราว 2 เท่าตัวเมื่อเทียบกับในปี 2545 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) โดยในกลุ่มอายุ 60-69 ปี พบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด (สุพัตรา ศรีวิมลชชากร, 2560) โรคเบาหวานจึงจัดได้ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในลำดับต้น ๆ ของประเทศ

จากงานวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีความสัมพันธ์กับ กิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน รวมทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลที่จะในการที่จะเข้าถึง ประมวลข้อมูล และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (U.S. Department of Health and Human Services, 2010; Institute of Medicine, 2004) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีการจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional literacy) ได้แก่ ทักษะการฟัง พูด อ่าน เขียน ซึ่งจำเป็นต่อความเข้าใจและการใช้ชีวิตประจำวัน 2) ระดับขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative Literacy) ได้แก่ ทักษะในการสื่อสาร การเลือกใช้ข้อมูล การจำแนกแยกแยะข้อมูล ข่าวสาร การเลือกใช้ข้อมูล 3) ระดับขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สามารถใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ (Nutbeam, 2000; 2008)

เมื่อพิจารณาทางคลินิก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นโครงสร้างที่สำคัญเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ทางคลินิกหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือ ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน (HbA1c) (Schillinger et al., 2002; Powell et al., 2007; Brega et al., 2012; van der Heide et al., 2014) ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน หมายถึง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมที่เกาะเม็ดเลือดแดง ในช่วง 2-3 เดือนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเกิดจากโมเลกุลของน้ำตาลจับกับ Hemoglobin ในเม็ดเลือดแดงโดยขบวนการ glycosylation กลายเป็น glycosylated hemoglobin จากข้อเสนอแนะของสมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2020) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ควรใช้การตรวจระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน เนื่องจากเป็นเครื่องมือหลักในการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างดี และสามารถทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างแม่นยำ โดยควรตรวจอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ในผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และปีละ 4 ครั้งในผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลยังไม่ดี เป้าหมายของระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน ควรต่ำกว่าร้อยละ 7 เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของ Microvascular ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1, 2 ในระยะเริ่มแรกของการเกิดโรค จากการศึกษาของ Stratton et al. (2000) พบว่า ความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน ถ้าระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน ลดลง 1% จะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ ไต ตา เส้นประสาท ได้ 37% ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน 21% ลดอัตราการตายที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานได้ 21%

ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน สัมพันธ์กับปัจจัยทางปัญญาสังคมโดยตรง และโดยอ้อม ผ่านตัวกลางได้แก่

กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Activities) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (Diabetes Knowledge) และ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) (Walker et al., 2014) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ส่งผลต่อระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน (Walker et al., 2014; Al-Khawaldeh, Al-Hassan, & Froelicher, 2012; Walker et al., 2014) ส่วนความรู้เรื่องโรคเบาหวานส่งผลต่อระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน คือ ถ้ามีความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่เพียงพอก็จะส่งผลให้ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินต่ำ (Bains & Egede, 2011) กิจกรรมการดูแลตนเองมีความเกี่ยวข้องกับระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน คือ ถ้ามีกิจกรรมการดูแลตนเองที่เพียงพอก็จะทำให้ควบคุมระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินได้ (Osborn et al., 2010; Lee et al., 2016; Yarmohammadi et al., 2014) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลตนเอง (Al-Khawaldeh et al., 2012; Osborn Bains & Egede, 2010; Jeong, Park & Shin, 2014; Walker et al., 2014; Lee et al., 2016) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน มีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการดูแลตนเอง (Osborn et al., 2010)

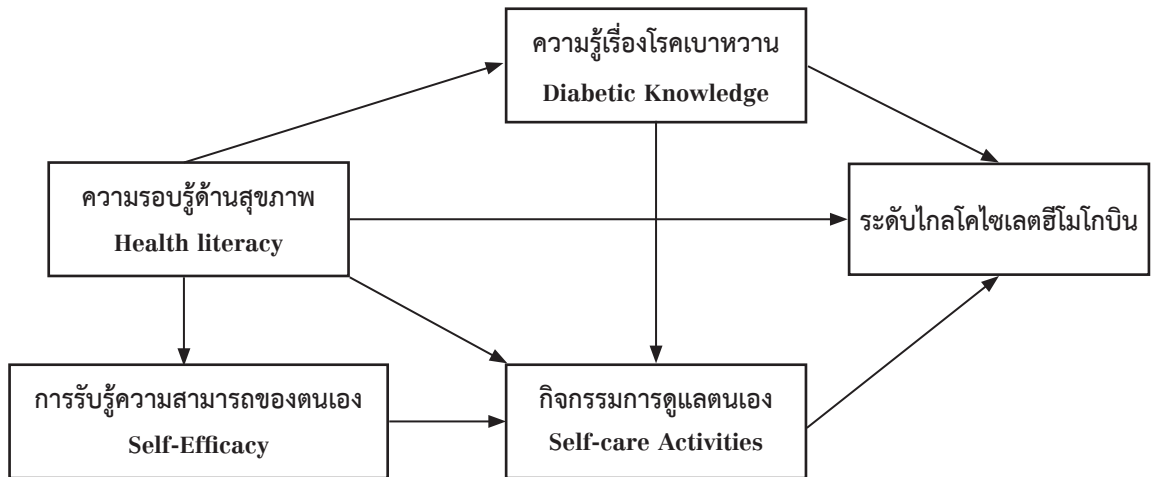
การศึกษาความเกี่ยวข้องระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และ ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน พบว่ายังมี การศึกษาอยู่แล้วบ้างในลักษณะของรูปแบบของความสัมพันธ์ แต่ยังคงขาดประเด็นที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางปัญญาสังคม และการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประเด็นดังกล่าว อันจะนำไปสู่การสร้างเสริมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเส้นทางปัจจัยของความรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพโดย Paasche-Orlow & Wolf (2007) และ Bailey et al. (2014) ได้ชี้ให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพส่งผลทางอ้อมไปยังผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือ ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน โดยผ่านตัวแปรคั่นกลาง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน กิจกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอส่งผลต่อความมั่นใจในความสามารถที่จะดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (Lee et al., 2016) การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอส่งผลต่อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (Bains & Egede, 2011; Tseng et al., 2017) การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอส่งผลต่อ กิจกรรมการดูแลตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีการดูแลตัวเองที่เพียงพอ (Marciano, Camerini & Schulz, 2019) การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะส่งผลต่อระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน จากข้อมูลที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจะสร้างรูปแบบโมเดลเส้นทางปัจจัยตามสมมติฐาน เพื่อนำมาพิจารณาความสอดคล้องกลมกลืนของรูปแบบโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรต้นที่ส่งผลโดยตรงต่อระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน และส่งผลผ่านตัวแปรคั่นกลาง คือ กิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ไปยังตัวแปรตาม คือ ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน (ดังภาพประกอบที่ 1)



ภาพประกอบที่ 1 โมเดลเส้นทางปัจจัยตามสมมติฐาน

## นิยามศัพท์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ทักษะ และความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึง เข้าใจ ใช้ข้อมูล ตัดสินใจด้านสุขภาพและระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเบาหวานประกอบด้วย ขั้นพื้นฐาน หมายถึง ความยากง่ายในการอ่านเอกสาร คำแนะนำที่ได้รับจากโรงพยาบาลและห้องยา ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หมายถึง การรวบรวม การทำความเข้าใจ การสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคที่แพทย์ได้วินิจฉัยแล้ว ขั้นวิจารณญาณ หมายถึง การพิจารณา การตรวจสอบ การตัดสินใจเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคที่แพทย์ได้วินิจฉัยแล้ว

กิจกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การประเมินตนเอง การดูแลเท้า และการรับประทานยา

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์ ทักษะ ความเข้าใจ ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ประกอบด้วย ความเข้าใจในสาเหตุของโรคเบาหวาน และชนิดของโรคเบาหวาน ทักษะในการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการควบคุมและดูแลตนเองในโรคเบาหวาน

ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน หมายถึง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมที่เกาะเม็ดเลือดแดง ในช่วง 2-3 เดือนของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

## วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) ติดต่อโรงพยาบาลเพื่อแจ้งขอความอนุเคราะห์ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย 2) เก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคเรื้อรังเป็นผู้แนะนำช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม 3) เก็บข้อมูลผลการตรวจค่าระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน

โดยการเข้าถึงแฟ้มข้อมูลผลการตรวจของผู้ป่วยแต่ละคน

**1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 46,979 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี, 2561) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตาราง Krejcie & Morgan (1970) เมื่อกำหนดขนาดความคลาดเคลื่อน (Limit of Error) และระดับความเชื่อมั่น (Level of Confidence:  $1-\alpha$ ) 95% ( $\alpha = .05$ ) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 380 คน ได้มาจากการสุ่มหลายขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นที่ 1 จังหวัดปทุมธานีมี 7 อำเภอ สุ่มอำเภอมา 50% ได้ 4 อำเภอ ขั้นที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบง่ายได้โรงพยาบาลในอำเภอตามขั้นที่ 1 ขั้นที่ 3 สุ่มแบบเจาะจง ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ 1) ผู้ที่มีอายุ 60-ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิง 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ 3) มีผลการตรวจระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินย้อนหลังไม่เกิน 3 เดือน 4) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

## 2. เครื่องมือการวิจัย

**2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)** หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพเบาหวาน ถูกประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Diabetes health Literacy scale (DHL) ที่พัฒนาโดย Ishikawa, Takeuchi, and Yano (2008) โดยการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน แบบสอบถามมี 14 ข้อ ประกอบด้วย องค์ประกอบย่อย คือ 1) ขั้นพื้นฐาน (Functional) ประเมินตามความยากง่ายในการอ่านเอกสารคำแนะนำที่ได้รับจากโรงพยาบาลและห้องยา จำนวน 5 ข้อ 2) ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative) ประเมินการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ 3) ขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical) ความสามารถในการ

วิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ กำหนดการประเมินเป็น 4 ระดับ (1-4) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน กำหนดคะแนน 14-27 หมายถึง มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ คะแนน 28-42 หมายถึง มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง คะแนน 43-56 หมายถึง มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง แบบวัดมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

**2.2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (Diabetes Knowledge)** ใช้แบบวัด The Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ) ของ Garcia, Villagomez, Brown, Kouzekanani and Hanis (2001) จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานความเข้าใจในสาเหตุของโรคเบาหวานและชนิดของโรคเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ ทักษะในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 7 ข้อ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน จำนวน 7 ข้อ แบบวัดแปลเป็นภาษาไทย โดย Wichit et al (2017) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน กำหนดคะแนน 0-14 หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานระดับต่ำ คะแนน 15-19 หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานระดับปานกลาง คะแนน 20-24 หมายถึง มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานระดับสูง แบบวัดมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .65

**2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)** หรือการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุไทยสำหรับการควบคุมและดูแลตนเองในโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Thai Version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale: T-DMSES) ที่พัฒนาโดย Iamsung (2015) ซึ่งพัฒนามาจาก The Diabetes Management Self-Efficacy Scale (DMSES) ของ Van der Bijl et al. (1999) ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 19-95 คะแนน กำหนดคะแนน 19-44 หมายถึง มีความ

มั่นใจในการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระดับต่ำ คะแนน 45-70 หมายถึง มีความมั่นใจในการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง คะแนน 71-95 หมายถึง มีความมั่นใจในการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองระดับสูง แบบวัดมีความเที่ยง เท่ากับ .89

**2.4 กิจกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Activities)** หรือกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ใช้แบบวัด Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure : SDSCA ซึ่ง Keeratiyutawong et al (2006) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และผ่านกระบวนการแปลกลับ (back translation) ข้อคำถาม เป็นการถามการปฏิบัติกิจกรรมในช่วง 7 วันที่ผ่านมา ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร 7 ข้อ การออกกำลังกาย 2 ข้อ การประเมินตนเอง 3 ข้อ การดูแลเท้า 5 ข้อ และการรับประทานยา 2 ข้อ คะแนนแต่ละข้อมีตั้งแต่ 0 ถึง 7 คะแนน ตามจำนวนวันที่ปฏิบัติกิจกรรมนั้น คะแนนรวมทั้งฉบับ 133 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีการดูแลตนเองในเรื่องโรคเบาหวานมาก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-133 คะแนน กำหนดคะแนน 0-44 หมายถึง มีกิจกรรมการดูแลตนเองระดับต่ำ คะแนน 45-89 หมายถึง มีกิจกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง คะแนน 90-133 หมายถึง มีกิจกรรมการดูแลตนเองระดับสูง แบบวัดมีความเที่ยง เท่ากับ .69

**2.5 ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน** คือ ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม เป็นการตรวจน้ำตาลที่สัมพันธ์กับเม็ดเลือดแดง ในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเกิดจากโมเลกุลของน้ำตาลจับกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง โดยขบวนการ glycosylation กลายเป็น glycosylated hemoglobin ข้อมูลนี้ได้มาจากบันทึกในเวชระเบียน ในช่วงเวลา 3 เดือนย้อนหลัง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 50 คน วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

### 3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินด้วยการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) โดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ การพิจารณาความสอดคล้องกลมกลืนของของโมเดลเส้นทางปัจจัยตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีเกณฑ์ดังนี้ CMIN/df น้อยกว่า 3 ค่าดัชนีรากของกำลังที่สองเฉลี่ยเศษของการประมาณค่าความคลาดเคลื่อน (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) น้อยกว่า 0.05 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index : GFI) มากกว่า 0.90 ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index : AGFI) มากกว่า 0.90 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) มากกว่า 0.90 ดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของเศษ (RMR) น้อยกว่า 0.05 p-value มากกว่า 0.05

### 4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เต็มใจเข้าร่วมโครงการ โดยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยขอเอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร การบันทึกข้อมูล ต้องได้รับอนุญาตจากผู้เข้าร่วมวิจัย นำเสนอในภาพรวมไม่ชี้เฉพาะหรืออ้างอิงถึงข้อมูลรายบุคคล งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิชาการและจริยธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร เลขที่โครงการวิจัย 61-26 วันที่ 25 กรกฎาคม 2561

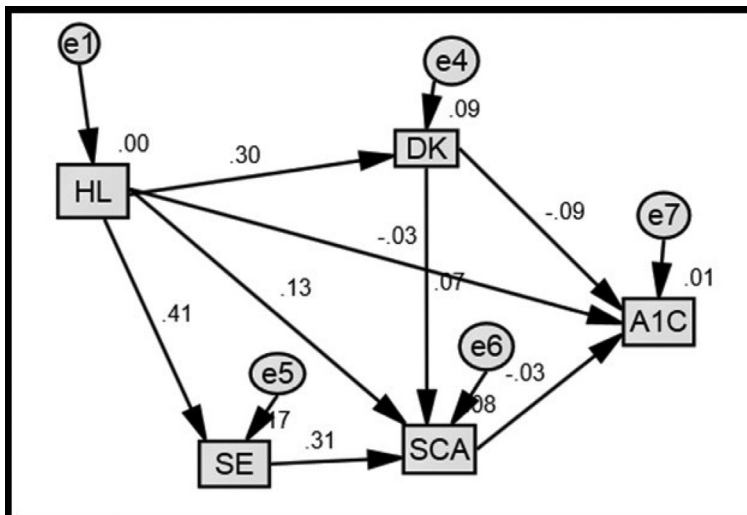
## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 69.5 เป็นผู้หญิง ร้อยละ 69.5 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 63.9 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.7 ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6-10 ปี ร้อยละ 40 ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินต่ำกว่า 6.5%

2. ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 65.5 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.8 มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานระดับต่ำ ร้อยละ 67.1 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.9 มีกิจกรรมการดูแลตนเองด้านเบาหวานในระดับสูง

3. ผลการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองที่ส่งผลต่อระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

3.1 ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลเส้นทางปัจจัยตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า โมเดลตามสมมติฐานที่สร้างขึ้นมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่าไค-สแควร์ มีค่าเท่ากับ 18.897 องศาอิสระ เท่ากับ 7 ค่าไค-สแควร์สัมพัทธ์มีค่า 2.70 ค่าดัชนีวัดความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.986 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 0.974 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.90 ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนที่ปรับแก้ (AGFI) เท่ากับ 0.945 ค่าดัชนีรากกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือมาตรฐาน (SRMR) เท่ากับ 0.022 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือของการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ 0.05 และค่า p-value เท่ากับ .06 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโมเดลเส้นทางปัจจัยตามสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ดังภาพประกอบที่ 2)



ภาพประกอบที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลเส้นทางปัจจัยกับข้อมูลเชิงประจักษ์

HL = ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, DK = ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน, SCA = กิจกรรมการดูแลตนเอง,  
 SE = การรับรู้ความสามารถของตนเอง A1C = ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน

3.2 ผลการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลทางตรงทางอ้อม และผลรวมของเส้นทางปัจจัย

เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพลของเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน จำแนกตามตัวแปรดังนี้

ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินได้รับอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมการดูแลตนเอง และความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ -0.03, -0.03 และ -0.09 ตามลำดับ

ความรู้เรื่องโรคเบาหวานได้รับอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.30

การรับรู้ความสามารถของตนเองได้รับอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.41

กิจกรรมการดูแลตนเองได้รับอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.13, 0.07 และ 0.31 ตามลำดับ กิจกรรมการดูแลตนเองได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.15

ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ -0.01, -0.002 และ -0.009 ตามลำดับ

ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R-SQUARE) ของตัวแปรความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.092 แสดงว่าตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรความรู้เรื่องโรคเบาหวานได้ร้อยละ 9.2

ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R-SQUARE) ของตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ 0.168 แสดงว่าตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ร้อยละ 16.8

ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R-SQUARE) ของตัวแปรกิจกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.083 แสดงว่าตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้ร้อยละ 8.3

ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R-SQUARE) ของระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน เท่ากับ 0.013 แสดงว่าตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน กิจกรรมการดูแลตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน ได้ร้อยละ 1.3 (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ผลการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลทางตรง ทางอ้อม และผลรวมของเส้นทางปัจจัย

Dependent Variable	DK			SE			SCA			A1C		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
HL	.30*	-	.30*	.41*	-	.41*	.13*	.15*	.28*	-.03*	-.01*	-.04*
DK	-	-	-	-	-	-	.07*	-	.07*	-.09*	-.002*	-.092*
SE	-	-	-	-	-	-	.31*	-	.31*	-	-.009*	-.009*
SCA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.03*	-	-.03*
R <sup>2</sup>	.092			0.168			0.083			0.013		

\*p<0.05

$\chi^2=18.897$ ,  $df = 7$ ,  $\chi^2/df = 2.70$ ,  $GFI = 0.986$   $CFI = 0.974$ ,  $AGFI = 0.945$ ,  $SRMR = 0.022$ ,  $RMSEA = 0.05$ ,

HL = ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, DK = ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน, SE = การรับรู้ความสามารถของตนเอง, SCA = กิจกรรมการดูแลตนเอง, A1C = ไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน

**สรุปผลการวิจัย** ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน ได้รับอิทธิพลทางตรงจากความรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมการดูแลตนเอง และความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ -0.03, -0.03 และ -0.09 ตามลำดับ ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน ได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ -0.01, -0.002 และ -0.009 ตามลำดับ ตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน ได้ร้อยละ 1.3

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่จะอภิปรายผล ดังนี้

1. การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล ผลการวิจัยพบว่า โมเดลเส้นทางปัจจัยตามสมมติฐานที่สร้างขึ้นมามีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เส้นทางปัจจัยทุกตัวแปรมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา (Lee et al., 2016; Lee et al., 2016)

2. การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับอิทธิพลทางตรงสูงสุดจากตัวแปรความรู้เรื่องโรคเบาหวาน รองลงมา คือ กิจกรรมการดูแลตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ -0.09 -0.03 และ -0.03 ตามลำดับ อธิบายได้ดังนี้

ถ้ามีความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่เพียงพอ ก็จะส่งผลให้ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินต่ำ ความรู้เรื่องโรคเบาหวานประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานความเข้าใจในสาเหตุของโรคเบาหวานและชนิดของโรคเบาหวาน ทักษะในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยอื่น ๆ เช่น Tseng et al. (2017) และ Osborn et al. (2010)

ถ้ากิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีเพียงพอก็จะทำให้ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลินต่ำ แต่ถ้ากิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่เพียงพอก็จะส่งผลให้ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลินสูง กิจกรรมการดูแลตนเองประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การประเมินตนเอง การดูแลเท้า และการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา (Osborn et al., 2010; Lee et al., 2016)

ถ้าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีเพียงพอระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลินก็จะต่ำ แต่ถ้าความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลินก็จะสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ชั้นพื้นฐาน (ตามความยากง่ายในการอ่านเอกสารคำแนะนำที่ได้รับจากโรงพยาบาลและห้องยา) ชั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (การรวบรวม ทำความเข้าใจ สื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคที่แพทย์ได้วินิจฉัยแล้ว) และชั้นวิจารณ์ญาณ (พิจารณาการตรวจสอบ ตัดสินใจเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคที่แพทย์ได้วินิจฉัยแล้ว) โดยระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลินได้รับอิทธิพลทางตรงจากความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีขนาดอิทธิพลที่เล็ก (-0.03) ซึ่งก็เป็นไปตามแนวคิดพื้นฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลไกเบาหวานกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่จากการศึกษา งานวิจัยที่ผ่านมาพบทั้งอิทธิพลทางตรงของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Brega et al., 2012; van der Heide et al., 2014) และมีบางงานวิจัยที่ไม่พบอิทธิพลทางตรง (Osborn et al., 2010; Lee et al., 2016; Yarmohammadi et al., 2019; Tseng et al., 2017) ซึ่งอาจหมายความว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลินอาจยังไม่มี ความชัดเจนในการอธิบาย

ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลินของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากตัวแปร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ -0.01, -0.002 และ -0.009 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Brega et al., 2012; Tseng et al., 2017; Lee et al., 2016; Osborn et al., 2010; van der Heide et al., 2014)

ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (R-SQUARE) ของระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลินของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ 0.013 แสดงว่าตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลิน ได้ร้อยละ 1.3 ซึ่งอาจเนื่องจากอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องส่งต่อตัวแปรคั่นกลาง คือ กิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Lee et al., 2016; Bailey et al., 2014)

ด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานความเข้าใจในสาเหตุของโรคเบาหวาน และชนิดของโรคเบาหวาน ทักษะในการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้รับอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.30 อธิบายได้ว่าถ้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะส่งผลให้มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานตามไปด้วย ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีความเกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (Powell et al., 2007; van der Heide et al., 2014; Tseng et al., 2017; Al Sayah, Majumdar, Williams, Robertson, and Johnson, 2013)

ดังนั้นการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานน่าจะช่วยเพิ่มความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้สูงอายุได้

ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ ความมั่นใจในความสามารถของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการควบคุมและดูแลตนเอง ได้รับอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.41 อธิบายได้ว่าถ้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอการรับรู้ความสามารถของตนเองก็จะสูงตามไปด้วย แต่ถ้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอการรับรู้ความสามารถของตนเองก็จะต่ำตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Lee et al., 2016; Lee et al., 2016; Bohanny, Wu, Liu, Yeh, Tsay & Wang, 2013; Masoompour et al., 2017; Reisi et al., 2016) จากรายงานการศึกษาของ Cudjoe, Delva, Cajita, and Han (2020) สรุปได้ว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอทำให้ความรูสึกมั่นใจในความสามารถของตนเองต่ำ ดังนั้นการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก็อาจจะเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองได้

ด้านกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การประเมินตนเอง การดูแลเท้า และการรับประทานยา ได้รับอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงสุด รองลงมา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.31, 0.13, 0.07 ตามลำดับ อธิบายได้ดังนี้ ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองเพียงพอ กิจกรรมการดูแลตนเองก็จะเพิ่มตามไปด้วย ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองไม่เพียงพอ กิจกรรมการดูแลตนเองก็จะลดตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Gao et al., 2013; Lee et al., 2016; Lee et al.,

2016) จากการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลทางตรงต่อกิจกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ผ่านมา (van der Heide et al., 2014; Yarmohammadi et al., 2019; Lee et al., 2016) แต่ก็มีบางการศึกษาวิจัยที่ไม่พบอิทธิพลทางตรงระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและกิจกรรมการดูแลตนเอง (Osborn et al., 2010) แต่จะพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งอิทธิพลทางอ้อมไปยังกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Lee et al., 2016; Lee et al., 2016) กล่าวคือ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอส่งผลต่อความมั่นใจในความสามารถที่จะดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และจะส่งผลต่อกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ Paasche-Orlow and Wolf (2007) คือ ถ้ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะส่งผลต่อกิจกรรมการดูแลตนเองที่เพียงพอด้วย

ข้อจำกัดในการวิจัยนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างมาจากจังหวัดหนึ่งของประเทศไทย จึงอาจไม่ใช่ตัวแทนของประชากรทั้งหมดในประเทศ และอาจเนื่องจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้อาจไม่เพียงพอที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งอิทธิพลต่อระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน

## สรุป

ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลทางตรงต่อกิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ ระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน และส่งผลทางอ้อมไปยังระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน โดยผ่านตัวแปรคั่นกลาง กิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างเสริมผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

## ข้อเสนอแนะการวิจัย

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากข้อค้นพบของงานวิจัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานเบื้องต้นของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งจะส่งผลผ่านกิจกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเอง และระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบิน ถึงแม้ว่าตัวแปรทั้งหมดจะสามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินได้เพียงร้อยละ 1.3 แต่บุคคลากรในทีมสุขภาพก็สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการออกแบบโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้สามารถที่จะเข้าถึงข้อมูล ประมวลข้อมูล และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ

ได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมการดูแลตนเองจำเป็นสำหรับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การเสริมสร้างความรู้เรื่องโรคเบาหวานจะช่วยพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง และการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อสร้างความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการควบคุมและดูแลตนเอง

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรออกแบบการวิจัยในรูปแบบของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2

2.2 ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) การเสริมพลัง (Empowerment)

## เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). ปัญหาสุขภาพจากโรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง ใน *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2561*. กรุงเทพฯ: บริษัท พรินท์ออริ จำกัด.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. (2561). *ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงอายุ*. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี.
- สุพัตรา ศรีวิณิชชากร. (2560). สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทยในระยะเวลา 5 ปี (2553 -2557). *วารสารควบคุมโรค*. 43(4), 379-390.
- Al Sayah, F., Majumdar, S. R., Williams, B., Robertson, S., & Johnson, J. A. (2013). Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *Journal of general internal medicine*, 28(3), 444-452.
- Al-Khawaldeh, O. A., Al-Hassan, M. A., & Froelicher, E. S. (2012). Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*, 26(1), 10-16.
- American Diabetes Association. (2020). Standards of Medical Care in Diabetes – 2020. *Diabetes Care; The Journal of Clinical and Applied Research and Education*, 43(1), 66-76.

- Bailey, S. C., Brega, A. G., Crutchfield, T. M., Elasy, T., Herr, H., Kaphingst, K., ... & Schillinger, D. (2014). Update on health literacy and diabetes. *The Diabetes Educator, 40*(5), 581-604.
- Bains, S. S., & Egede, L. E. (2011). Associations between health literacy, diabetes knowledge, self-care behaviors, and glycemic control in a low income population with type 2 diabetes. *Diabetes technology & therapeutics, 13*(3), 335-341.
- Bohanny, W., Wu, S. F. V., Liu, C. Y., Yeh, S. H., Tsay, S. L., & Wang, T. J. (2013). Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 25*(9), 495-502.
- Brega, A. G., Ang, A., Vega, W., Jiang, L., Beals, J., Mitchell, C. M., ... & Special Diabetes Program for Indians Healthy Heart Demonstration Project. (2012). Mechanisms underlying the relationship between health literacy and glycemic control in American Indians and Alaska Natives. *Patient education and counseling, 88*(1), 61-68.
- Cudjoe, J., Delva, S., Cajita, M., & Han, H. R. (2020). Empirically Tested Health Literacy Frameworks. *Health literacy research and practice, 4*(1), 22-44.
- Garcia, A. A., Villagomez, E. T., Brown, S. A., Kouzekanani, K., & Hanis, C. L. (2001). The Starr County Diabetes Education Study: development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. *Diabetes care, 24*(1), 16-21.
- Iamsung, W. (2015). *The development of the Thai version of the diabetes management self-efficacy scale (T-DMSES) for older adults with type 2 diabetes*. Doctoral dissertation, Health and Environment Science, Buffalo University.
- Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington, DC: The National Academies Press.
- International Diabetic Federation: IDF. (2019). *IDF Diabetes Atlas –Ninth Edition*. Brussels: International Diabetic Federation.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes care, 31*(5), 874-879.
- Jeong, J., Park, N., & Shin, S. Y. (2014). The influence of health literacy and diabetes knowledge on diabetes self-care activities in Korean low-income elders with diabetes. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 25*(3), 217-224.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement, 30*(3), 607-610.
- Lee, E. H., Lee, Y. W., & Moon, S. H. (2016). A structural equation model linking health literacy to self-efficacy, self-care activities, and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes. *Asian nursing research, 10*(1), 82-87.

- Lee, Y. J., Shin, S. J., Wang, R. H., Lin, K. D., Lee, Y. L., & Wang, Y. H. (2016). Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient education and counseling, 99*(2), 287-294.
- Marciano, L., Camerini, A. L., & Schulz, P. J. (2019). The role of health literacy in diabetes knowledge, self-care, and glycemic control: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine, 34*(6), 1007-1017.
- Masoompour, M., Tirgari, B., & Ghazanfari, Z. (2017). The relationship between health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in diabetic patients. *Evidence Based Care, 7*(3), 17-25.
- McNaughton, C. D., Korman, R. R., Kabagambe, E. K., & Wright, S. W. (2015). Health literacy and blood glucose among Guyanese emergency department patients without diagnosed diabetes: a cross-sectional study. *Diabetology & Metabolic Syndrome, 7*(1), 1-7.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international, 15*(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of Health literacy. *Social science & medicine (1982), 67*(12), 2072-2078.
- Osborn, C. Y., Bains, S. S., & Egede, L. E. (2010). Health literacy, diabetes self-care, and glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Diabetes technology & therapeutics, 12*(11), 913-919.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American journal of health behavior, 31*(1), 19-26.
- Powell, C. K., Hill, E. G., & Clancy, D. E. (2007). The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *The diabetes educator, 33*(1), 144-151.
- Reisi, M., Mostafavi, F., Javadzade, H., Mahaki, B., Tavassoli, E., & Sharifirad, G. (2016). Impact of health literacy, self-efficacy, and outcome expectations on adherence to self-care behaviors in Iranians with type 2 diabetes. *Oman medical journal, 31*(1), 52-59.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., ... & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama, 288*(4), 475-482.
- Stratton, I. M., Adler, A. I., Neil, H. A. W., Matthews, D. R., Manley, S. E., Cull, C. A., ... & Holman, R. R. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *Bmj, 321*(7258), 405-412.

- Tseng, H. M., Liao, S. F., Wen, Y. P., & Chuang, Y. J. (2017). Stages of change concept of the transtheoretical model for healthy eating links health literacy and diabetes knowledge to glycemic control in people with type 2 diabetes. *Primary care diabetes, 11*(1), 29-36.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010) *National action plan to improve health literacy*. Washington (DC).
- Van Der Bijl, J. J., Van Poelgeest-Eeltink, A., Shortridge-Baggett, L. (1999). The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing, 30*(2), 352-359.
- van der Heide, I., Uiters, E., Rademakers, J., Struijs, J. N., Schuit, A. J., & Baan, C. A. (2014). Associations among health literacy, diabetes knowledge, and self-management behavior in adults with diabetes: results of a dutch cross-sectional study. *Journal of health communication, 19*(sup2), 115-131.
- Walker, R. J., Gebregziabher, M., Martin-Harris, B., & Egede, L. E. (2014). Relationship between social determinants of health and processes and outcomes in adults with type 2 diabetes: validation of a conceptual framework. *BMC endocrine disorders, 14*(1), 1-10.
- Walker, R. J., Smalls, B. L., Hernandez-Tejada, M. A., Campbell, J. A., & Egede, L. E. (2014). Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control, medication adherence, self-care behaviors, and quality of life in a predominantly low-income, minority population. *Ethnicity & disease, 24*(3), 349-355.
- Wichit, N., Mnatzaganian, G., Courtney, M., Schulz, P., & Johnson, M. (2017). Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. *Diabetes research and clinical practice, 123*(2017), 37-48.
- Yarmohammadi, S., Momenyan, S., Ghaffari, M., Ali, R., & Azizpour, M. (2019). Impact of functional, communicative and critical health literacy on glycemic control among patients with type 2 diabetes, and the mediating role of self-care. *Psychology research and behavior management, 12*(2019), 427-435.



อิทธิพลของบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัย  
ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย  
ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไป

**Influencing of the Managerial Roles and Safety Management of  
Frist-line Nurse Managers on Safety Outcomes as Perceived by  
Professional Nurses of Operating Room in General Hospitals**

ทัศนีย์ สุนทร, ปรด., *Thatsanee Sunthorn, Ph.D.*<sup>1\*</sup>

เนตรชนก ศรีทุมมา, ปรด., *Netchanok Sritoomma, Ph.D.*<sup>2</sup>

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ปรด., *Phechnoy Singchungchai, Ph.D.*<sup>3</sup>

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอ่างทอง, จังหวัดอ่างทอง

<sup>1</sup>Professional Nurse, Angthong hospital, Angthong Province

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยคริสเตียน, จังหวัดนครปฐม

<sup>2</sup>Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Christian University, Nakhon Pathom Province

<sup>3</sup>รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยคริสเตียน, จังหวัดนครปฐม

<sup>3</sup>Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Christian University, Nakhon Pathom Province

\*Corresponding Author Email: Aui1819@hotmail.co.th

Received: February 23, 2022

Revised: May 4, 2022

Accepted: June 10, 2022

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความสอดคล้องของโมเดลเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัย ต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทั่วไปกับข้อมูลเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) จำนวน 326 คน คำนวณจากสูตรของเครซซี่และมอร์แกน ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามบทบาทการบริหารจัดการ การจัดการความปลอดภัย และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย อยู่ระหว่าง 0.90-0.98 และได้ค่าความเที่ยงโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.96-0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ผลการวิจัยพบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรบทบาทการบริหารจัดการ การจัดการความปลอดภัย และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.03, 3.86$  และ  $4.45$ ) ตามลำดับ โมเดลเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัยต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chi-square = .007, df = 1, P-value = .934, Chi-square/df = .007, CFI = 1.000, GFI = 1.000, AGFI = 1.000, RFI = 1.000, NFI = 1.000, TLI = 1.008, RMSEA = .000, RMR = .000) โดยพบว่าบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยได้ ร้อยละ 20 ( $R^2 = .20$ ) ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย ผู้บริหารองค์กรการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปสามารถนำโมเดลเส้นทางความสัมพันธ์นี้ไปวางแผนขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดให้เป็นรูปธรรม โดยให้มีการพัฒนาบทบาทการบริหารจัดการ การจัดการความปลอดภัยของหัวหน้าห้องผ่าตัด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยที่ดีของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

**คำสำคัญ:** บทบาทการบริหารจัดการ การจัดการความปลอดภัย ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย ผู้บริหารการพยาบาล ระดับต้น กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

## Abstract

This analytical research was conducted with the objective of testing path model consistency in terms of correlations between managerial roles and safety management with regard to safety outcomes among first-line nurse managers perceived by professional operating room nurses in general hospitals and evidence-based data. The sample was 326 professional operating room nurses in general hospitals (Level S) and was calculated by using Crecy and Morgan's formula. Research instrument quality was tested by seven qualified experts, and the questionnaires on managerial roles, safety management and safety outcomes yielded content validity indices of 0.90–0.98 with reliability from Cronbach's Alpha Coefficients of 0.96-0.98. Data were analyzed by using descriptive statistics and path analysis of correlations between variables.

According to the findings, mean scores for the variables of managerial roles, safety management and safety outcomes were found to be high ( $\bar{X} = 4.03, 3.86$  and  $4.45$ , respectively). The path model of correlations between managerial roles, safety management and safety outcomes was consistent with evidence based data (Chi-square = .007, df = 1, P-value = .934, chi-square/df = .007, CFI = 1.000, GFI = 1.000, AGFI = 1.000, RFI = 1.000, NFI = 1.000, TLI = 1.008, RMSEA = .000, RMR = .000). Managerial roles and safety management were able to jointly explain fluctuations of safety outcome at 20 percent ( $R^2 = .20$ ). With regard to recommendations from the study, managers of nursing organizations and general hospitals can use this path model of correlations to plan and drive concrete policies on safety for patients who will be operated on by developing managerial roles and safety

management among first-line nurse managers of the operating room in order to create positive safety outcomes for patients who had surgery.

**Keywords:** *Managerial roles, Safety management, Safety outcomes, Frist-line Nurse Managers, Operating rooms general hospitals*

## บทนำ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดต้องมีการบริหารความปลอดภัย โดยเฉพาะความปลอดภัยของผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการผ่าตัด สิ่งแรกที่ต้องคำนึงถึงและให้ความสำคัญคือ ผู้ป่วยผ่าตัดปลอดภัย (Safe Surgery Saves Lives) (World Health Organization [WHO], 2016) แต่ยังคงพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดคือ การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และผิวนิคมการผ่าตัด (NHS Improvement, 2017) รวมทั้งผู้ป่วยบางรายต้องเสียชีวิตจากการการผ่าตัด (Uribe-leitz, Jaramilo, Maurer, Fu, & Esquivel, Gawande, 2016) ทำให้สถานพยาบาลทุกแห่งทั่วโลกที่ให้บริการการผ่าตัด ต้องทบทวนและตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการอย่างจริงจัง เพื่อให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจต่อคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและเกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยที่ดีจากการผ่าตัด โดยในบริบทและสถานการณ์ผลลัพธ์ความปลอดภัยไม่ปลอดภัยในประเทศไทย มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดประมาณ 2.8-3.6 ล้านรายต่อปี พบอุบัติการณ์หัวใจหยุดเต้นจากทุกสาเหตุภายหลังการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง (15.5:10000) อัตราเสียชีวิตจากทุกสาเหตุภายใน 24 ชั่วโมง (13:10000) ปัญหาเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือการผ่าตัด (1.4:10000) การผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่งหรือผิวนิคม (0.2:10000) (สมรัตน จารุลักษณะนันท์ ยอดยิ่ง

ปัญญาสวัสดิ์วงศ์ ศิริพร ปิติมานะ อารี เทวราชรักษ์ วีระวัฒน์ภนนท์ วรีณี เล็กประเสริฐ และคณะ, 2560) ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดควรมีการคำนึงถึงผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นี้

ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดเป็นเสมือนปัจจัยแห่งความสำเร็จขององค์กรที่ต้องบริหารหน่วยงานห้องผ่าตัดซึ่งเป็นหน่วยงานย่อยขององค์กรการพยาบาล (Martins & Dall'Agnol, 2016) จำเป็นต้องมีบทบาทการบริหารจัดการ การปรับปรุงคุณภาพการจัดการความปลอดภัย และต้องมีแนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยที่ดีซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย โดยผสมผสานความรู้กับความชำนาญในการพยาบาล เฉพาะสาขาด้านการผ่าตัด มีความสามารถในการวางแผนการพยาบาลผ่าตัด การจัดการความเสี่ยง เพื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดปลอดภัยเป็นสำคัญ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2001) รวมทั้งต้องมีการปรับปรุงการจัดการความปลอดภัย และต้องมีแนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยที่ดีซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด (Au Yong, Usmonov, Ramendran, Yeoh, & Surlenty, 2018) ผลการศึกษาของ ฮู ปาร์คเกอร์ ลิพซีส อาเรียกา ปีแอร์ คอริโซ และ คณะ (2016) พบว่า ศัลยแพทย์ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมบทบาทการ

บริหารจัดการระหว่างการทำผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดประกอบด้วย บทบาทการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมทางด้านทรัพยากร การวางแผน และการเตรียมความพร้อมสำหรับเหตุการณ์ไม่คาดคิด และบุคลากรมีการปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดนั้น (Hu, Parker, Lipsitz, Arriaga, Peyre, Corso, et al., 2016) ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดต้องให้ความสำคัญการจัดการความปลอดภัยโดยใช้บทบาทการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาขึ้นอย่างเป็นระบบ (Göras, Nilsson, Ekstedt, Unbeck, & Ehrenberg, 2020; Fernandez-Muniz, Montes-Peon, & Vazquez-Ordas, 2007) รวมทั้งต้องมีการปรับปรุงการจัดการความปลอดภัย และต้องมีแนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยที่ดีซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด (Au Yong, Usmonov, Ramendran, Yeoh, & Surlenty, 2018) และยังพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกระบวนการทำงานของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด คือ การจัดการความปลอดภัย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย (Oliveira & Rosa, 2015) จึงจำเป็นต้องศึกษาบทบาทการบริหารจัดการ การจัดการความปลอดภัย เพื่อยกระดับผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สร้างความมั่นใจว่าผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดปฏิบัติที่ดีที่สุดในการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากทุกกระบวนการของการผ่าตัด

ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยเป็นสิ่งสะท้อนถึงคุณภาพการบริหารงานด้านความปลอดภัยของผู้บริหารในองค์กร (Spigener, 2017) โดยเฉพาะผู้บริหารการ

พยาบาลระดับต้นกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดต้องมีบทบาทการบริหารจัดการ และการจัดการความปลอดภัยที่เป็นระบบ คำนึงถึงคุณภาพบริการการพยาบาลและเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลักคือ การผ่าตัดปลอดภัยช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย (WHO, 2016) และเน้นผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยตามแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ร่วมกับผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดจำนวน 8 คนในประเด็นเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ด้านการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centeredness) 2) ด้านผลลัพธ์ที่ต้องการ (Desired Outcomes) และ 3) ด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Effective and Efficiency) เนื่องจากผลลัพธ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์คุณภาพบริการผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดจึงควรมีบทบาทการบริหารจัดการในการกำหนดนโยบาย เป้าประสงค์ และความคาดหวังในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นจึงควรกำหนดนโยบายให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด และใช้ความปลอดภัยเป็นกลไกขับเคลื่อนการเรียนรู้ได้ทุกสถานการณ์ ย่อมป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดสำเร็จได้ตามเป้าหมายผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

ในบทบาทการบริหารจัดการของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดต้องมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างถ่องแท้ แก้ไขปัญหาในสถานการณ์เร่งด่วนได้ชัดเจนเพื่อนำมาวางแผนการดำเนินงานบริหารจัดการองค์กรให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามแนวคิดของควินน์ และ คิมะ (Quinn, Faerman,

Thompson, & McGrath, 2003) และพาร์เรียรา และคณะ (Parreira, Lopes, Salgueiro, Carvalho, Salgueiro-Oliveira, Castilho, & Fonseca, 2015) ซึ่งประกอบด้วย 8 บทบาท ดังนี้ 1) บทบาทผู้เฝ้าอำนาจ 2) บทบาทพี่เลี้ยง 3) บทบาทผู้สร้างนวัตกรรม 4) บทบาทตัวแทน 5) บทบาทผู้ผลิต 6) บทบาทผู้อำนวยการ 7) บทบาทผู้กำกับติดตาม และ 8) บทบาทผู้ประสานงาน ซึ่งทั้ง 8 บทบาทมีการบริหารจัดการในแต่ละบทบาทไปพร้อม ๆ กัน ผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบผลการศึกษาศึกษาของซาบิฮิราด โมจเดห์ ซาฮีอารี (Zabihirad, Mojdeh, Shahriari, 2019) พบว่า อัตราความผิดพลาดในการดูแลก่อนและหลังการผ่าตัดสูงกว่าการดูแลระหว่างผ่าตัดที่เกิดจากพยาบาลที่มิดผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาระยะก่อนให้เห็นว่า กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดยังต้องมีการพัฒนาบทบาทการบริหารจัดการของผู้บริหารระดับต้นเพิ่มขึ้นอีก และยังพบว่าปัจจัยที่มีความสำคัญและมีผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยคือ การจัดการความปลอดภัย ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย ลดข้อผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Au Yong et al., 2018) ดังนั้น ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต้องให้ความสำคัญในบทบาทการบริหารจัดการ และการจัดการความปลอดภัย เพื่อให้การดำเนินงานมีอุปสรรคน้อยที่สุด และนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยที่ดีของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

การจัดการความปลอดภัย เป็นกระบวนการควบคุมสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดย ผู้นำองค์กรต้องทำงานไปพร้อม ๆ กับการวางแผนการจัดการความปลอดภัยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านนโยบายความปลอดภัย 2) ด้านแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ 3) ด้านการฝึกอบรมในด้านความปลอดภัย 4) ด้านการสื่อสาร

ในประเด็นป้องกัน 5) ด้านการวางแผน และ 6) ด้านการควบคุม (Fernandez-Muniz, Montes-Peon, & Vazquez-Ordas, 2007) ผลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยพบว่า บทบาทการบริหารจัดการมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยโดยผ่านการจัดการด้านความปลอดภัย พบเพียงผลการศึกษาศึกษาของอัมมูรี ตาลัค มัลลิกา กริธาทากฤษณะ (2015) พบว่า พยาบาลที่มีบทบาทการบริหารจัดการที่ดีนั้นเกิดจากการมีประสบการณ์การทำงานมากขึ้น การนำความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับงาน ข้อผิดพลาดจากผู้ป่วยมาปรับปรุงแก้ไข ทำความเข้าใจ และเรียนรู้จากผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการทำงานการจัดการความปลอดภัยให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยที่ดี มีประสิทธิภาพ และป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยซ้ำของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาที่ผ่านมา พบช่องว่างขององค์ความรู้ในผลการศึกษาศึกษาของตัวแปรบทบาทการบริหารจัดการ การจัดการความปลอดภัยที่มีความสัมพันธ์และเส้นทางอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยที่ยังไม่ชัดเจน จำนวน 18 เรื่อง ซึ่งในปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรในบริบทของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยยังพบน้อยมาก ทั้งในและต่างประเทศ โดยเฉพาะในบริบทของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาอิทธิพลของบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของห้องผ่าตัด ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไป โดยให้ความสำคัญกับบทบาทการบริหารจัดการ การจัดการ

ความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น เพื่อพัฒนาการบริหารการพยาบาลด้านความปลอดภัยขององค์กรพยาบาล และพัฒนาระบบงานห้องผ่าตัด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยกับผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน และนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาให้เกิดความปลอดภัยในห้องผ่าตัดดียิ่งขึ้นต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับบทบาทการบริหารจัดการการจัดการความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทั่วไป

2. เพื่อศึกษาเส้นทางอิทธิพลของบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัยต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทั่วไป

3. เพื่อทดสอบความสอดคล้องของโมเดลเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัย ต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทั่วไปกับข้อมูลเชิงประจักษ์

## สมมติฐานการวิจัย

1. บทบาทการบริหารจัดการ มีอิทธิพลทางตรงต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทั่วไป

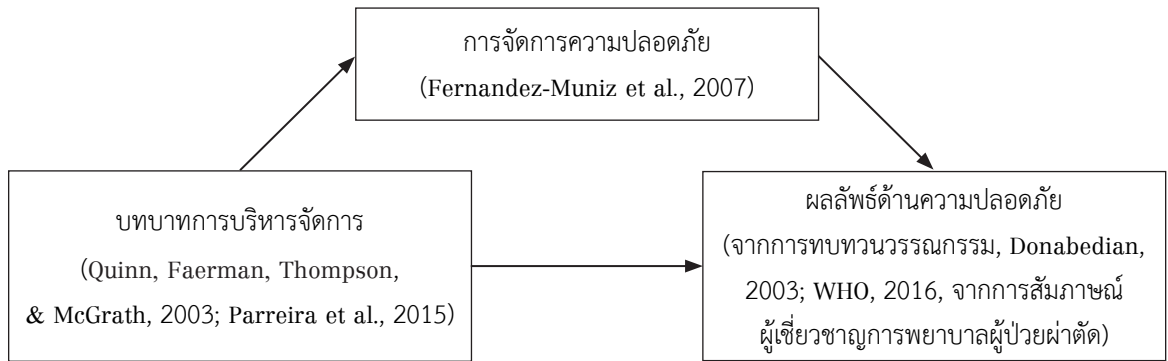
2. บทบาทการบริหารจัดการมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย โดยผ่านการจัดการความ

ปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทั่วไป

3. โมเดลเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัยต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทั่วไป มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้วิจัย จึงลำดับตัวแปรและสร้างโมเดลเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัย ต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทั่วไป ตามแนวคิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) แนวคิดความปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) และจากการสัมภาษณ์นำร่องผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด แนวคิดบทบาทการบริหารจัดการของควินน์ และคณะ (Quinn, Faerman, Thompson, & McGrath, 2003) และ พาร์เรียรา และคณะ (Parreira et al., 2015) และแนวคิดการจัดการความปลอดภัยของของ เฟอานานเดส-มูเนซ และคณะ (Fernandez-Muniz et al., 2007) ซึ่งกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ บทบาทการบริหารจัดการ (Independent Variable) การจัดการความปลอดภัย (Mediator Variable) และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย (Dependent Variable) นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ในลักษณะการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) เส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Path analysis)

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดที่ได้รับประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ มีประสบการณ์การทำงานงานผู้ป่วยห้องผ่าตัดอย่างน้อย 1 ปี และยังปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) ที่มีขนาด 300-500 เตียง จำนวน 47 แห่ง จำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,001 คน (จากการสอบถามทางโทรศัพท์ ณ วันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563)

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากร ด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ได้จำนวนโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรวม 21 โรงพยาบาล ดังนี้ โรงพยาบาลแพร่ โรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลชัยภูมิ โรงพยาบาลมุกดาหาร โรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลเลย โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชिरลกรณัฏ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ โรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลชัยนาท โรงพยาบาลประทุมธานี โรงพยาบาลสุโขทัย โรงพยาบาลอ่างทอง โรงพยาบาล

ตราด โรงพยาบาลแม่สอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลพังงา โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลสงขลา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) จากสูตรของเครชชีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ป้องกันการสูญหายแล้ว 348 คน (Gubta, Attri, Singh, Karu, & Karu, 2016)

### 2. เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบสอบถามบทบาทการบริหารจัดการ และตอนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการความปลอดภัย ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือแบบการปรับใช้เครื่องมือวิจัย (Adaptation) แบบสอบถามตอนที่ 2 และแบบสอบถามตอนที่ 3 ตามแนวคิดของบรีสลิน (Brislin, 1986) และตอนที่ 4 แบบสอบถามผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นมาใหม่ (Developing) ตามแนวคิดของเดเวลลิส (DeVellis, 2012) ลักษณะแบบสอบถามเป็นการให้คะแนนตามระดับการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างและใช้มาตราของ Likert scale 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน (Polit & Beck, 2017) โดยแบบสอบถามตอนที่ 2 ตอนที่ 3 และตอนที่ 4 ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90 0.98 และ 0.90 ตามลำดับ และตรวจค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.96 0.98 และ 0.98 ตามลำดับ

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้เอกสารรับรองแล้วผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้บังคับบัญชาโรงพยาบาลรวม 21 แห่ง และติดต่อประสานงานผู้รับผิดชอบกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลทางโทรศัพท์ เพื่อชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัยและส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ โดยขอความกรุณาให้หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม โดยใส่ซองสีน้ำตาลปิดผนึกและใส่ในกล่องที่จัดไว้ให้ภายใน 2 สัปดาห์ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถาม ที่มีความสมบูรณ์สามารถนำไปวิเคราะห์ได้ จำนวน 326 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.30 ของแบบสอบถามที่แจกไป

### 4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยคริสเตียนในวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2563 เลขที่โครงการวิจัย น. 03/2563 เป็นโครงการที่ได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพและภัยอันตรายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งได้อธิบาย

ถึงกระบวนการวิจัยวัตถุประสงค์ และประโยชน์จากงานวิจัยซึ่งผู้เข้าร่วมงานวิจัยได้อ่านเอกสารชี้แจงและสมัครใจเข้าร่วมวิจัยโดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยเรียบร้อยก่อนการให้ข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติไม่ให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยอิสระ และไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่ระบุข้อมูลที่เป็นการบ่งชี้ถึงผู้เข้าร่วมการวิจัย และเสนอผลการวิจัยในภาพรวมของงานวิจัย

### ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 91.40 และร้อยละ 8.60 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 41-50 ปีมากที่สุด ร้อยละ 33.40 และช่วงอายุ 51-60 ปี น้อยที่สุด ร้อยละ 18.70 มีประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานห้องผ่าตัด ณ ปัจจุบัน >5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 72.40 มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 94.20 ได้รับการฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัดสาขาศัลยกรรมกระดูกและข้อมากที่สุด ร้อยละ 6.70

ค่าระดับคะแนนเฉลี่ยตัวแปรด้านบทบาทการบริหารจัดการของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.03$ ,  $SD = .44$ ) ตัวแปรด้านการจัดการความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.86$ ,  $SD = .48$ ) และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.45$ ,  $SD = .47$ ) (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับบทบาทการบริหารจัดการ การจัดการความปลอดภัย ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลทั่วไป (n=326)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
บทบาทการบริหารจัดการ	4.03	.44	มาก
การจัดการความปลอดภัย	3.86	.48	มาก
ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย	4.45	.47	มาก

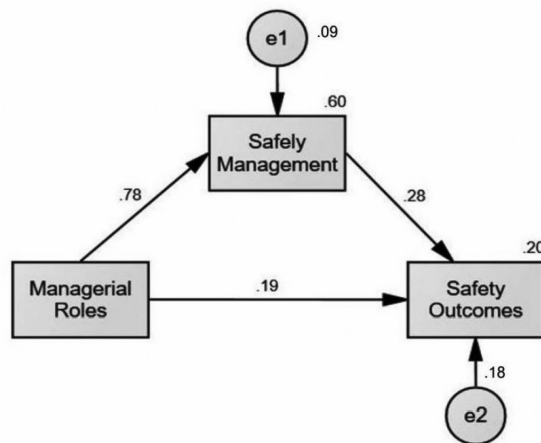
ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการบริหารจัดการ การจัดการความปลอดภัย และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยเป็นไปตามสมมติฐาน ดังนี้ บทบาทการบริหารจัดการมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นของโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .19 ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานที่ 1 บทบาทการบริหารจัดการมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยโดยผ่านการจัดการความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นของโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .41 บทบาทการบริหารจัดการมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการจัดการความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นของโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .78 และการจัดการความปลอดภัยมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อผลลัพธ์ด้าน

ความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นของโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ .28 ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานที่ 2 โมเดลเส้นทางความสัมพันธ์มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า ค่าดัชนีที่ได้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Hair & Black, 2010) ดังนี้ (Chi-square= .007, df=1, P-value=.934, Chi-square/df= .007, CFI=1.000, GFI=1.000, AGFI=1.000, RFI=1.000, NFI=1.000, TLI=1.008, RMSEA=.000, RMR=.000) ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานที่ 3 หลังตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้และตัวแปรแฝงทั้งหมดไม่เกิน .90 บ่งชี้ว่า ไม่เกิดสหสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) (Hair & Black, 2010) เมื่อนำเข้าสู่การวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ พบว่า โมเดลสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ดังตารางที่ 2 และ ดังแผนภาพที่ 2)

**ตารางที่ 2** ค่าสถิติการวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไป

Hypothesis	Casual Model	Standardized regression Coefficient			t-Value	R <sup>2</sup>	Hypothesis Test
		Direct Effect	Indirect Effect	Total Effect			
H1	MR → SO	.19	-	.19	2.41***	.20	Accept
H2	MR → SM → SO	.19	.22 (.78*.28)	.41	-	.20	Accept
H3	*						Accept

<.05 \*สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์



**แผนภาพที่ 2** โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัย ต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย

### อภิปรายผล การวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการทดสอบความสอดคล้องของโมเดลเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัยต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทั่วไปกับข้อมูลเชิงประจักษ์และเป็นไปตามสมมติฐานดังนี้

**สมมติฐานที่ 1** บทบาทการบริหารจัดการมีอิทธิพลทางตรงต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย ( $\beta=.19, p<.01$ ) อภิปรายได้ว่า บทบาทการบริหารจัดการเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินงานของผู้บริหารระดับต้นในการให้บริการพยาบาลที่ต้องคำนึงถึงคุณภาพและผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย (Quinn, Faerman, Thompson, & McGrath, 2003) ซึ่งในบทบาทการบริหาร

จัดการนี้คล้ายกับผลการศึกษาในบริบทอื่นดังผลการ  
ศึกษาของซาบิฮิราด โมจเดห์ ซาฮีราดี (Zabihirad, Mojdeh,  
& Shahriari, 2019) พบว่า อัตราความผิดพลาด ในการ  
ดูแลก่อนและหลังการผ่าตัดสูงกว่าการดูแลระหว่างผ่าตัดที่  
เกิดจากพยาบาลทีมผ่าตัด ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า  
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดยังต้องมีการ  
พัฒนาบทบาทการบริหารจัดการของผู้บริหารระดับต้น  
เพิ่มขึ้นอีก และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า บทบาทการ  
บริหารจัดการของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น  
สามารถทำนายผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยได้ ร้อยละ 20  
( $R^2=.20$ ) อภิปรายได้ว่า จากการทบทวนวรรณกรรม  
ในบริบทของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของ  
ประเทศไทยเป็นองค์ความรู้ใหม่ และยังไม่มีการศึกษา  
บทบาทการบริหารจัดการของผู้บริหารการพยาบาล  
ระดับต้นกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ผลการ  
ศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า บทบาทการบริหารจัดการของ  
ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นสามารถทำนายผลลัพธ์  
ด้านความปลอดภัยได้เพียงร้อยละ 20 ( $R^2=.20$ )

**สมมติฐานที่ 2** บทบาทการบริหารจัดการมี  
อิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย  
โดยผ่านการจัดการความปลอดภัยของผู้บริหารการ  
พยาบาลระดับต้น ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ  
ห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทั่วไป ( $TE=.41, p<.05$ )  
อภิปรายได้ว่า หากผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นมี  
บทบาทการบริหารจัดการที่ดี สามารถขับเคลื่อน ส่งเสริม  
สนับสนุน และกำหนดแผนงานพัฒนาการจัดการด้าน  
ความปลอดภัยโดยมุ่งเน้นและผลักดันให้พยาบาลวิชาชีพ  
ห้องผ่าตัดตระหนักในบทบาทของตนเองในการพัฒนา  
ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของกลุ่มงานการพยาบาล  
ผู้ป่วยห้องผ่าตัดเป็นสำคัญ เพื่อความปลอดภัยและ  
ป้องกันภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้รับบริการการผ่าตัด ผู้ป่วย  
สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ตามข้อบ่งชี้และในเวลา  
ที่เหมาะสม (WHO, 2016) พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีความรู้

ทักษะ เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลลัพธ์  
ด้านความปลอดภัยที่ต้องการ (Donabedian, 2003)  
ซึ่งหากผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกลุ่มงาน  
การพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดให้ความรู้บุคลากร สร้าง  
ความตระหนักเกี่ยวกับความปลอดภัยผู้ป่วย และ  
ฝึกฝนบุคลากรให้เห็นความสำคัญของความปลอดภัย  
ผู้ป่วย โดยให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการตรวจสอบความ  
ผิดพลาด ร่วมกันแก้ไขปัญหา วัตถุประสงค์แก้ไข จะช่วยให้  
ระบบความปลอดภัยผู้ป่วยดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง  
และยั่งยืนมากขึ้น ดังผลการศึกษาของ อัมมูรี ตาลัค  
มัลลิตรา กรีธากริชณะ (Ammouri, Tailakh, Mullira,  
Greethakrishnan, 2015) พบว่า พยาบาลที่มีการบริหาร  
จัดการที่ดีนั้นเกิดจากการมีประสบการณ์การทำงาน  
มากขึ้น การนำข้อผิดพลาดจากผู้ป่วยมาปรับปรุงแก้ไข  
ทำความเข้าใจ และเรียนรู้ผู้ป่วยเพื่อพัฒนาการทำงาน  
ให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยที่ดี และป้องกันการ  
เกิดอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยซ้ำของผู้ป่วย นอกจากนี้  
ผลการวิจัยยังพบว่า บทบาทการบริหารจัดการมี  
อิทธิพลทางตรงต่อการจัดการด้านความปลอดภัย  
( $\beta=.78, p\leq.01$ ) อภิปรายได้ว่า ผู้บริหารการพยาบาล  
ระดับต้นมีการบทบาทการบริหารจัดการด้านการ  
ความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ มีการขับเคลื่อน  
มิติคุณภาพความปลอดภัยครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและ  
บุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้เป็นองค์กรที่ผู้รับบริการ  
เชื่อมั่นและไว้วางใจเพิ่มขึ้น ผู้บริหารการพยาบาลระดับ  
ต้นกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดต้องเรียนรู้  
และทำความเข้าใจในบทบาทการบริหารจัดการอย่าง  
ถ่องแท้ ใช้วิธีแก้ปัญหาหรือให้คำแนะนำเฉพาะหน้า  
อย่างชาญฉลาด (Quinn, Faerman, Thompson, &  
McGrath, 2003) ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาในบริบทอื่น  
ของ จริญญา บุญรอดรักษ์ อารีรัตน์ ขำอยู่ และ โสรัตน์  
วงศ์สุทธิธรรม (2017) พบว่า ความสามารถด้านการ  
จัดการความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชลบุรี โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.98$ ,  $SD = 0.49$ ) ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า หากผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นขาดทักษะในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การจัดการความปลอดภัยย่อมไม่มีประสิทธิภาพได้เช่นกัน และผลการวิจัยพบว่าการจัดการด้านความปลอดภัยมีอิทธิพลทางตรงต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย ( $\beta = .28$ ,  $p < .05$ ) อภิปรายได้ว่า การจัดการด้านความปลอดภัยเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด เนื่องจากในองค์กรมีระบบการจัดการด้านความปลอดภัยเพื่อพัฒนาคุณภาพและการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานตามนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ให้ผู้ป่วยปลอดภัยลดภาวะแทรกซ้อน มีความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และแก้ไขความล้มเหลวในการจัดการความไม่ปลอดภัยได้ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือขององค์กร ดังผลการศึกษาของเฟอเนาเดส-มูเนซ และคณะ (Fernandez-Muniz et al., 2007) พบว่า การมีส่วนร่วมด้านความปลอดภัยมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

**สมมติฐานที่ 3** โมเดลเส้นทางความสัมพันธ์ของบทบาทการบริหารจัดการ การจัดการความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ค่าดัชนีตรวจสอบความสอดคล้องตามเกณฑ์ค่าสถิติมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Hair & Black, 2010) สามารถสรุปได้ว่า โมเดลอิทธิพลของบทบาทการบริหารจัดการ การจัดการความปลอดภัย ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไปที่พัฒนาขึ้น

มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพบว่า โมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยได้ร้อยละ 20 หมายถึง โมเดลเส้นทางความสัมพันธ์ที่ประกอบด้วยบทบาทการบริหารจัดการ การจัดการความปลอดภัย ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นกับผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย สามารถใช้ได้จริงในบริบทผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S)

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. ผู้บริหารองค์กรการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปสามารถนำโมเดลเส้นทางความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการบริหารจัดการและการจัดการความปลอดภัยของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยไปวางแผนขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดให้เป็นรูปธรรม โดยให้มีการพัฒนาบทบาทการบริหารจัดการ การจัดการความปลอดภัย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยที่ดีของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

2. จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดปฏิบัติงานโดยหมุนเวียนไปทุกแผนก (ร้อยละ 68.40) ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นควรส่งเสริมให้พยาบาลทุกคนเข้ารับการฝึกอบรมเฉพาะทาง อบรมการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดระยะสั้น และพัฒนาสมรรถนะบุคลากรเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานให้แก่พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี เพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด

3. ควรพัฒนาการจัดการด้านความปลอดภัย โดยเฉพาะด้านการควบคุม การทบทวนวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุและอุบัติการณ์ที่เป็นอันตรายต่าง ๆ ที่ได้รับรายงานการสืบสวนและการบันทึกเพื่อปรับปรุงมาตรการการควบคุมความปลอดภัยที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานของหน่วยงานห้องผ่าตัด

## ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ไปศึกษาต่อในบริบทของโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่ต่างขนาดกันหรือสังกัดหน่วยงานอื่นสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นวิจัยเชิงปฏิบัติเพื่อให้ได้เนื้อหาบทบาทรจัดการ การจัดการด้านความปลอดภัย และผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยที่ครอบคลุมมากขึ้น โดยพัฒนาโปรแกรมในการจัดการ

ด้านปลอดภัยของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไป

2. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของผลลัพธ์ด้านความปลอดภัย มีตัวแปรจากผลการศึกษาศาสนาสามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 20

## เอกสารอ้างอิง

- จริญญา บุญอรตรักษ์, อารีรัตน์ ขำอยู่, และโสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม. (2562). ปัจจัยทำนายความสามารถด้านความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชลบุรี. *วารสารแพทยนาวิ*, 46 (3), 552-565.
- สมรัตน์ จารุลักษณ์นันท์, ยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์, ศิริพร ปิติมานะอารี, เทวราชรักษ์ วีระวัฒนนันท์, วรีน เล็กประเสริฐ, ศศิกานต์ นิมานรัตน์, และวรารุช ภาพพิเศษพันธ์. (2560). *การศึกษาอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีจากการรายงานอุบัติการณ์ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- Ammouri, A. A. Tailakh, A. K. Mullira, J. K., & Greethakrishnan, R. (2015). Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review*, 62(1), 102-110.
- Au Yong, H. N., Usmonov, K., Ramendran, S. P. R., C., & Yeoh, G. G., & Surlenty, L. (2018). Pilot testing on safety performance among healthcare professionals. *Journal of Generic Medicines: The Business Journal for the Generic Medicines Sector*, 14(3), DOI:10.1177/1741134318776702
- Brislin, R. W. (1986). The wording and translation of research instruments. in W. L. Lonner & J. W. Berry (Eds). *Field Methods in Cross-cultural Research*, Newbury Park, CA, 185-216.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and application*. Newbury Park, CA: Sage.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Fernández-Muñiz, B., Montes-Peon, J. M., & Vazquez-Ordas, C. J. (2007). Safety management system: Development and validation of a multidimensional scale. *Journal of Loss Prevention in the process Industries*, 20(1), 52-68.
- Gubta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., Karu, H., & Karu, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials. *Saudi J Anaesth*, 10(3), 328-331.

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Ham Ronald, L. (2010). *Multivariate Data analysis* (7<sup>th</sup>ed.). New Jersey: Prentice. Philadelphia.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30(3), 607-610.
- Martins, F. Z., & Dall'Agno, C. M. (2016). Surgical center: challenges and strategies for nurses in managerial activities. *Original Papers Rev. Gaúcha Enferm. (Online)*, 37(4), e56945 <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.56945>
- NHS Improvement. (2017). *Provisional publication of never events reported as occurring between 1 April 2017 and 31 January 2018*. Retrieved from: <https://improvement.nhs.uk/resources/never-events-data/>
- Parker, J. (2015). *Root cause analysis in healthcare: tools and techniques* (5<sup>th</sup>ed.). Department of Publications and Education. Joint Commission Resources. Illinois: Oak Brook.
- Parreira, P., Lopes, A., Salgueiro, M. F., Carvalho, C., Salgueiro-Oliveira, A., Castilho, A., & Fonseca, C. (2015). Quinn's Leadership Roles: A Confirmatory Factor Analysis Study in Portuguese Health Services. *César João Fonseca*, 11(1), 177-202.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Research in Nursing Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10<sup>th</sup>ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Quinn, R. E., Faerman, S. R., Thompson, M. P., & McGrath, M. R. (2003). *Becoming a Master Manager: A Competency Approach* (3<sup>rd</sup>ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Spigener, J. (2017). *Safety Leadership: 11 characteristics of great safety performers*. *Safety + Health. The official magazine of the NSC Congress & Expo*. Retrieved from <https://www.safetyandhealthmagazine.com/articles/15960-safety-leadership-> [2018, October 15]
- Uribe-leitz, T., Jaramilo, J., Maurer, L., Fu, R., Esquivel, M. M., Gawande, A. A., et al. (2016). Variability in mortality following caesarean delivery, appendectomy, and groin hernia repair in low-income and middle-income countries: a systematic review and analysis of published data. *Lancet Glob Health*, 4(3), e165-74.
- World Health Organization (WHO). (2016). *Atlas of eHealth country profiles: the use of eHealth in support of universal health coverage*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565219> [accessed 2021-04-29]
- Zabihirad, J., Mojdeh, S., & Shahriari, M. (2019). Nurse's perioperative care errors and related factors in the operating room. *Electron J Gen Med*, 16(2), 1-6. <https://doi.org/10.29333/ejgm/94220>



ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2  
ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
Factors Predicting Quality of Life in caregivers of Type 2  
Diabetes patients During the Coronavirus 2019 Pandemic

อณัญญา ลาลูน, วท.ม., Ananya Lalun, Ms.c.<sup>1\*</sup>

ลนาไพร ขวาทไทย, วท.ม., Lanaprai Kwathai, Ms.c.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Lecturer, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

\*Corresponding Author Email: mininok.120422@gmail.com

Received: January 20, 2022

Revised: May 10, 2022

Accepted: June 10, 2022

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลนาผาย จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 145 คน ได้จากการเลือกแบบสะดวก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุงแบบวัดการเผชิญความเครียด แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.86 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.89, 0.88, 0.76, 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการวิเคราะห์การถดถอยพหุผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 86.42, S.D.  $\bar{X}$  = 17.90) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  = 33.68, S.D. = 8.62) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 23.03, S.D. = 4.45) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 20.35, S.D. = 4.02) และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 9.35, S.D. = 2.87) และพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีจำนวน 2 ตัว คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและ การเผชิญความเครียด

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the level of quality of life, factors related to the quality of life, and factors predicting quality of life in caregivers of type 2 diabetes mellitus patients during the Coronavirus 2019 pandemic. The participations were 145 caregivers of type 2 diabetes mellitus patients who were conveniently selected. Research tools were questionnaires that included the demographic data, Suanprung Hospital's stress assessment form, stress coping scale, social support questionnaire, and the quality of life questionnaire. The content validity index of a questionnaire was 0.86. The reliability coefficients of each sub-parts were 0.89, 0.88, 0.76, 0.86, and 0.82, respectively. For data analysis, descriptive statistics and multiple regression were analyzed. The results demonstrated that the overall quality of life in caregivers of type 2 diabetes mellitus patients during the Coronavirus 2019 pandemic was moderate level ( $\bar{X} = 86.42$ , S.D. = 17.90). When considering each aspect, it revealed that the quality of life in the environment was at a good level ( $\bar{X} = 33.68$ , S.D. = 8.62). The quality of life for physical health ( $\bar{X} = 23.03$ , S.D. = 4.45), psychological quality of life ( $\bar{X} = 20.35$ , S.D. = 4.02), and quality of life social relationships ( $\bar{X} = 9.35$ , S.D. = 2.87) was moderate. Moreover, the most factors influencing the quality of life in caregivers of type 2 diabetes patients were social support and coping with stress ( $P < 0.01$ ).

**Keywords:** caregivers of type 2 Diabetes Patients, Quality of Life, Coronavirus 2019 Pandemic

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรงและพบได้บ่อยที่สุดอีกโรคหนึ่ง เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยสมาคมเบาหวานนานาชาติคาดการณ์ว่าจะมีประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 536.6 ล้านคน ในปี 2021 และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเป็น 783.2 ล้านคน ในปี 2588 (Ogurtsova, et al. 2022) ประเทศไทยมีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นกันซึ่งเป็นสัญญาณที่อันตราย เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากร่างกายไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ หรือผลิตได้แต่ไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาจทำให้มีระดับน้ำตาลสูงเป็นเวลานานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้ (ธีรศักดิ์ พาจันท์,

กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนุรัตน์, และนิรันทร ฤาละคร, 2565) โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีทั้งต่อเส้นเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายและทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่อันตราย เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ การถูกตัดขาหรือเท้า และเกิดภาวะทุพพลภาพส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ (อรพินท์ สีขาว, 2559; Arnold, et al. 2021; ธีรศักดิ์ พาจันท์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนุรัตน์, และนิรันทร ฤาละคร, 2565) ดังนั้นผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนและสังคมรอบคอบทุกมิติทั้งจากการสูญเสียและการเกิดภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายนำไปสู่การ

ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันที่เคยทำ ที่สำคัญกลายเป็นภาระทางสังคม เศรษฐกิจ ทำให้กระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ (อณัญญา ลาลุน และ บขพร วิรุณพันธ์, 2564; Chami, & Khaled, M. B. 2022) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ความรุนแรงของโรค อาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ซึ่งอาจเกิดความเครียด วิตกกังวลได้จากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ (ยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์, และมณีนรัตน์ พรหมณี, 2557) เช่น การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 นำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ ที่ยากต่อการแก้ไขได้และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัวที่ต้องรับภาระ และดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย (ยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์, และมณีนรัตน์ พรหมณี, 2557) อาจเห็นเด่นชัดน้อย อ่อนเพลีย ขาดรายได้ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น (รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒยา, และนันทวรรณ สุวรรณรูป, 2560)

การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 จนถึงปัจจุบันนั้นได้กลายเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกมุมโลกยากแก่การแก้ไขส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจส่งผลกระทบต่อประชาชนทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาทางรายได้ ด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเปราะบางและมีปัญหาด้านสุขภาพ (ธีระพงษ์ ทศวัฒน์, และปิยะกมล มหิวรรณ, 2563) ไม่แข็งแรงและมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องเกิดผลกระทบจากโรคเบาหวานและพยาธิสรีรวิทยาจากภาวะโรคที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาเมื่อร่างกายเกิดการติดเชื้อแล้วทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อาจทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ได้ง่ายและนำไปสู่การเกิด

ภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย ป้องกันและแก้ไขได้ลำบาก นำไปสู่การเสียชีวิตตามมา (Malik, Ahmed, Shinde, Almermesh, Alghamdi, Hussain, Anwar, 2022) เมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้น นอกเหนือจากด้านร่างกายแล้ว ยังต้องดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย เช่น ความกลัว วิตกกังวล และเกิดความเครียดได้ (กรมสุขภาพจิต, 2563) ดังนั้นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงอาจได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน บางรายอาจขาดแหล่งสนับสนุนที่ดีทำให้เกิดความเครียดจากการดูแล นำไปสู่ปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจ หากไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมอาจทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานได้รับการดูแลที่ไม่ดีและจากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการเงิน ซึ่งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป บางรายไม่ได้ทำงานทำให้ขาดรายได้ แยกตัวเองเกิดปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพใจ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เป็นต้น (นิพร ชัดตา, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และอภิญา ศิริพิยาคุณกิจ, 2561) จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่กล้าออกจากบ้าน มีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งเป็นผลมาจากความเครียดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นผลมาจากภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เป็นต้น จึงอาจส่งผลกระทบต่อการมีคุณภาพชีวิตทั้งในผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังไม่หายขาดต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุบางรายมีภาวะทุพพลภาพจึงมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จึงเป็นภาระที่หนัก ไม่มีวันหยุดไม่มีเวลาเป็นของตนเอง

(ดลฤดี ทับทิม, อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และอรพินทร์ ชูชม, 2563) จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสภาวะของตนเองตามบริบทสภาพแวดล้อมวัฒนธรรม ประกอบไปด้วย 4 ด้านคือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒนายุ, และนันทวรรณ สุวรรณรูป, 2560) เนื่องจากผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง บางครั้งอาจไม่สามารถจัดการแก้ไขไม่สามารถปรับตัวได้ ไม่ได้การสนับสนุนที่ดี รู้สึกเป็นภาระจนส่งผลให้เกิดความเครียดอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น (รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒนายุ, และนันทวรรณ สุวรรณรูป, 2560) ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญในการดูแลและส่งเสริมฟื้นฟูสภาพเป็นกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วยหากผู้ดูแลมีสุขภาพดี ไม่เกิดความเครียดในการดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดี ก็จะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนก่อปัญหาต่าง ๆ ตามมาเป็นสิ่งที่มีมีความสำคัญดังนั้นในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 อาจส่งผลต่อการปรับตัว บางรายต้องปรับบทบาท ความรับผิดชอบและเผชิญสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและส่งผลกระทบต่อชีวิต อาจทำให้ครอบครัว ญาติผู้ดูแล ประเมินสถานการณ์ได้ไม่ดี ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ เกิดความเครียด

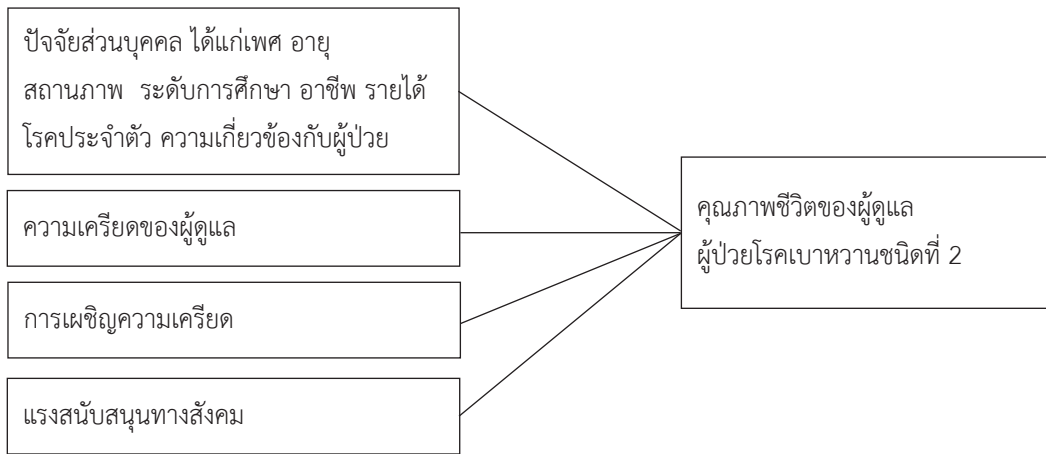
กังวลต่อปัญหาต่าง ๆ ทั้งปัญหาสุขภาพ ปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย การดำเนินชีวิต ความสุขในชีวิตลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ญาติผู้ดูแลต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (The WHOQOL group, 1996) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนาย คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้** เป็นญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ ที่มีประวัติมารับการรักษารักษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ ในปี 2563 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2563 )

**2. กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) = 0.95 ขนาดของอิทธิพล (effect size) = 0.15 ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 (นิพัทธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพชร, และญาติ นภาอารักษ์, 2562) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 138 คน เพื่อลดการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เป็น 145 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) เก็บข้อมูลในช่วงเดือน ตุลาคม-ธันวาคม 2563 มีเกณฑ์กำหนดคุณสมบัติดังนี้

### 2.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 2.1.1 เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
- 2.1.2 สามารถสื่อสารได้เข้าใจ
- 2.1.3 เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 180 mg% ขึ้นไป
- 2.1.4 เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย

### 2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 2.2.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

## 3. เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

### 3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่

เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

โรคประจำตัว และความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจำนวน 8 ข้อ

### 3.2 แบบประเมินความเครียด

ของโรงพยาบาลสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20) (กรมสุขภาพจิต, 2563) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับคะแนนดังนี้ไม่รู้สึกรู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก และรู้สึกเครียดมากที่สุดให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ แบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน 0-23 หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 24- 41 หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 42- 61 หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับสูง

ช่วงคะแนน 62 ขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง

### 3.3 แบบวัดการเผชิญความเครียด ที่ผู้วิจัย

ได้ปรับปรุงมาจากกิริติญา ไทยอยู่ (2558) จำนวน 30 ข้อ แบบวัดนี้มีลักษณะพฤติกรรมที่แสดงถึงการกระทำที่ต่อเนื่องเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ก่อให้เกิดความเครียด ความยุ่งยากใจ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ โดยมีความหมายของระดับความถี่บ่อยที่สุด 5 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือการกระทำของผู้ดูแลมากที่สุด บ่อยบางครั้ง 4 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือการกระทำของผู้ดูแลเป็นส่วนมาก บางครั้ง 3 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือการกระทำของผู้ดูแลน้อย นาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดหรือการกระทำของผู้ดูแลน้อยที่สุด ไม่เคยเลย 1 คะแนน หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดหรือการกระทำของผู้ดูแลเลย

การแปลค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ซึ่งมีเฉลี่ยระหว่าง 1-5 คะแนน แปลผล ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการเผชิญความเครียดค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายความว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบนั้นในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายความว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบนั้นในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายความว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบนั้นในระดับสูง (รัตนา ศิริพานิช, 2535)

### 3.4 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุน

ทางสังคมสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 22 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทุกข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้ได้รับตลอดเวลา ได้รับบ่อยครั้ง ได้รับบางครั้ง ได้รับนาน ๆ ครั้ง และไม่ได้รับเลย ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลความหมายการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมพิจารณาเกณฑ์ 5 ระดับโดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ แล้วแบ่งเป็น 5 ช่วงจัดระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร. 2542)

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด

### 3.5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้แบบประเมินขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย 26 ข้อ (WHOQOL-BREF) และปรับปรุงโดยสุวัฒน์ มัทนรินทร์กุล และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อแบ่งออกเป็น

4 องค์ประกอบดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต ข้อความที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตมีตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อรวมคะแนนทุกข้อได้เท่าไรสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26-60 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี  
คะแนน 61-95 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ  
คะแนน 96-130 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### 4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดการเผชิญความเครียด แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีการตรวจสอบความตรงภายในโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 30 รายที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองและมีบริบทคล้ายคลึงกันได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยเท่ากับ 0.76 และ 0.80 ตามลำดับ

#### 5. วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ เพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือ และนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและมีผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพของคลินิกโรคเรื้อรังเป็นผู้คอยให้คำแนะนำช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

#### 6. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ 007/2562 ผู้วิจัยได้ให้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการร่วมโครงการวิจัย ให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมและตอบข้อซักถาม รวมทั้งได้ชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ การรักษาความลับและข้อมูลส่วนบุคคล โดยยึดหลักตามหลักจริยธรรมตลอดขั้นตอนการศึกษา ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามได้ยินดีและลงนามในใบยินยอมให้เก็บข้อมูลในการวิจัยเป็นอย่างดี

#### 7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละนำเสนอเป็นรูปตารางประกอบความเรียง

7.2 วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมในการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และสถิติถดถอยพหุคูณแบบ

#### ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.31 มีอายุระหว่างอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 33.10 เป็นส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 83.45 ส่วนมากจบระดับการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.03 อาชีพหลัก ได้แก่ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.59 มีรายได้ต่อเดือนในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน

ร้อยละ 50.34 ส่วนมาก มีรายได้เพียงพอร้อยละ 55.17 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.90 เมื่อพิจารณาข้อมูลความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ดูแลพบว่าส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 59.31 รองลงมาได้แก่ บุตร ร้อยละ 31.72 และญาติร้อยละ 8.97 ตามลำดับ

**ส่วนที่ 2** ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลนาผาย จังหวัดชัยภูมิ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 86.42, S.D. = 17.90) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  = 33.68,

S.D. = 8.62) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 71.72 ส่วนด้านสุขภาพกาย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 23.03, S.D. = 4.45) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.72 ด้านจิตใจ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 20.35, S.D. = 4.02) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.83 และด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 9.35, S.D. = 2.87) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.14 (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวนและร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=145)

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิต			$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านสุขภาพกาย	9 (6.21)	104 (71.72)	32 (22.07)	23.03	4.45	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	4 (2.76)	94 (64.83)	47 (32.41)	20.35	4.02	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	40 (27.59)	64 (44.14)	41 (28.28)	9.35	2.87	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 (5.52)	33 (22.76)	104 (71.72)	33.68	8.62	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	13 (8.97)	83 (57.24)	49 (33.79)	86.42	17.90	ปานกลาง

**ส่วนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความเครียดการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

พบว่าความเครียด ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การเผชิญความเครียด และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดการเผชิญความเครียดแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=145)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2		
	ค่าสถิติ	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความเครียด	$r = 0.071$	0.397	ไม่มีความสัมพันธ์
.01 การเผชิญความเครียด	$r = 0.233^{**}$	0.005	น้อย
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม			
การสนับสนุนทางด้านจิตใจ	$r = 0.716^{**}$	<0.001	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านการเห็นคุณค่า	$r = 0.661^{**}$	<0.001	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วม	$r = 0.639^{**}$	<0.001	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	$r = 0.569^{**}$	<0.001	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านการเงินและสิ่งของ	$r = 0.609^{**}$	<0.001	ปานกลาง
รวม	$r = 0.683^{**}$	<0.001	ปานกลาง

**ส่วนที่ 4** ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของความเครียด การเผชิญความเครียดแรงสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพล

มากที่สุดที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีจำนวน 2 ตัว คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและ การเผชิญความเครียด (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวแปร	B	SE	beta	t	Sig.
Constant	21.551	5.936		3.630	0.000
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	21.461	1.837	0.681	11.680	0.000
การเผชิญความเครียด	6.419	1.651	0.227	3.887	0.000

$R=.719$ ,  $R^2=.518$ ,  $SEE=12.525$ ,  $76.175^*$ ,  $Sig. of F=.000$

\* $p$ -value < 0.01

โดยสามารถสร้างเป็นสมการดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Y = 21.551 + 21.461 (\text{การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม}) + 6.419 (\text{การเผชิญความเครียด})$$

### อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิพร ชัดตา, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, และอภิญาศิริพิยาคุณกิจ (2561) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่าคุณภาพชีวิตญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์, และมณีนรัตน์ พรหมณี (2557) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะฟังกาในเขตอำเภอมนรมย์ จังหวัดชัยนาท พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะฟังกาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของกังวานไทย ออกตลาด (2560) ที่ได้ศึกษาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงโรงพยาบาลห้วยเก็ง จังหวัดอุดรธานี พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงอยู่ในระดับปานกลางและสอดคล้องกับการศึกษาของ รวีวรรณ

กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒยา, และนันทวรรณ สุวรรณรูป (2561) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนนท์ บุริมาตย์, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, และกวรรณ ยอดไม้ (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังกาในจังหวัดจันทบุรี พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังกาอยู่ในระดับดีและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ, กนกพร สุคำวัง, และภารดี นานาศิลป์ (2561) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี จึงอธิบายได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรม อาจเนื่องมาจากถึงแม้จะมีอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคแต่สังคมชนบทอีสานประกอบไปด้วยบุตรหลาน และสมาชิกในชุมชนที่ให้ความเอาใจใส่สอบถามสารทุกข์ การดำเนินชีวิตในชุมชนยังอาศัยพึ่งพากันเป็นอย่างดีประกอบกับ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีทำให้การติดต่อสื่อสารกันได้หลายช่องทางจึงอาจทำให้ผู้ดูแลนั้นเกิดความพึงพอใจ ได้รับการเอาใจใส่และรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของตนได้ อย่างไรก็ตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางสังคมโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคมทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล ซึ่งได้รับผลกระทบจากสถานการณ์นี้ไม่มากนักน้อย (ธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยะกมล มหิวรรณ, 2563) อาจทำให้ญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่ได้ออกมาใช้ชีวิตปกติ ในขณะที่เดียวกันผลกระทบสำคัญที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้คือการต้องอยู่แต่ในบ้าน โดยมีได้ออกไปประกอบอาชีพใด ๆ ได้เลยนั้น บุคคลต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางการเงินอย่างกะทันหันทำให้ญาติผู้ดูแลขาดรายได้ บางรายอาจเกิดความเครียดและไม่สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ (รพีพงศ์ ยังวราสวัสดิ์ และพรธรวดี สมกิตติกานนท์, 2563) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ และในขณะเดียวกันการปรับแผนการดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนไปผู้ป่วยไม่ได้ไปพบแพทย์หรือรับยาที่โรงพยาบาลแต่รับยาอยู่ที่บ้าน ถึงแม้ว่าจะช่วยป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 แต่ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความเครียดเกี่ยวกับโรคซึ่งจะส่งผลกระทบต่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หากไม่สามารถดูแลตนเองได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายนำไปสู่ปัญหาการดูแลดังนั้นในช่วงการระบาดของเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 จึงอาจทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลางได้

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลนาผาย จังหวัดชัยภูมิ ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียด

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรนนท์ ปุริมาตย์, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, และกรวรรณ ยอดไม้ (2562) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาเยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญญา ศรีธราพิพัฒน์, และมณีนรัตน์ พรหมณี (2557) ที่พบว่าปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง จึงอธิบายได้ว่าหากผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้นจึงพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ ซึ่งหากผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงของแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีได้ (ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ, กนกพร สุคำวัง, และภารดี นานาศิลป์, 2561) นอกจากนี้การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเนื่องด้วยแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตต่าง ๆ ในขณะนั้น ช่วยให้ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการ นอกจากนี้ในสถานการณ์การระบาดของเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้าน เช่นด้านเศรษฐกิจด้านการไปใช้บริการสุขภาพ เป็นต้น ต้องใช้ระยะเวลานานในการดูแลที่ต่อเนื่อง อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเหนื่อย ท้อแท้ และรู้สึกมีภาระที่ต้องรับผิดชอบ (ณัฐพงศ์ เป็นลาภ และธีรยุทธ รุ่งนรินทร์, 2559) ดังนั้นทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลจึงส่งผลต่อกันและสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ได้

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแนวทางในการการติดตามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเพื่อนำข้อมูลนั้นมาจัดโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตลอดจนโรคเรื้อรังอื่น ๆ
2. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำข้อมูลที่ได้ไปจัดโปรแกรมการสนับสนุนและส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต การช่วยเหลือการดูแลแก่ญาติผู้ดูแล

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *องค์ความรู้การดูแลสุขภาพใจ ในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 “ใจพร้อม ไม่ยอมป่วย”*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2563, จาก <https://www.dmh.go.th/test/Download/>
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/test/Download/>
- กิริติญา ไทยอู่. (2558). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญวานไทย ออกตลาด. (2560). ศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงโรงพยาบาลห้วยเก็งจังหวัดอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 25(3), 231-240.
- จิรนนท์ ปุริมาตย์, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, และกรวรรณ ยอดไม้. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(4):610-619.
- ดลฤดี ทับทิม, อังคินันท์ อินทรกำแหง, และอรพินทร์ ชูชม. (2563). ความเข้มแข็งทางใจของญาติผู้ดูแล: สิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(1):1-16.
- ธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยะกมล มหิวรรณ. (2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). *วารสารมหาจุฬานาครธรรม*, 7(9), 40-55.
- ธีรศักดิ์ พาจันท์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนารัตน์ และนิรันทร ธาระคร. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อจังหวัดหนองคาย. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 285-298.
- ณัฐพงศ์ เป็นลาภ และธีรยุทธ รุ่งนิรันดร. (2559). ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 60(4), 425-438.
- ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ, กนกพร สุคำวัง, และภารดี นานาศิลป์. (2561). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *พยาบาลสาร*, 45(2), 1-13.

- นิพร ชัดตา, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และอภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรภาวะการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 24(2), 108-129.
- นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพชร, และญาติานนภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*POWER. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 5(1), 496-507.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ; ด้านสุทธธการพิมพ์.
- รพีพงศ์ ยังวราสวัสดิ์ และพรรณวดี สมกิตติกานนท์. (2563). การจัดการความเครียดทางการเงินในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*. 6(1), 1-9.
- รวีวรรณ กลิ่นสุวรรณ, นันทิยา วัฒนายุ, และนันทวรรณ สุวรรณรูป. (2560). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(1), 25-66.
- รัตนา ศิริพานิช. (2535). *หลักการสร้างแบบสอบวัดทางจิตวิทยาและทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: สาขาจิตวิทยาคณะศิลปศาสตร์.
- เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญา ศรีธราพิพัฒน์, และมณีรัตน์ พรหมณี. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมนรมย์ จังหวัดชัยนาท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 23(2), 104-108.
- อนัญญา ลาลุน และบษพร วิรุณพันธ์. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรณบุรี*. 11(1), 66-80.
- อรพินท์ สีขาว. (2559). *การจัดการโรคเบาหวาน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พริ้นต์.
- Arnold, S. V., Khunti, K., Tang, F., Chen, H., Nicolucci, A., Gomes, M. B., ... & DISCOVER investigators. (2021). Impact of micro-and macrovascular complications of type 2 diabetes on quality of life: Insights from the DISCOVER prospective cohort study. *Endocrinology, Diabetes & Metabolism*, <https://doi.org/10.1002/edm2.321>
- Chami, M. A., & Khaled, M. B. (2022). Epidemiology, diagnosis, and assessment of diabetes mellitus in the elderly population: a purposive review. *The North African Journal of Food and Nutrition Research*, 6(13), 9-21.
- WHOQOL Group. (1996). WHO QOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Retrieved June 1, 2020 from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOL-BREF.pdf?sequence=1>

- Ogurtsova, K., Guariguata, L., Barengo, N. C., Ruiz, P. L. D., Sacre, J. W., Karuranga, S., ... & Magliano, D. J. (2022). IDF diabetes Atlas: Global estimates of undiagnosed diabetes in adults for 2021. *Diabetes research and clinical practice*, 183, <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109118>.
- Malik, A.J., Ahmed, S., Shinde, M., Almermesh, S.H.M, Alghamdi, S., Hussain, A., & Anwar, S. (2022). The Impact of COVID-19 On Comorbidities: a Review Of Recent Updates For Combating It., *Saudi Journal of Biological Sciences* 29, 3586–3599.



# การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมการเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิต นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นสำหรับครูโรงเรียนสอนคนตาบอด The Development of Training Program to Enhance Counseling Competency of School Teacher for The Blind

พรรณวิภา บรรณเกียรติ, ค.ด., Panvipa Bannakiet, Ph.D.<sup>1\*</sup>

สุวรรณา อนุสันติ, ค.ด., Suwanna Anusanti, Ph.D.<sup>2</sup>

นิราศศิริ โรจนธรรมกุล, คคม., Nirassiri Rojanadhamkul. MA.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ปทุมธานี

<sup>1</sup>Assistance Professor, Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, PathumThani

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

<sup>2</sup>Assistance Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์มิชชัน มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

<sup>3</sup>Assistance Professor, Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University, Bangkok

\*Corresponding Author Email: panvipa\_\_b@rmutt.ac.th

Received: April 27, 2022

Revised: May 17, 2022

Accepted: June 10, 2022

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมการเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นสำหรับครูโรงเรียนสอนคนตาบอด และ 2) ศึกษาสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นสำหรับครูโรงเรียนสอนคนตาบอด กระบวนการวิจัยประกอบด้วย 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน 2) การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นของครูโรงเรียนสอนคนตาบอด 3) การตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรม และ 4) การปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่างคือ ครูผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษาในโรงเรียนสอนคนตาบอด จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมฝึกอบรม แบบทดสอบความรู้ แบบวัดเจตคติ แบบประเมินความสามารถการให้คำปรึกษา และแบบประเมินความพึงพอใจ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที ผลการวิจัยที่ได้ 1) โปรแกรมฝึกอบรมโดยผลการประเมินหน่วยการเรียนรู้ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากและมากที่สุด และมี

ความสอดคล้องกันทุกองค์ประกอบ 2) ความรู้และเจตคติต่อการให้คำปรึกษาของครูหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม และสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ:** โปรแกรมฝึกอบรม การพัฒนาสมรรถนะครู การให้คำปรึกษา

## Abstract

The purposes of this research were: 1) to develop a training program to enhance the competency of teachers in schools for the blind in mental health *counseling* for students with defective vision; and 2) to study the mental health *counseling* competency of these school teachers of students with defective vision after the training. The research process consisted of 1) studying the background information; 2) developing a training program to enhance mental health *counseling* competency of school teachers for the blind; 3) verification of the effectiveness of the training program; and 4) revision the training program. The sample group consisted of 25 teachers who were responsible for *counseling* duties in schools for the blind. The research instruments consisted of the training program, an achievement test, an attitude assessment towards *counseling*, an evaluation of *counseling* ability, and a satisfaction assessment test. The data was analyzed by using mean, standard deviation, and t-test. The results were as follows: 1) Based on the evaluation results, the training program was determined to be highly appropriate and consistent in every aspect 2) The participants' knowledge and attitudes towards *counseling* after training was higher than before training and higher than the set criterion at significant statistical level of .05

**Keywords:** Training curriculum, teacher competency development, counseling

## บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติไว้ในหมวดที่ 4 ว่า รัฐต้องจัดการศึกษาให้กับเด็กทุกคน เพื่อพัฒนาร่างกาย จิตใจ วินัย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาให้สมกับวัยและช่วยเหลือผู้เรียนที่มีความต้องการพิเศษ เป็นส่วนหนึ่งของ ซึ่งนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นจัดเป็นผู้เรียนที่มีความต้องการพิเศษประเภทหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะคือ ตาบอดหรือมองเห็นเพียงเลือนลาง ทำให้มีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว วุฒิภาวะทางสังคม การพูด การใช้ภาษา

การรับรู้ และการปรับตัวด้อยกว่านักเรียนปกติ อย่างไรก็ตาม เด็กที่มีความบกพร่องทางการเห็นจะมีความชำนาญเกี่ยวกับการฟังซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของการเรียนรู้และการดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพ กอปรกับการดูแลช่วยเหลือที่ดีจากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะผู้ปกครองและครูจะทำให้เด็กที่มีความบกพร่องทางการเห็นมีเจตคติที่ดีมีประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณภาพ ทำให้สามารถช่วยเหลือตนเอง ปรับตัว และมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งใกล้เคียงคนปกติ (พัชรี จีวพัฒนกุล, 2558;

วงพัคตร์ ภูพันธ์ศรี, 2562) ทั้งนี้ พรรณวิภา บรรณเกียรติ และเจษฎา บุญมาโฮม. (2561) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็น ด้วยการสนทนากลุ่มจากผู้แทนนักเรียน ครู ผู้ปกครอง นักวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลนักเรียนในโรงเรียนสอนคนตาบอดทั่วประเทศ พบว่านักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นมีภาวะวิตกกังวล มีปัญหาทางอารมณ์ที่มีลักษณะคลุมเครือ มีความรู้สึกไม่สบายใจ มีความกลัวแอบซ่อนอยู่ แสดงพฤติกรรมหงุดหงิด โกรธง่าย ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ไม่มีสมาธิ หลีกเลียงไม่ไปโรงเรียน โดยผู้ให้ข้อมูลเห็นตรงกันว่าปัญหาดังกล่าวเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาสุขภาพจิต ครูจึงต้องดูแลให้ความช่วยเหลือ เพราะสุขภาพจิตมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ โดยเฉพาะนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็น

การดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นสามารถดำเนินการได้หลายวิธี แต่วิธีการสำคัญที่นิยมใช้คือการให้คำปรึกษา เพราะการให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลด้วยการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ ให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง ผู้อื่น และบริบทต่าง ๆ สามารถวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เข้ากระทบ และตัดสินใจแก้ไขปัญหาได้ โดยมีผู้ให้คำปรึกษาช่วยดูแลตลอดกระบวนการ สำหรับผู้เรียนที่บกพร่องทางการเห็นนั้น การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการสื่อสารที่ช่วยให้บุคคลที่มีความต้องการพิเศษเผชิญกับปัญหาความคับข้องใจในเรื่องต่าง ๆ เพื่อช่วยให้พวกเขามีความเข้าใจตนเอง ยอมรับข้อจำกัดของตนเอง ผู้อื่นหรือสิ่งที่มีอิทธิพลทางสังคม รวมถึงการเรียนรู้ที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ และผ่านพ้นวิกฤติการณ์ของชีวิตด้วยวิธีการคิดบวก (มาลิน เนาว์นาน และธิดารัตน์ นงค์ทอง, 2562) ดังนั้น การให้คำปรึกษาจึงมีประสิทธิภาพสามารถดูแลสุขภาพจิตของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการ

เห็นได้ ซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการโดยครู ดังนั้น ครูผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีสมรรถนะการให้คำปรึกษาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ดูแลช่วยเหลือนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะสมรรถนะเป็นคุณลักษณะที่จำเป็นทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้ประสบความสำเร็จและมีคุณภาพ อีกทั้งสมรรถนะยังทำให้บุคคลสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่รับผิดชอบ (ดลจิตร์ ภูชมพูล และกาญจน์ เรืองมนตรี, 2563) ทั้งนี้ สมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็น ควรประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา บริบทและพัฒนาการของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็น ภาวะและการดูแลสุขภาพจิตของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น 2) ทักษะและทฤษฎีการให้คำปรึกษานักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็น และ 3) เจตคติต่อการดูแลช่วยเหลือและให้คำปรึกษาของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็น (สิริรัตน์ จรรย์รัตน์, ภาณุวัฒน์ ภัคดิวงศ์, วรินทร์ บุญยิ่ง, และจิตรา ดุษฎีเมธาสิริรัตน์, 2558) ดังนั้น สมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิต นักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นจึงควรประกอบด้วยความรู้ เจตคติ และความสามารถการให้คำปรึกษา แต่จากผลการวิจัยของกมลลักษณ์ สิทธิสวัสดิวุฒิ, ศรีสมร สุริยาศศิน, คมเพชร ฉัตรศุภกุล, และสมสรณุก์ วงษ์อยู่น้อย (2562) ที่ได้สำรวจสภาพปัญหาของการให้คำปรึกษาพบว่าครูส่วนใหญ่ขาดความรู้และทักษะการให้คำปรึกษา ทำให้ดำเนินการให้คำปรึกษาได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

การพัฒนาสมรรถนะการให้คำปรึกษาสามารถดำเนินการได้หลากหลายวิธี แต่วิธีการที่นิยมคือการฝึกอบรม เพราะใช้เวลาสั้นแต่ได้รับประสบการณ์ที่มีคุณภาพ ดังผลการวิจัยของสิริรัตน์ จรรย์รัตน์ และคณะ (2558) พบว่า ผู้ให้คำปรึกษาต้องการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และการปฏิบัติ โดยเลือกการฝึกอบรมเป็น

## วิธีการพัฒนาสมรรถนะลำดับที่ 1

โปรแกรมฝึกอบรมเป็นเครื่องมือพัฒนาบุคคลที่มีลักษณะการบูรณาการองค์ความรู้และประสบการณ์ผ่านกระบวนการจิตวิทยาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมาย ดังนั้นโปรแกรมฝึกอบรมจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนามนุษย์ในยุคปัจจุบัน เพราะโปรแกรมฝึกอบรมนั้นมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ การเสริมสร้างความรู้สึที่ดี ตระหนักรู้คุณค่าของตนเองและผู้อื่น พัฒนาความรู้และทักษะต่าง ๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางสร้างสรรค์ ดังที่พอเจตน์ ธรรมศิริขวัญ (2558) ได้กล่าวว่าหลักสูตรหรือโปรแกรมเป็นการจัดมวลประสบการณ์และกิจกรรมที่จัดไว้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ต่าง ๆ เกิดกระบวนการเรียนรู้ เกิดสมรรถนะสำคัญของผู้เรียนและคุณลักษณะอันพึงประสงค์ และอูร์ปรีโย เกิดในมงคล (2559) ที่กล่าวว่าโปรแกรมฝึกอบรมเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้และประสบการณ์อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ ความสามารถ และเจตคติ หรือที่เรียกว่าสมรรถนะของบุคคล อันจะช่วยปรับปรุงให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากเหตุผลตลอดจนความสำคัญดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยจึงมีความคิดที่จะพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมการเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นของครูโรงเรียนสอนคนตาบอด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะการให้คำปรึกษาของครู โดยหวังว่าผลที่ได้จากการวิจัยสามารถส่งเสริมการช่วยเหลือนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นให้ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพจิตที่ดีเติบโตเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศสืบไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นของครูโรงเรียนสอนคนตาบอด
2. เพื่อศึกษาสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นของครูโรงเรียนสอนคนตาบอดที่ได้รับการฝึกอบรมตามโปรแกรม

## นิยามศัพท์เฉพาะ

**โปรแกรมฝึกอบรม** หมายถึง ชุดเอกสารฝึกอบรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นของครูโรงเรียนสอนคนตาบอด ประกอบด้วย ปัญหาและความจำเป็น หลักการ วัตถุประสงค์ และเนื้อหาของโปรแกรม กิจกรรมฝึกอบรม สื่ออุปกรณ์ฝึกอบรม การวัดและประเมินผล และการประเมินหน่วยการเรียนรู้

**การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม** หมายถึง กระบวนการสร้างและพัฒนาการจัดมวลประสบการณ์ด้านความรู้ เจตคติ ความคิดเห็น นำไปพัฒนากลุ่มเป้าหมายให้เป็นไปตามที่คาดหวังโดยการศึกษาคำปรึกษา วิเคราะห์สัมภาษณ์ รวบรวมสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ใช้โปรแกรมฝึกอบรม จากนั้นจึงนำข้อมูลทีละประมวลได้ทั้งหมดมากำหนดรายละเอียดในแต่ละส่วนขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรม แล้วนำโปรแกรมฝึกอบรมไปทดลองใช้และประเมินผลการใช้โปรแกรมฝึกอบรมเพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมต่อไป

**ประสิทธิผลของโปรแกรมฝึกอบรม** หมายถึง ผลการนำโปรแกรมไปใช้ฝึกอบรมครูในโรงเรียนสอน

คนตาบอด ทั้งด้านความรู้ เจตคติ และความสามารถ การให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น แล้วตรวจสอบผลลัพธ์ของการพัฒนาสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นเกิดขึ้นหรือไม่ โดยประเมินจากองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้การให้คำปรึกษา วัดจากแบบทดสอบความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นที่มีลักษณะปรนัย วัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ 2) ด้านเจตคติต่อการให้คำปรึกษา วัดจากแบบวัดเจตคติต่อการให้คำปรึกษาที่มีลักษณะการวัดเจตคติของลิเคิร์ต (Likert) และ 3) ด้านความสามารถการให้คำปรึกษา วัดจากแบบประเมินความสามารถการให้คำปรึกษาที่มีลักษณะรูบิค (Rubrics) 5 ระดับ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**สมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น** หมายถึง ความสามารถให้คำปรึกษาของครูผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษาในโรงเรียนสอนคนตาบอดเพื่อช่วยเหลือสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความรู้ เจตคติ และความสามารถการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นในโรงเรียนสอนคนตาบอด ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์ผลการวิจัยของสิริรัตน์ จรรย์รัตน์ และคณะ (2558) และพรณวิภา บรรณเกียรติ และคณะ (2562) ทั้งนี้สมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นประกอบด้วย

1. ความรู้ของครูในการให้คำปรึกษา หมายถึง ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นของครูที่เข้ารับการอบรม ซึ่งได้มาจากการคะแนนแบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. เจตคติต่อการให้คำปรึกษา หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ ความพึงพอใจของครูที่เข้ารับการอบรม

ต่อการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นในสถานศึกษาที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งได้มาจากการคะแนนแบบวัดเจตคติต่อการให้คำปรึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. ความสามารถในการให้คำปรึกษา หมายถึง ความสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ให้คำปรึกษาในสถานศึกษา วัดได้จากแบบประเมินความสามารถการให้คำปรึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

## วิธีการดำเนินการวิจัย

**ขั้นตอนที่ 1** การศึกษาข้อมูลพื้นฐานมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวคิดทฤษฎี สภาพปัญหา ความต้องการจำเป็นสำหรับการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นของครูโรงเรียนสอนคนตาบอด เป็นการศึกษาเอกสารข้อมูลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น และสัมภาษณ์ผู้บริหาร ครู และนักวิชาการศึกษาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 25 คน เกี่ยวกับประเด็น 1) ปัญหาสุขภาพจิต ลักษณะพฤติกรรม และความต้องการการได้รับการดูแลช่วยเหลือของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น ข้อสรุปคือนักเรียนมีปัญหาสุขภาพจิตเกี่ยวกับปัญหาการเรียน การคบเพื่อน การปรับตัว กังวลเกี่ยวกับอนาคตในการดำเนินชีวิต การยอมรับจากบุคคลและสังคมภายนอก การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง โดยแสดงพฤติกรรมในลักษณะการเจ็บ เปิกเฉยต่อผู้อื่น บางครั้งแสดงพฤติกรรมเรียกร้องความสนใจหรือการแสดงความก้าวร้าวเพื่อให้ตนเองรู้สึกดีและได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง ส่วนประเด็นความต้องการความช่วยเหลือคือ การได้รับการยอมรับ การจัดกิจกรรมให้แสดงออกด้านความคิด ความรู้สึก การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่สนุกร่วมกับความท้าทาย การได้สนทนาพูดคุยกับบุคคลที่ตน

รู้สึกไว้ใจและอบอุ่น 2) สภาพปัญหาการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตในสถานศึกษาข้อสรุปคือการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การปฏิบัติหน้าที่ที่แนะแนวและการให้คำปรึกษาอยู่เสมอ แต่มุ่งมั่นที่จะปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้เรียน ต้องการพัฒนาตนเพื่อให้มีสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็น 3) แนวทางการพัฒนาสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็น ข้อสรุปคือ การดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างบุคคล 4 ฝ่าย คือนักวิชาการ ครูผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษา ผู้บริหาร และผู้ปกครองในการวางแผนตัดสินใจทุกขั้นตอน และวิธีการพัฒนาตนคือการอบรมเชิงปฏิบัติ และ 4) บริบทอื่น ๆ เพื่อการพัฒนาสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็น เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม

**ขั้นตอนที่ 2** การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นของครูโรงเรียนสอนคนตาบอด มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการเตรียมการ 2) ขั้นตอนการร่างโปรแกรม 3) ขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมด้วยการสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วยผู้บริหาร ครู ผู้ปกครองนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็น และนักวิชาการศึกษาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 16 คน จากนั้นปรับปรุงแล้วตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และทดลองใช้กับครูโรงเรียนสอนคนตาบอดพระมหาไถ่พิทยาศึกษาที่สมัครใจรับการอบรม จำนวน 9 คน และ 4) ขั้นตอนปรับปรุงโปรแกรมฝึกอบรม

ผลการประเมินความเหมาะสมของโครงสร้างโปรแกรมฝึกอบรมพบว่ามีความเหมาะสมโดยรวม

อยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาผลการประเมินความเหมาะสมเป็นรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากและมากที่สุด ผลการประเมินความสอดคล้องของโปรแกรมฝึกอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่า โปรแกรมฝึกอบรมมีความสอดคล้องกันทุกองค์ประกอบโดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง .80-1.00 ผลการทดลองใช้กับครูโรงเรียนสอนคนตาบอดพระมหาไถ่พิทยาศึกษาที่สมัครใจรับการอบรม จำนวน 9 คน พบว่า โปรแกรมฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นได้สูงขึ้น

**ขั้นตอนที่ 3** การทดลองใช้โปรแกรมฝึกอบรม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมและศึกษาปัญหาอุปสรรค ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมฝึกอบรมกับครูกลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบการทดลอง (experimental design) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการอบรม (one group pretest-posttest design) เพื่อประเมินสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นของครูโรงเรียนสอนคนตาบอด ซึ่งพิจารณาจากความรู้และเจตคติของครูที่เข้ารับการฝึกอบรมโดยเปรียบเทียบก่อน-หลังและภายหลังกับเกณฑ์ร้อยละ 80 ต่อมาภายหลังการอบรมผู้วิจัยได้มอบหมายให้ครูผู้เข้ารับการอบรมนำความรู้และประสบการณ์ไปใช้ให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นในสถานศึกษาของตนโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการนิเทศติดตามครูที่เข้ารับการฝึกอบรมโดยใช้ระบบการนิเทศติดตามเป็นรายสถานศึกษา เพื่อประเมินความสามารถการให้คำปรึกษากับเกณฑ์ที่ตั้งไว้

**ขั้นตอนที่ 4** การปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมฝึกอบรม มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์ โดยดำเนินการแก้ไขโปรแกรมฝึกอบรมจากนำไปทดลองใช้และการนิเทศติดตามผลการให้คำปรึกษาในสถานศึกษา เพื่อให้ได้โปรแกรมฝึกอบรม

ฉบับสมบูรณ์พร้อมที่จะนำไปใช้พัฒนาครูโรงเรียนสอนคนตาบอดต่อไป

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้บริหาร ครู และบุคลากรทางการศึกษาผู้ปฏิบัติงานให้คำปรึกษาในโรงเรียนสอนคนตาบอดทั่วประเทศไทย จำนวน 10 โรงเรียน ประกอบด้วย 1) โรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ 2) โรงเรียนการศึกษาคนตาบอดสันติจินตนา จังหวัดแพร่ 3) โรงเรียนการศึกษาคนตาบอดนครราชสีมา 4) โรงเรียนการศึกษาคนตาบอด ขอนแก่น 5) โรงเรียนการศึกษาคนตาบอด ร้อยเอ็ด 6) โรงเรียนการศึกษาคนตาบอดและตาบอดพิการซ้ำซ้อน ลพบุรี 7) โรงเรียนสอนคนตาบอดพระมหาไถ่พัทยา 8) โรงเรียนธรรมิกวิทยา จังหวัดเพชรบุรี 9) โรงเรียนการศึกษาคนตาบอดธรรมศาสตร์มหาไถ่ และ 10) โรงเรียนสอนคนตาบอดภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น ประกอบด้วย

**กลุ่มที่ 1** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ผู้บริหารและครูโรงเรียนสอนคนตาบอดทั้ง 10 โรงเรียน ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยให้สถานศึกษาส่งรายชื่อมาและผู้วิจัยจับสลากรายชื่อโรงเรียนละ 2 คน รวม 20 คน และนักวิชาการศึกษา จำนวน 5 คน จากมูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย กรมสุขภาพจิต สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ และอาจารย์ผู้สอนระดับมหาวิทยาลัยที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นรวมทั้งสิ้นจำนวน 25 คน

**กลุ่มที่ 2** กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยแยกตามภูมิภาค 5 ภูมิภาค ประกอบด้วยภาคเหนือคือ โรงเรียนสอนคนตาบอดจังหวัดแพร่ ภาคกลางคือโรงเรียนธรรมิกวิทยาจังหวัดเพชรบุรี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือโรงเรียนการศึกษาคนตาบอดนครราชสีมา ภาคใต้คือ

โรงเรียนการศึกษาคนตาบอดธรรมศาสตร์มหาไถ่ และ กรุงเทพมหานครคือ โรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ จากนั้นสุ่มอย่างง่าย โดยจับสลากรายชื่อครูและบุคลากรทางการศึกษาผู้ปฏิบัติงานให้คำปรึกษาในโรงเรียนสอนคนตาบอดจาก 5 โรงเรียน จำนวนโรงเรียนละ 5 คน ที่สมัครใจเข้ารับการอบรม รวมทั้งสิ้นจำนวน 25 คน เพื่อเข้ารับการอบรมและนิเทศติดตามผล

### 2. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาด้านจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับความเห็นชอบให้ผ่านการพิจารณาเต็มรูปแบบ โดยได้เลขรับรอง E.013/2562 วันที่ 5 มีนาคม 2562 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด แจ้งให้ทราบถึงการรักษาความลับโดยไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่รู้สึกไม่สบายใจ มีสิทธิในการบอกยุติทุกขั้นตอนที่ร่วมการวิจัย รายงานผลการวิจัยในภาพรวม และทำลายข้อมูลเมื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

### 3. เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย

3.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็น เป็นชนิดเลือกตอบ จำนวน 45 ข้อ 5 ตัวเลือกรตรวจสอบคุณภาพด้วยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา มีค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1.00 ค่าความยากง่าย (p) อยู่ระหว่าง 0.26-0.68 ค่าอำนาจจำแนก (r) อยู่ระหว่าง 0.29-0.54 และค่าความเชื่อมั่น  $KR_{20}$  เท่ากับ 0.89

3.2 แบบวัดเจตคติต่อการให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการวัดของลิเคิร์ต (Likert) ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความเชื่อ ความรู้สึกความคิด ทั้งในทางชอบ ไม่ชอบ พอใจ ไม่พอใจ เป็นการประเมินค่า

5 ระดับ มีจำนวน 30 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .68-.89 มีค่าความเชื่อมั่น .74

3.3 แบบประเมินความสามารถในการให้คำปรึกษา เป็นแบบประเมินลักษณะรูปค (Rubrics) 5 ระดับ ประเมินใน 20 ประเด็น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1.00 นำแบบประเมินดังกล่าวไปทดลองใช้ (try out) โดยครูผู้ปฏิบัติให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นในโรงเรียนสอนคนตาบอดสันติจินตนา จังหวัดแพร่ จำนวน 9 คน ให้ผู้วิจัยและศึกษานิเทศก์ 1 คน ทำการประเมินเพื่อตรวจสอบความเข้าใจทางภาษา แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างผู้วิจัยกับศึกษานิเทศก์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

3.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการอบรมเชิงปฏิบัติการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นสำหรับครูโรงเรียนสอนคนตาบอด ในประเด็นเนื้อหา กิจกรรม สื่ออุปกรณ์ การวัดและประเมินผล ระยะเวลาการจัดกิจกรรม และภาพรวมของโปรแกรม เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีจำนวน 18 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่ 0.83-1.00 และหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีครอนบาค อัลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.67

#### 4. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 เตรียมโปรแกรมฝึกอบรมประกอบด้วย เอกสารโปรแกรมฝึกอบรม เอกสารประกอบการฝึกอบรม แบบทดสอบความรู้ แบบวัดเจตคติต่อการให้คำปรึกษา

แบบประเมินความสามารถการให้คำปรึกษา และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม

4.2 ดำเนินการทดสอบความรู้ของครูกลุ่มตัวอย่างก่อนการอบรมด้วยแบบทดสอบความรู้ และแบบวัดเจตคติต่อการให้คำปรึกษา

4.3 ดำเนินการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยได้เป็นผู้ดำเนินการฝึกอบรมทั้งหมด ใช้ระยะเวลา 30 ชม. จำนวน 4 วัน ติดกัน ในวันที่ 24-27 พฤษภาคม 2562

4.4 เมื่อเสร็จสิ้นการอบรมผู้วิจัยดำเนินการทดสอบครูกลุ่มตัวอย่างหลังการอบรมด้วยแบบทดสอบความรู้ แบบวัดเจตคติต่อการให้คำปรึกษาและประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม

4.5 ภายหลังจากอบรมผู้วิจัยมอบหมายให้ครูกลุ่มตัวอย่างกลับไปดำเนินการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นที่โรงเรียนที่ครูสอนอยู่ ภายใต้งานนิเทศติดตามและประเมินความสามารถการให้คำปรึกษาจากผู้วิจัย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

#### ผลการวิจัย

1. โปรแกรมฝึกอบรมการเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นสำหรับครูโรงเรียนสอนคนตาบอดมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้

1.1 หลักการ โดยหลักการของโปรแกรมฝึกอบรมคือ การจัดประสบการณ์เพื่อพัฒนาสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิต ต้องดำเนินการด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมและมีขั้นตอนการจัดกิจกรรมแบบกระตือรือร้นเน้นการลงมือปฏิบัติ

**1.2 วัตถุประสงค์** เพื่อพัฒนาสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นของครูโรงเรียนสอนคนตาบอดใน 3 องค์ประกอบคือ ความรู้ เจตคติ และความสามารถการให้คำปรึกษา

**1.3 โครงสร้างของเนื้อหาและเวลา** โดยโปรแกรมฝึกอบรมมีรายละเอียดของเนื้อหา 5 หน่วยดำเนินการอบรมรวม 30 ชั่วโมง คือ หน่วยที่ 1 บริบทของนักเรียนที่มีบกพร่องทางการมองเห็น จำนวน 2 ชั่วโมง หน่วยที่ 2 พัฒนาการปกติและผิดปกติในเด็กและวัยรุ่นบกพร่องทางการมองเห็น จำนวน 3 ชั่วโมง หน่วยที่ 3 ปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น จำนวน 5 ชั่วโมง หน่วยที่ 4 การให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่บกพร่องทางการมองเห็น จำนวน 15 ชั่วโมง และหน่วยที่ 5 แนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตนักเรียนด้วยกระบวนการและทักษะการให้คำปรึกษา จำนวน 5 ชั่วโมง

**1.4 กิจกรรม** ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ดำเนินการ 5 ขั้นตอน คือ 1) ดึงประสบการณ์ 2) เสริมประสบการณ์ใหม่ 3) สรุปลความเข้าใจ 4) การนำเสนอความรู้สู่การปฏิบัติ และ 5) แลกเปลี่ยนและชื่นชมผลงาน ร่วมกับเทคนิคการมีส่วนร่วม การปรับเปลี่ยนกรอบความคิด (mindset) กิจกรรมทางจิตวิทยา การศึกษาวิเคราะห์กรณีตัวอย่าง และการฝึกปฏิบัติการปรึกษา

**1.5 สื่อและอุปกรณ์** ประกอบด้วย 1) ชุดเอกสารการอบรมเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ศึกษาล่วงหน้า อ่านประกอบขณะฝึกอบรม และทบทวนหลังการอบรม 2) สื่ออุปกรณ์ประกอบ เช่น ใบกิจกรรม แบบประเมินทางจิตวิทยา โปรแกรมนำเสนอ (PPT) วีดิทัศน์กรณีศึกษา เป็นต้น

**1.6 การประเมินผล** เป็นการนำเสนอวิธีการแนวทาง และเกณฑ์การประเมินผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แต่ละหน่วย

**2. ผลการศึกษาสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นของครูโรงเรียนสอนคนตาบอด**

**2.1 สมรรถนะด้านความรู้** เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นของครูโรงเรียนสอนคนตาบอด

ครูมีคะแนนการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นหลังการเข้ารับการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นำเสนอดังตารางที่ 1 และครูมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นหลังการเข้ารับการอบรมสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นำเสนอ (ดังตารางที่ 2)

**2.2 สมรรถนะด้านเจตคติ** ต่อการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นของครูโรงเรียนสอนคนตาบอด

ครูมีคะแนนเจตคติต่อการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นหลังการเข้ารับการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นำเสนอดังตารางที่ 1 และครูมีคะแนนเจตคติต่อการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นหลังการเข้ารับการอบรมสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2)

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบความรู้และเจตคติของครูเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังเข้ารับการอบรม ด้วยโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นของครูโรงเรียนสอนคนตาบอดด้วยสถิติทดสอบที (n=25)

สมรรถนะ	กระบวนการ	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	$S_{\bar{d}}$	t
ด้านความรู้	ก่อนการอบรม	18.60	3.54	19.32	.854	22.67*
	หลังการอบรม	37.92	2.53			
ด้านเจตคติ	ก่อนการอบรม	96.76	5.57	40.60	1.20	33.87*
	หลังการอบรม	137.76	3.50			

\*  $p < .05$

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาหลังเข้ารับการอบรมด้วยโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นของครูโรงเรียนสอนคนตาบอดกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ร้อยละ 80 ด้วยสถิติทดสอบที (n=25)

สมรรถนะ	กระบวนการ	เกณฑ์ร้อยละ 80	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	S.D.	t
ด้านความรู้	หลังการอบรม	36	45	37.92	2.53	3.79*
ด้านเจตคติ	หลังการอบรม	120	150	137.76	3.50	24.72*

\*  $p < .05$

### 2.3 สมรรถนะด้านความสามารถให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นของครูโรงเรียนสอนคนตาบอด

ภายหลังการอบรมผู้วิจัยได้มอบหมายให้ครูนำความรู้และประสบการณ์ไปใช้ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นในโรงเรียนสอนคนตาบอดที่ตนรับผิดชอบแล้ว

ดำเนินการนิเทศติดตาม พร้อมประเมินความสามารถในการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่บกพร่องทางการเห็น พบว่า มีคะแนนความสามารถการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นอยู่ในระดับสูง และสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความสามารถการให้คำปรึกษาหลังเข้ารับการอบรมแล้วนำไปปฏิบัติในสถานศึกษาแล้ว  
นิเทศติดตามกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ร้อยละ 80 ด้วยสถิติทดสอบที (n=25)

กระบวนการ	เกณฑ์ร้อยละ 80 (คะแนนเต็ม 100)	$\bar{X}$	SD	t
หลังการอบรมแล้วนิเทศติดตาม	80 คะแนน	82.16	1.24	8.65*

\*  $p < .05$

2.4 ครูมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมฝึกอบรมเกี่ยวกับประเด็นเนื้อหา กิจกรรม สื่ออุปกรณ์ การวัดและประเมินผล ระยะเวลาการจัดกิจกรรม และภาพรวมของโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด

3. การดำเนินการปรับปรุงโปรแกรมฝึกอบรมภายหลังจากดำเนินการฝึกอบรมคือการปรับปรุงใบความรู้ และนำเสนอตัวอย่างชิ้นงานต่าง ๆ ให้มีความชัดเจนและลุ่มลึกเพิ่มขึ้น เช่น เพิ่มตัวอย่างกรณีศึกษาการให้คำปรึกษาด้านการถูกกลั่นแกล้ง (bully) นอกจากนี้ได้นำเสนอแหล่งการเรียนรู้ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้

### อภิปรายผลการวิจัย

1. โปรแกรมฝึกอบรมการเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นสำหรับครูโรงเรียนสอนคนตาบอดมีความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีค่าดัชนีความสอดคล้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้เพราะการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมดำเนินการในลักษณะของการพัฒนาหลักสูตรเพื่อให้กระบวนการมีความหนักแน่นทางวิชาการ โดยเริ่มจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ความต้องการจำเป็น ปัญหาอุปสรรคการดำเนินการให้คำปรึกษาที่ผ่าน ตลอดจนสภาพบริบทของการดำเนินการให้คำปรึกษาของโรงเรียนสอนคนตาบอด ด้วยวิธีการที่หลากหลายโดยเฉพาะการประชุมสนทนากลุ่มจาก

ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง การดำเนินการยกย่องโปรแกรมมีคุณภาพและสอดคล้องกับความต้องการจำเป็นในบริบทของโรงเรียนสอนคนตาบอด เพราะการดำเนินการในขั้นนี้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมตามข้อตกลงของการดำเนินการในขั้นแรก ซึ่งการยกย่องโปรแกรมครั้งแรกดำเนินการโดยการประชุมนักวิชาการด้านจิตวิทยาการแนะแนวและการให้คำปรึกษาประกอบด้วย ผู้แทนอาจารย์ที่รับผิดชอบจัดการเรียนการสอนด้านจิตวิทยาการแนะแนวและการให้คำปรึกษา กรมสุขภาพจิต และผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษาพิเศษประเภทบกพร่องทางการเห็น ต่อมานำร่างโปรแกรมฝึกอบรมดังกล่าวมาวิพากษ์ความเหมาะสมจากคณะกรรมการผู้แทนผู้บริหาร ครูผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษา และผู้ปกครองนักเรียนที่มีบกพร่องทางการเห็น แล้วจึงตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการฝึกอบรมด้วยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาคุณภาพของโปรแกรมดังกล่าว จึงทำให้โปรแกรมฝึกอบรมการเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นสำหรับครูโรงเรียนสอนคนตาบอดมีความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับมากและมากที่สุด และมีค่าดัชนีความสอดคล้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดดังผลการวิจัย

ซึ่งกระบวนการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวดำเนินการตามแนวคิดของ สุเทพ อ่วมเจริญ (2555, หน้า 13) ที่อธิบายว่าหลักสูตรการฝึกอบรมหรือโปรแกรมฝึกอบรม

ที่มีประสิทธิผลต้องดำเนินการโดย 1) ศึกษาความต้องการ ซึ่งเป็นขั้นตอนการศึกษาสภาพบริบทพื้นฐานก่อนการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม 2) การกำหนดหลักการเป้าหมายวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฝึกอบรม การจัดเนื้อหาวิชา กิจกรรมการเรียนรู้ สื่อการเรียนรู้ และการวัดประเมินผล 3) การนำโปรแกรมฝึกอบรมไปใช้ต้องดำเนินการอย่างรอบคอบและรัดกุม และ 4) การวัดและประเมินผลที่มีประสิทธิผลการดำเนินการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวผลการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมครั้งนี้จึงสอดคล้องกับผลการวิจัยของอูร์ปรีย์ เกิดในมงคล (2559) ธีรวิรัช รุ่งโรจน์ (2559) สิริรัตน์ จรรย์รัตน์ และคณะ (2558) กมลลักษณ์ สิทธิสวัสดิ วุฒิ และคณะ (2562) และดลจิตร์ ภูชมพูล และกาญจน์ เรืองมนตรี (2563) ที่พบว่า การดำเนินการตามกระบวนการข้างต้นส่งผลให้โปรแกรมฝึกอบรมสามารถพัฒนาสมรรถนะครูให้มีคุณภาพตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

2. โปรแกรมฝึกอบรมการเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็น สำหรับครูโรงเรียนสอนคนตาบอดสามารถพัฒนาความรู้ และเจตคติต่อการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตได้สูงขึ้นกว่าก่อนการเข้ารับการอบรมและสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพัฒนาความสามารถการให้คำปรึกษาให้อยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อูร์ปรีย์ เกิดในมงคล (2559) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมพัฒนาทักษะการช่วยเหลือนักเรียนแบบการให้คำปรึกษากลุ่มของครูโรงเรียนมัธยมศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้ารับการอบรมครูที่เข้ารับการอบรมมีสมรรถนะการให้การศึกษาสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้ารับการอบรม และสอดคล้องกับงานวิจัยของสิริรัตน์ จรรย์รัตน์ และคณะ (2558) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาของนักแนะแนว

ในสถาบันอุดมศึกษา พบว่า ภายหลังจากการวิจัยความรู้ ทักษะ และเจตคติการให้คำปรึกษาของนักแนะแนวสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมและสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ร้อยละ 80 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ English & Archbold (2014) พบว่าภายหลังจากเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาผู้ดูแลบุคคลที่มีความต้องการพิเศษมีความรู้ มีทักษะการสื่อสารโดยเฉพาะการฟังอย่างใส่ใจเพิ่มขึ้น สามารถตอบสนองสภาวะทางอารมณ์ได้ตรงกับความต้องการของบุคคลที่มีความต้องการพิเศษได้ดีกว่าก่อนเข้ารับการอบรม

ทั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายสนับสนุนเพิ่มเติมได้ว่า โปรแกรมฝึกอบรมเป็นเครื่องมือที่มีลักษณะกระบวนการทางจิตวิทยาที่มีประสิทธิภาพสามารถพัฒนาการเรียนรู้ และคุณลักษณะทางพฤติกรรมของบุคคลได้ เพราะโปรแกรมฝึกอบรมเป็นการจัดมวลประสบการณ์ให้ผู้เข้าร่วมได้เรียนรู้บนฐานความคิด อารมณ์ และความรู้สึกเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ดังที่ Ferbert, Griffith & Forrest (2005) ที่นำเสนอว่าการฝึกอบรมด้านกิจกรรมแนะแนวให้คำปรึกษาเป็นการบูรณาการมวลประสบการณ์ 2 ส่วนสำคัญคือ จิตวิทยาแนะแนวและการให้คำปรึกษาร่วมกับการสอน และแนวคิดของ Nelson (2014) ที่กล่าวว่า การพัฒนาสมรรถนะการปรึกษาด้วยโปรแกรมจิตวิทยาการแนะแนวและการให้คำปรึกษาเป็นวิธีการช่วยให้สมาชิกได้พัฒนาสมรรถนะการปรึกษาโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยการกระทำ การสอนอย่างเป็นระบบและการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มทำให้ผู้ที่เข้าร่วมกระบวนการดังกล่าวมีการพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น โปรแกรมการฝึกอบรมจึงมีประสิทธิภาพสามารถเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ และพฤติกรรมของบุคคลได้เป็นอย่างดี

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมฝึกอบรมมีประสิทธิภาพสามารถพัฒนาความรู้และเจตคติต่อการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็นของครูได้เป็นอย่างดีจึงควรนำเสนอต่อสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษซึ่งรับผิดชอบดูแลโรงเรียนสอนคนตาบอดเพื่อนำไปใช้พัฒนาสมรรถนะการให้คำปรึกษาของครูให้สามารถดูแลสุขภาพจิตของนักเรียนที่ตนรับผิดชอบ

2. การวิจัยครั้งนี้มีลักษณะสำคัญคือการดำเนินการด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม และมีขั้นตอนการจัดกิจกรรมแบบกระตือรือร้น ดังนั้น การนำไปใช้ต้องดำเนินการด้วยลักษณะสำคัญดังกล่าวเพื่อให้โปรแกรมฝึกอบรมการเสริมสร้างสมรรถนะการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียน

ที่มีความบกพร่องทางการเห็นสำหรับครูโรงเรียนสอนคนตาบอดเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลภายหลังการเข้ารับการอบรมเพื่อตรวจสอบความคงทน (retention) ว่าครูมีความรู้และเจตคติต่อการให้คำปรึกษาเปลี่ยนแปลงหรือไม่ภายหลังจากระยะเวลา 3 เดือนหรือ 6 เดือน

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยหรือสาเหตุที่ส่งผลต่อความรู้และเจตคติต่อการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็น เพื่อใช้ข้อมูลปรับปรุงโปรแกรมฝึกอบรมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

กมลลักษณ์ สิทธิสวัสดิวุฒิ, ศรีสมร สุริยาศศิน, คมเพชร ฉัตรศุภกุล, และสมสรธัญก์ วงษ์อุยน้อย. (2562). ผลของโปรแกรมการฝึกอบรมพัฒนาทักษะและเจตคติต่อการให้คำปรึกษาของครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. *วารสารชุมชนบัณฑิตทางสังคมศาสตร์*, 9(3), 762-774.

ดลจิตร์ ภูชมพุล และกาญจน์ เรืองมนตรี. (2563). การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวิชาการสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาภาคพื้นีสันธุ์ เขต 2. *วารสารมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตร้อยเอ็ด*. 9(2), 149-158.

พรรณวิภา บรรณเกียรติ และเจษฎา บุญมาโฮม. (2561).

การพัฒนาคู่มือการให้การปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการเห็น. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 4(1-2), 33-42.

พอเจตน์ ธรรมศิริขวัญ. (2558). *การพัฒนาหลักสูตร*.

ฉะเชิงเทรา: บริษัทเอ็มเอ็นคอมพิวออฟเซท จำกัด.

พัชรี จิวพัฒนกุล. (2558). *การสอนเด็กที่บกพร่องทางการเห็น* [เอกสารประกอบการสอน]. สงขลา: คณะ

ครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.

มาลิน เนาว์นาน และธิดารัตน์ นงศ์ทอง. (2562). การให้

คำปรึกษาเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนหูหนวก. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*. 39(2). 112-127.

ระวีรัฐ รุ่งโรจน์. (2559). การพัฒนาความสามารถใน

การสื่อสารระหว่างบุคคลโดยใช้โปรแกรมฝึกอบรมเชิงจิตวิทยา. *วารสาร HROD JOURNAL*.

8(1). 60-74.

- วงพักตร์ ภูพันธ์ศรี. (2562). จิตวิทยาเด็กพิเศษ. (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สิริรัตน์ จรรย์รัตน์, ภาณุวัฒน์ ภัคดีวงศ์, วรินทร์ บุญยิ่ง, และจิตรา ดุษฎีเมธาสิริรัตน์. (2558). การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านการให้การปรึกษาของนักแนะแนวในสถาบันอุดมศึกษา. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*. 17(2). 98-107.
- สุเทพ อ่วมเจริญ. (2555). *การพัฒนาหลักสูตร: ทฤษฎีและการปฏิบัติ*. นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์.
- อูร์ปรีดิ์ เกิดในมงคล. (2559). ผลของการใช้โปรแกรมฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการช่วยเหลือนักเรียนแบบการให้คำปรึกษากลุ่มของครูโรงเรียนมัธยมศึกษา. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*. 8(2). 36-48.
- English, K., & Archbold S. (2014). Measuring the effectiveness of an audiological counseling Program. *International Journal of Audiology*. 53(1). p. 115-120.
- Nelson, R. J. (2014). *Theory and Practice of Counselling and Therapy*. London: SAGE Publications.
- Ferbert, S. E, Griffith, D. A. & Forrest, D. B. (2005). *Developmental classroom guidance activities*. South Carolina: Youth Light Inc.



## โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อความเข้มแข็งของครอบครัวในบริบทสังคมไทย Causal Relationship Model of Family Strength in the Context of Thai Society

อุษา ศรีจินดารัตน์, วท.ม., Usa Srijindarat, M.S.<sup>1\*</sup>

ประทีป จินจี่, ศน.ด., Prateep Jinng, Ph.D.<sup>2</sup>

ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร, ค.ม., Laddawan Kasemnet, M.Ed.<sup>3</sup>

ประณต เค้าฉิม, กศ.ม., Pranot Kaochim, MA.in Ed.<sup>3</sup>

ชูศรี วงศ์รัตน์, ค.ม., Chusri Wongrattana, M.Ed.<sup>3</sup>

ยุทธนา ไชยจุกุล, Yutthana Chaijukul, D.P.A.<sup>4</sup>

ทัศนาก ทอภักดี, กศ.ม., Tasana Thongpakdee, M.Ed.<sup>5</sup>

สิทธิพร ครามานนท์, ประ.ด., Sittiporn Kramanont, Ph.D.<sup>6</sup>

พวงรัตน์ เกษรแพทย์, ประ.ด., Puongrat Kesonpat, Ph.D.<sup>7</sup>

<sup>1</sup>นักวิจัย. ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

<sup>1</sup>Researcher. Behavioral Science Research Institute, SWU. Thailand.

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

<sup>2</sup>Assistant Professor Ph.D, Behavioral Science Research Institute, SWU. Thailand.

<sup>3</sup>รองศาสตราจารย์ ข้าราชการเกษียณอายุราชการ

<sup>3</sup>Association Professor, Retirement Officer.

<sup>4</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

<sup>4</sup>Assistant Professor, D.P.A., Behavioral Science Research Institute, SWU. Thailand.

<sup>5</sup>นักวิจัย ข้าราชการเกษียณอายุราชการ

<sup>5</sup>Researcher, Retirement Officer.

<sup>6</sup>อาจารย์ ดร. ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

<sup>6</sup>Lecturer, Ph.D., Behavioral Science Research Institute, SWU. Thailand.

<sup>7</sup>รองศาสตราจารย์ ดร. ข้าราชการเกษียณอายุราชการ

<sup>7</sup>Association Professor, Ph.D., Retirement Officer.

\*Corresponding Author Email: usaasri@gmail.com

## บทคัดย่อ

งานวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญ เพื่อการพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีผลต่อความเข้มแข็งของครอบครัวในบริบทของสังคมไทย ซึ่งหมายถึงสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ของคนไทยในช่วงปี พ.ศ. 2520 ถึงปัจจุบัน โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ หัวหน้าครอบครัวที่มีอายุระหว่าง 40-70 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 300 คน โดยมีตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุ จำนวน 11 ตัวแปร และตัวแปรตามจำนวน 1 ตัวแปร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 12 ฉบับ ซึ่งมีความเชื่อมั่นระหว่าง .64 - .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ผลการวิจัยหลังการปรับโมเดล พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งอธิบายความแปรปรวนความเข้มแข็งของครอบครัวได้ร้อยละ 96 โดยพบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัวได้รับอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมจากตัวแปรปัจจัยภายนอกและภายในอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รวมทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การได้รับโอกาสในการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว การเห็นแบบอย่างความเข้มแข็งของครอบครัว ภาวะผู้นำในครอบครัว เจตนาในการทำให้ครอบครัวเข้มแข็ง และการตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม.

**คำสำคัญ:** โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ความเข้มแข็งของครอบครัว ปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งของครอบครัว

## Abstract

The objective of this research was mainly to develop the causal relationship model of family strength in the context of Thai society as applied to the social environment and living conditions of Thais from 1977 until the present, using a quantitative research approach. The samples under study were 300 family heads, who were aged 40-70 years and domiciled in Bangkok and its environs. The variables consisted of eleven causal variables and one dependent variable. The research instruments were twelve sets of questionnaires created by the Group of Researchers, which had a reliability in the range of .64 - .98 and applied a Structural Equation Model (SEM) for data analysis using package software. After adjusting the model, it was found that it aligned with the empirical data, which can explain the variance of family strength at 96%. The family strength was found to exert a significant influence, both directly and indirectly, according to six external and internal factors at the statistical value of .001 Those six factors were social support, opportunity to build family strength, role model on family strength, leadership in the family, intention to build family strength, and awareness of social changes.

**Keywords:** causal relationship model, family strength, factors affecting family strength

## บทนำ

การพัฒนาคนให้มีคุณภาพนั้น ต้องอาศัยการทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพจากหลายภาคส่วนที่สำคัญ คือ สถาบันการศึกษาและสถาบันครอบครัว โดยเฉพาะสถาบันครอบครัวจัดเป็นสถาบันหลัก และเป็นพื้นฐานแรกในการพัฒนาคนให้มีคุณภาพ จึงถือได้ว่าครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญมากที่สุด เพราะเป็นสถาบันแรกที่ทำหน้าที่อบรมสั่งสอน ชัดเภาหลอหลอม และพัฒนาสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน ให้เติบโตเป็นบุคคลที่มีคุณลักษณะอันพึงประสงค์ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา บุคลิกภาพ และจริยธรรม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาตนเอง สังคม และประเทศชาติ โดยมีสถาบันการศึกษาทำหน้าที่รับช่วงต่อมา ควบคู่ไปกับการทำหน้าที่ของครอบครัว ดังนั้น การพัฒนาสังคมให้เป็นสังคมที่ดี มีความเจริญก้าวหน้า จึงต้องเริ่มต้นที่การพัฒนาครอบครัวให้มีความเข้มแข็ง สามารถทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์

ครอบครัวที่เข้มแข็งหรือครอบครัวที่มีความสุขเป็นครอบครัวที่สมาชิกมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน มีความเข้าใจ ห่วงใยกัน มีการทำกิจกรรมในครอบครัวร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวสามารถร่วมกันแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ ทำให้มีการปรับตัวไปในทิศทางที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีความสุขและความเข้มแข็ง นอกจากนี้ สมาชิกครอบครัวที่มีความสุขมักมองข้ามความบกพร่องของสมาชิกอื่นในครอบครัว ไม่จ้องจับผิดกัน มีความรู้สึกอยากช่วยเหลือกัน อยากทำให้ผู้อื่นพึงพอใจและมีความสุข และสิ่งสำคัญ คือ สมาชิกในครอบครัวมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (จรรยาพรสุภาพ, 2552) ครอบครัวที่เข้มแข็งส่งผลให้เกิดพฤติกรรม

ที่ดีและเหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาเยาวชนและบิดามารดาจำนวน 1,089 ครอบครัว พบว่าครอบครัวที่บุตรมีพัฒนาการทางจิตใจเหมาะสม คือ มีสุขภาพจิตดี มีลักษณะมุ่งอนาคต มีพัฒนาการทางจิตสังคมสูง มีความเชื่ออำนาจในตนสูง เป็นครอบครัวที่มีการอบรมเลี้ยงดูแบบรักสนับสนุนและใช้เหตุผล มีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาดี มีความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับบิดามารดาดี เด็กมีทัศนคติที่ดีต่อบิดามารดา และมีความขัดแย้งระหว่างบิดามารดาต่ำ (ดุขุฎิ โยเหลา, งามดาว นินทานนท์, ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา, และ ทัศนากทกดี, 2545)

บริบทสังคมไทย ที่เป็นสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ ในช่วงปี พ.ศ. 2520 ถึงปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อวิถีชีวิตของคนไทย การดำเนินชีวิต รวมถึงโครงสร้างของครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัว ทำให้บางครอบครัวขาดความอบอุ่น ไม่เข้มแข็ง แต่บางครอบครัวอาจยังคงรักษาความเข้มแข็งไว้ได้ ซึ่งมิงงานวิจัยจำนวนมากทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ศึกษาถึงองค์ประกอบที่ทำให้ครอบครัวเข้มแข็ง งานวิจัยเมื่อเร็ว ๆ นี้ โดยประทีป จินนี และคณะ. (2564). ศึกษาองค์ประกอบความเข้มแข็งของครอบครัวในบริบทสังคมไทย พบองค์ประกอบสำคัญ 7 อย่าง คือ

- 1) การวางหลักครอบครัวดี
- 2) การรู้หน้าที่รับผิดชอบ
- 3) การยึดครอบครัวคุณธรรม
- 4) การสานสัมพันธ์ใฝ่ใถ่
- 5) การสร้างสมดุลบริหารทรัพย์
- 6) การจัดการปรับความขัดแย้ง
- 7) การร่วมแรงบ่มเพาะเพื่อส่งผ่าน

ประเด็นที่น่าสนใจยิ่ง คือ ปัจจัยใดที่เป็นสาเหตุขององค์ประกอบต่าง ๆ ของความเข้มแข็งในครอบครัว จึงปรากฏงานวิจัยในลักษณะการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของความเข้มแข็งในครอบครัว เช่น งานวิจัยของ

ทิพย์วัลย์ สุรินยา (2550) ศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาและรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวไทย พบผลที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ความเครียดในครอบครัว ส่งผลโดยตรงต่อความเข้มแข็งของครอบครัว หรืองานวิจัยของพิทยา จารุพูนผล และคณะ (2552 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2562) ศึกษาและพัฒนาแบบจำลองประเมินสถานการณ์ครอบครัวไทย โดยวิเคราะห์เชิงสาเหตุ เพื่อทำนายความเข้มแข็งของครอบครัว พบผลสำคัญ คือ ปัจจัยด้านครอบครัวและปัจจัยด้านชุมชนสามารถอธิบายความเข้มแข็งของครอบครัวได้ร้อยละ 96 อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความเข้มแข็งในครอบครัวไทยยังมีไม่มากนัก และยังจำกัดอยู่ในบางปัจจัยเท่านั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อความเข้มแข็งของครอบครัวในบริบทสังคมไทย โดยศึกษาปัจจัยต่าง ๆ อย่างกว้างขวางทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและส่งเสริมความเข้มแข็งให้กับครอบครัวไทยได้ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีผลต่อความเข้มแข็งของครอบครัวในบริบทสังคมไทย
2. เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีผลต่อความเข้มแข็งของครอบครัว
3. เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุภายในและปัจจัยเชิงสาเหตุภายนอกที่มีต่อความเข้มแข็งของครอบครัว

### สมมติฐานการวิจัย

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของครอบครัว มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

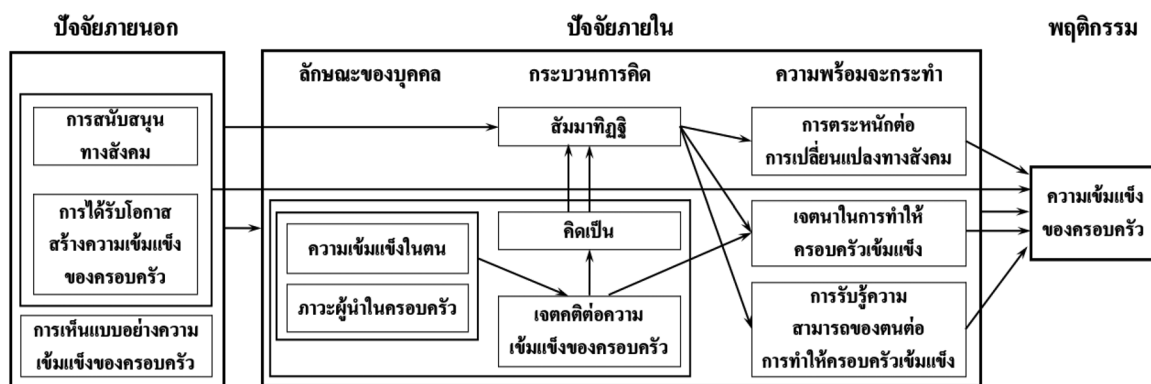
### กรอบแนวคิดและทฤษฎีของงานวิจัย

จากวัตถุประสงค์สำคัญของโครงการงานวิจัยที่ต้องการพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีผลต่อความเข้มแข็งของครอบครัวในบริบทสังคมไทยนั้น ผู้วิจัยใช้กระบวนการค้นคว้าการศึกษาทางจิตวิทยาที่กล่าวถึงสิ่งเร้าภายนอกส่งผลผ่านอินทรีย์หรือกระบวนการภายในของบุคคลและส่งผลออกมาเป็นการตอบสนองเป็นฐานความคิดในการสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ซึ่งการอธิบายปัจจัยเชิงสาเหตุทั้งภายนอกและภายในที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของครอบครัวไทยนั้น ผู้วิจัยนำแนวคิดใหม่ของการเชื่อมโยงทางปัญญา (Cognitive Neo-association Theory) ของ Berkowitz (2536 อ้างถึงใน วัชรินทร์ จามจรี, 2550) มาใช้ในการอธิบายการเกิดพฤติกรรม จากการที่ตัวแปรสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกส่งผลกระทบต่อกระบวนการคิดหรือตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุภายในเพื่อให้ตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรม การที่บุคคลจะตอบสนองหรือการเชื่อมโยงเหตุการณ์ใดนั้นเป็นเพราะบุคคลได้รับข้อมูลมาจากประสบการณ์ในอดีตซึ่งเป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์โดยตรงหรือผ่านประสบการณ์ทางอ้อมที่เป็นตัวแบบก็ได้ ต่อจากนั้นบุคคลก็จะเชื่อมโยงเอาข้อมูลจากการเรียนรู้ขึ้นไปไว้ในกระบวนการทางความคิดในสมอง เมื่อบุคคลได้พบกับเหตุการณ์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น บุคคลก็จะเรียกเอาข้อมูลจากความจำที่มีอยู่เดิมและเพื่อการอธิบายความเชื่อมโยงของกระบวนการคิด (ตัวแปรคิดเป็น และสัมพันธ์) กับความพร้อมที่จะกระทำ (เจตนาในการทำให้ครอบครัวเข้มแข็ง) ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดพระพุทธศาสนาเป็นฐานในการอธิบายการเกิดพฤติกรรม มาเสริมเพื่อใช้ในการจัดตัวแปรทั้งที่เป็นปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยตัวแปรปัจจัยภายนอกหรือปรโตโมฆะ ที่เป็นกัลยาณมิตรตามแนวคิดพระพุทธศาสนาที่ผู้วิจัยนำมาบูรณาการนั้น ได้แก่ บุคคลภายนอก

ที่ปรารถนาดีแก่เรา ให้การช่วยเหลือ สนับสนุนเรา ซึ่งตัวแปรที่ใช้ คือ การสนับสนุนทางสังคม สิ่งต่าง ๆ ภายนอกที่ทำให้เรามีช่องทางทำให้ ครอบครัวเข้มแข็งได้นั้น ตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุที่ใช้ คือ การได้รับโอกาสสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว และการได้เห็นผู้อื่นกระทำให้ครอบครัวเข้มแข็ง ตัวแปรที่ใช้ คือ การเห็นแบบอย่างความเข้มแข็งของครอบครัว ส่วนปัจจัยเชิงสาเหตุภายใน ผู้วิจัยได้ แบ่งลักษณะของตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุภายในบุคคลเป็น 3 กลุ่ม ตามธรรมชาติของบุคคล โดยตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุภายในกลุ่มแรก ได้แก่ ลักษณะของบุคคล พิจารณาจาก บุคลิกภาพของบุคคล ตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุที่ใช้ คือ ความเข้มแข็งในตน และ ภาวะผู้นำในครอบครัว ตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุภายในกลุ่มที่ 2 เป็นกระบวนการคิด ซึ่งพิจารณาจากลักษณะการคิด

ของบุคคลตามแนวพระพุทธศาสนา โดยเริ่มจาก เวทนา (รู้สึก) ตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุที่ใช้ คือ เจตคติต่อความเข้มแข็งของครอบครัว สังขาร (รู้คิด) ตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุที่ใช้ คือ คิดเป็น และวิญญาน (รู้ชัด) ตัวแปรที่ใช้ คือ สัมมาทิฐิ และตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุภายในกลุ่มที่ 3 เป็นความพร้อมที่จะกระทำ พิจารณาจากสิ่งที่บุคคลมีความรู้แล้วจะคำนึงถึง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุที่ใช้คือ ความตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงสังคม การตัดสินใจว่าตนเองทำพฤติกรรมได้หรือไม่ ตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุที่ใช้ คือ การรับรู้ความสามารถของตน และ เจตนาที่จะทำพฤติกรรม ตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุที่ใช้ คือ เจตนาต่อความเข้มแข็งของครอบครัว ซึ่งในการจัดเรียงลำดับตัวแปรที่ศึกษาสามารถเขียนเป็นภาพ โมเดลเชิงความคิด (ดังภาพที่ 1)

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อความเข้มแข็งของครอบครัวในบริบทสังคมไทย



ภาพประกอบ 1 กรอบความคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อพัฒนาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อความเข้มแข็งของครอบครัวในบริบทสังคมไทย โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณ มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

### 1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ หัวหน้าครอบครัวที่มีอายุระหว่าง 40-70 ปี และมีลูกคนใดคนหนึ่งมีอายุไม่น้อยกว่า 18 ปี ซึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยว ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลใน 4 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี นครปฐม สมุทรปราการ และฉะเชิงเทรา

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ หัวหน้าครอบครัวที่มีอายุระหว่าง 40-70 ปี และมีลูกคนใดคนหนึ่งมีอายุไม่น้อยกว่า 18 ปี ซึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 300 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 300 คน เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ เพราะเป็นไปตามเกณฑ์การวิเคราะห์ SEM คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10-20 คน ต่อตัวแปรในการวิจัย 1 ตัวแปร (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, น. 311) อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน และปริมณฑลใน 4 จังหวัดดังกล่าวจังหวัดละ 50 คน ซึ่งได้มาด้วยวิธีสุ่มแบบสองขั้นตอน (Two-stage random sampling) โดยให้ครอบครัวอายุและอาชีพ

**2. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย** การวิจัยนี้ประกอบด้วยตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุ 11 ตัว และตัวแปรตาม 1 ตัว เครื่องมือการวิจัยที่ใช้วัดตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหัวหน้าครอบครัว และส่วนที่ 2) สอบถามเกี่ยวกับตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุแต่ละตัว ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบสอบถามดังกล่าวตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2 เขียนนิยามศัพท์เฉพาะตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุทั้ง 11 ตัวแปร ได้แก่ 1) การรับรู้ความสามารถในการทำให้ครอบครัวเข้มแข็ง 2) เจตนาในการทำให้ครอบครัวเข้มแข็ง 3) การตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม 4) สัมมาทฤษฎี 5) การคิดเป็น 6) เจตคติต่อความเข้มแข็งของครอบครัว 7) ภาวะผู้นำในครอบครัว 8) ความเข้มแข็งในตน 9) การสนับสนุนทางสังคม 10) การได้รับโอกาสในการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว และ 11) การเห็นแบบอย่างความเข้มแข็งของครอบครัว

สำหรับตัวแปรตามความเข้มแข็งของครอบครัว ใช้นิยามและแบบสอบถามที่ผ่านการหาคุณภาพแล้ว ตามงานวิจัยเรื่อง การสร้างองค์ประกอบความเข้มแข็งในครอบครัวตามบริบทสังคมไทย (ประทีป จินน์, และคณะ, 2564)

**2.3 สร้างข้อคำถามสำหรับวัดตัวแปรปัจจัย** แต่ละตัวให้ครอบครัวนิยาม จำนวน 11 ฉบับ มีจำนวนข้ออยู่ระหว่าง 3 ถึง 25 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามทั้ง 11 ฉบับ จัดกลุ่มได้เป็น 4 ลักษณะ ลักษณะที่ 1 เป็นแบบสอบถามฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2 ลักษณะที่ 2 เป็นแบบสอบถามฉบับที่ 3 4 7 8 9 10 11 ลักษณะที่ 3 เป็นแบบสอบถามฉบับที่ 5 และลักษณะที่ 4 เป็นแบบสอบถามฉบับที่ 6 แต่ละลักษณะมีรายละเอียดดังนี้

**ลักษณะที่ 1** แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย ข้อความที่กล่าวถึงการทำให้ครอบครัวเข้มแข็ง การตอบคำถามแบ่งเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจว่ามีความสามารถจะทำตามข้อความที่ถามได้มากน้อยเพียงใดตั้งแต่ 0-100 % ตอนที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าตั้งใจจะทำตามข้อความที่ถามดังกล่าว

ในระดับใด ตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด จนถึง มากที่สุด โดยการตอบในตอนที่ 2 ตอบได้อย่างอิสระไม่ขึ้นกับคำตอบในตอนที่ 1

**ลักษณะที่ 2** เป็นแบบสอบถามแบบมาตรประเมินค่า 6 ระดับ ประกอบด้วยข้อความชุดหนึ่ง ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านที่ละข้อความแล้วพิจารณาเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง มีระดับการตอบ 6 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด น้อย ค่อนข้างน้อย ค่อนข้างมาก ถึง มากที่สุด

**ลักษณะที่ 3** เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ในครอบครัว ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่าจะตัดสินใจอย่างไร โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าตัวเลือก ก. ข. หรือ ค. เพียงตัวเลือกเดียวที่ตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบมากที่สุด

**ลักษณะที่ 4** แบบสอบถามนี้สร้างจากแนวคิดของฟิชชี่ไบน์ ซึ่งเป็นการวัดเจตคติทางอ้อม โดยทำการสำรวจความเชื่อเด่นชัด จากหัวหน้าครอบครัวจำนวน 100 คน จากคำถาม “ท่านคิดว่า การที่ครอบครัวมีความเข้มแข็ง จะทำให้เกิดผลดี ผลเสียอย่างไร โปรดระบุ” นำคำตอบที่ได้ไปหาความถี่แล้ว เลือกข้อที่มีจำนวนความถี่สูงสุด 3 อันดับแรก ไปสร้างข้อความวัดเจตคติต่อความเข้มแข็งของครอบครัว ได้จำนวน 3 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย ข้อย่อย ก. และข้อย่อย ข. ข้อย่อย ก. ให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่า มีความเป็นไปได้ในระดับมากน้อยเพียงใด ส่วนข้อย่อย ข. ให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่า เป็นสิ่งดีในระดับมากน้อยเพียงใด เมื่อพิจารณาแล้วให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ

**2.4 ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)** โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยา ด้านครอบครัว ด้านการวัดและประเมินผลทางจิตวิทยา และด้านพุทธศาสนา โดย

ใช้วิธีพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามที่ถามกับนิยาม คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of item-objection congruency) ใช้เกณฑ์ยอมรับ 0.50 ขึ้นไป พบว่าทั้ง 11 ฉบับ ผ่านเกณฑ์ 0.5 มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

**2.5 ตรวจสอบค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ (Item discrimination)** โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation) คัดเลือกข้อที่มีคุณภาพอำนาจจำแนกผ่านเกณฑ์ 0.20 ขึ้นไป พบว่าทั้ง 11 ฉบับ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.23 – 0.92

**2.6 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)** ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ โดยใช้วิธีของครอนบาค (Cronbach) คือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ 0.70 ขึ้นไป พบว่าทั้ง 11 ฉบับ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.643 -0.983

### 3. การรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน ทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 4 จังหวัดตามที่ได้วางแผนไว้ในช่วงเดือนตุลาคม 2564 โดยเก็บได้ครบ 100%

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยตรวจให้คะแนนแบบสอบถามและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ คือ 1) หาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ และ 2) ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (SEM) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

### 5. การพิทักษ์สิทธิ์

คณะผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณในการวิจัย โดยก่อนดำเนินการวิจัย คณะผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผ่านสถาบันยุทธศาสตร์ และการวิจัยของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC-374/2564E ลงวันที่ 30 กันยายน 2564 รวมทั้งตระหนัก

และให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิ์ของแหล่งข้อมูล เพื่อรักษาจรรยาบรรณอย่างเคร่งครัด

## ผลการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูล โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อความเข้มแข็งของครอบครัวในบริบทสังคมไทย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าครอบครัว จำนวน 300 คน มีลักษณะทางชีวสังคมคือ เป็นผู้มิถุนาลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน สถานภาพผู้ตอบเป็นพ่อ 62 คน อายุเฉลี่ย 52.60 ปี เป็นแม่ 38 คน อายุเฉลี่ย 48.47 ปี เป็นผู้มิถุนาลำเนาในปริมณฑล จำนวน 200 คน เป็นพ่อ 95 คน อายุเฉลี่ย 55.86 ปี เป็นแม่ 105 คน อายุเฉลี่ย 53.67 ปี ครอบครัวผู้ตอบแบบสอบถามทั้งในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ส่วนมากพ่อแม่จะอยู่ร่วมกัน

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา และส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อความเข้มแข็งของครอบครัว

## ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา

คณะผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์โมเดลว่าข้อมูลที่รวบรวมมาเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญคือ การไม่มีปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) และการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย 11 ตัวแปร คือ ตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุตัวที่ 1-11 กับตัวแปรถูกทำนายคือตัวแปรตัวที่ 12 มีค่าระหว่าง .30-.68 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้นตัวแปรตัวที่ 5 และ 6 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายแต่ละคู่ จำนวน 5 คู่ มีประมาณ 50% ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำ คือ น้อยกว่า .20 หรือมีค่าเป็นลบ จึงพอประมาณได้ว่าไม่เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง สำหรับค่าสถิติความเบ้ (Skewness: SK) ของทุกตัวแปร มีค่าโดยประมาณเข้าใกล้ 0 นั่นคือตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงเป็นปกติ จึงพอสรุปได้ว่าข้อมูลที่รวบรวมมานำไปวิเคราะห์ต่อได้ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและค่าสถิติพื้นฐาน

ตัวแปร	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12
V1	1.00											
V2	0.34**	1.00										
V3	0.15**	0.46**	1.00									
V4	-0.48**	-0.34**	-0.36**	1.00								
V5	0.04	0.18**	0.38**	-0.25**	1.00							
V6	-0.31**	0.31**	0.25**	0.14*	0.16**	1.00						
V7	0.33**	0.51**	0.56**	-0.64**	0.34**	0.02	1.00					
V8	0.14*	0.34**	0.46**	-0.56**	0.13*	0.08	0.62**	1.00				
V9	0.32**	0.44**	0.41**	-0.56**	0.17**	0.01	0.64**	0.56**	1.00			
V10	0.20**	0.47**	0.53**	-0.61**	0.36**	0.17**	0.67**	0.55**	0.60**	1.00		
V11	0.19**	0.52**	0.55**	-0.61**	0.36*	0.23**	0.67**	0.56**	0.66**	0.76**	1.00	
V12	0.30**	0.37**	0.35**	-0.58**	0.05	-0.07	0.68**	0.62**	0.54**	0.57**	0.57**	1.00
Mean	79.19	4.67	4.80	2.64	3.31	31.54	4.77	4.55	4.69	4.71	4.75	4.86
SD	9.54	0.43	0.41	0.88	1.12	4.75	0.46	0.49	0.66	0.62	0.52	0.37
SK	-1.65	-0.14	-0.65	0.76	-1.50	-0.49	-1.26	-0.08	-1.60	-1.83	-1.45	-1.40
KU	1.81	0.84	1.33	0.43	1.10	-1.24	2.89	0.93	4.53	7.03	3.83	5.60

หมายเหตุ \* หมายถึง  $p < .05$ , \*\* หมายถึง  $p < .01$ , \*\*\* หมายถึง  $p < .001$

V1 = การรับรู้ความสามารถของตนฯ

V7 = ภาวะผู้นำในครอบครัว

V2 = เจตนาในการทำให้ครอบครัวเข้มแข็ง

V8 = ความเข้มแข็งในตน

V3 = การตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

V9 = การสนับสนุนทางสังคม

V4 = สัมมาทิวฐิ

V10 = การได้รับโอกาสในการสร้างความเข้มแข็งฯ

V5 = คิดเป็น

V11 = การเห็นแบบอย่างความเข้มแข็งฯ

V6 = เจตคติต่อความเข้มแข็งของครอบครัว

V12 = ความเข้มแข็งของครอบครัว

## ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์ เชิงสาเหตุต่อความเข้มแข็งของครอบครัว

คณะผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการทดสอบสมมติฐานที่ว่า “โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของครอบครัว มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์” การทดสอบสมมติฐานเพื่อแสดงให้เห็นว่าโมเดลสามารถอธิบายความเข้มแข็งของครอบครัวได้หรือไม่ ตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของครอบครัวตามสมมติฐานนี้ ประกอบด้วยตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุ 11 ตัวแปร แบ่งเป็นตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุภายใน 8 ตัวแปร คือ ตัวแปรที่ 1 ถึงตัวแปรที่ 8 ในตาราง (1) ตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุภายนอก 3 ตัวแปร คือตัวแปรที่ 9 ถึงตัวแปรที่ 11 และตัวแปรตัวที่ 12 คือความเข้มแข็งของครอบครัว การทดสอบสมมติฐานทำโดยการคำนวณค่าสถิติที่เป็นดัชนีแสดงความสอดคล้องซึ่งประกอบด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square:  $\chi^2$ ) ซึ่งเป็นค่าแสดงผลการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในภาพรวม (Chi-square Goodness of Fit Test) และค่าไคสแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square) ที่คำนวณจากค่าไคสแควร์หารด้วยค่าองศาความเป็นอิสระ ( $\chi^2/df$ ) ซึ่งเป็นค่าแสดงระดับความสอดคล้อง นอกจากนั้นมีค่าสถิติอื่น ๆ ที่นิยมใช้เป็นดัชนีแสดงความสอดคล้อง ได้แก่ 1) ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (Root Mean Square Error of Approximation Index: RMSEA) เป็นค่าดัชนีบอกว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างมากหรือไม่ 2) ดัชนีที่ใช้วัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสมบูรณ์ (Absolute Fit

Index) ที่นิยมได้แก่ ค่าสถิติที่แสดงความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมที่อธิบายได้ด้วยโมเดล (Goodness of Fit Index: GFI) ค่า GFI ที่ปรับแก้ด้วยค่าองศาความเป็นอิสระ (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) 3) ดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (Relative Fit Index) เป็นค่าที่แสดงว่าโมเดลของการวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรตามทฤษฎีดีกว่าโมเดลที่ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กันเลย คือค่า Comparative Fit Index (CFI) และ 4) ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนในรูปความคลาดเคลื่อน ได้แก่ ค่า Root Mean Square Residual (RMR) และค่า Standard RMR (SRMR) นำค่าสถิติที่คำนวณได้เปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงตามหลักวิชาการ ถ้าค่าที่คำนวณได้เป็นไปตามเกณฑ์จึงจะแสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คณะผู้วิจัยจึงได้มีการปรับโมเดลโดยการยึดแนวคิดตามทฤษฎีเป็นสำคัญ และคำแนะนำของโปรแกรมที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ค่าสถิติที่ใช้เป็นดัชนีแสดงความสอดคล้องมีค่าใกล้เคียงหรือผ่านเกณฑ์ที่อ้างอิงไว้ แสดงค่าสถิติทั้งก่อนปรับโมเดลและหลังปรับพร้อมเกณฑ์อ้างอิง

ค่า  $\chi^2/df$  หลังปรับโมเดลมีค่า 2.37 เป็นค่าอยู่ในช่วงเกณฑ์และเข้าใกล้ 2 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดีพอใช้ นอกจากนั้นค่าสถิติตัวอื่น ๆ ที่เป็นดัชนีแสดงความสอดคล้องกลมกลืน หลังปรับโมเดลมีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ จึงสรุปได้ว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงว่าโมเดลสามารถอธิบายความเข้มแข็งของครอบครัวได้ (ดังตารางที่ 2)

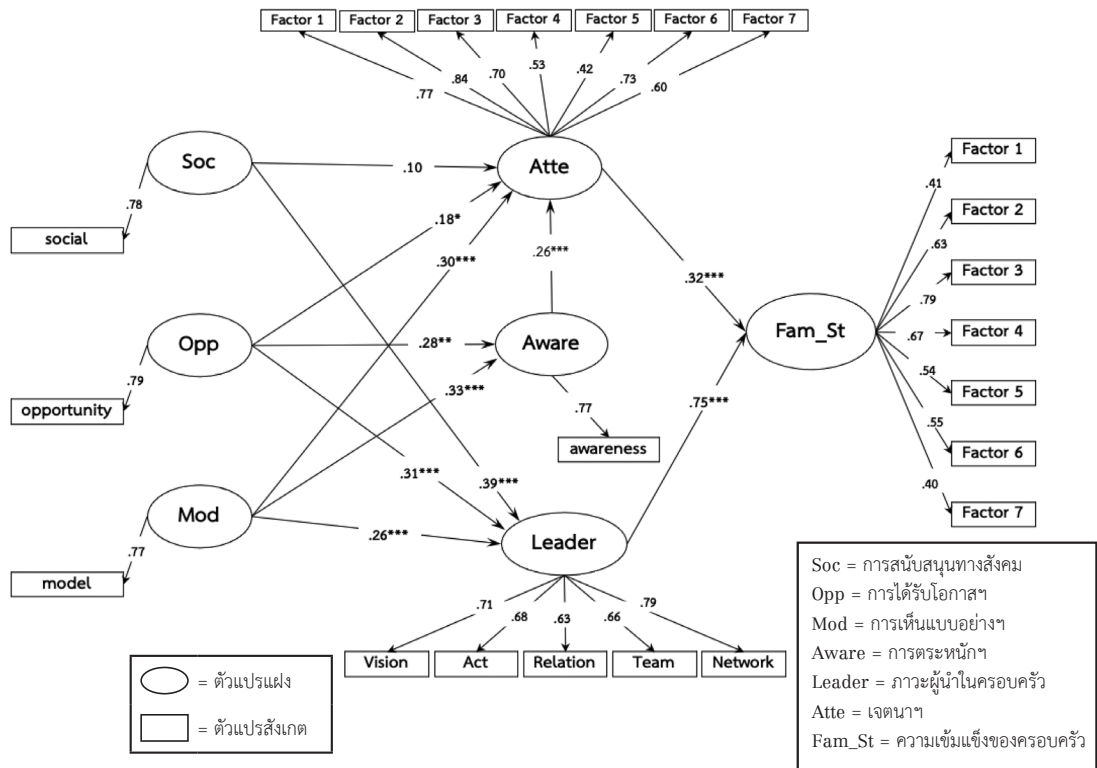
ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งก่อนปรับโมเดล และหลังปรับ พร้อมเกณฑ์อ้างอิง

ดัชนี	เกณฑ์ (Model fit) *	ดัชนีก่อนปรับ	ดัชนีหลังปรับ
Chi-square	-	766.08	385.56
df	-	179	163
p-value	> .05	.00	.00
Chi-square/df	2.00 - 5.00 (พอใช้)	4.28	2.37
CFI	> .90	.83	.93
GFI	> .90	.80	.89
AGFI	> .90	.75	.85
RMR	< .05	.03	.02
RMSEA	< .05	.10	.07
SRMR	< .05	.08	.05

\* ที่มา: Joreskog & Sorbom. (1985).

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อความเข้มแข็งของครอบครัวหลังการปรับโมเดล ประกอบด้วยตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุในโมเดลทั้งหมด 7 ตัวแปร แบ่งเป็นตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของครอบครัว 6 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุภายใน 3 ตัวแปร คือ ภาวะผู้นำในครอบครัว การตระหนัก

ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และเจตนาในการทำให้ครอบครัวเข้มแข็ง ตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุภายนอก 3 ตัวแปร คือ การสนับสนุนทางสังคม การได้รับโอกาสในการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว และการเห็นแบบอย่างความเข้มแข็งของครอบครัว และตัวแปรทำนาย คือ ความเข้มแข็งของครอบครัว (ดังภาพที่ 2)



ภาพประกอบ 2 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อความเข้มแข็งของครอบครัวในบริษัทสังคมไทย

เพื่อให้การอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสมบูรณ์ คณะผู้วิจัยได้มีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานของอิทธิพลของตัวแปรในโมเดลประกอบรูปโมเดล (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานของอิทธิพลของตัวแปรในโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อความเข้มแข็งของครอบครัว

ชื่อตัวแปร	ภาวะผู้นำในครอบครัว			การตระหนักรู้			เจตนา			ความเข้มแข็งของครอบครัว		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
การสนับสนุน	.39***	-	.39***	-	-	-	.10	-	.10	-	.32***	.32***
การได้รับโอกาส	.31***	-	.31***	.28**	-	.28**	.18*	.07**	.25***	-	.32***	.32***
การเห็นแบบอย่าง	.26**	-	.26**	.33***	-	.33***	.30***	.08***	.39***	-	.32***	.32***
การตระหนักรู้	-	-	-	-	-	-	.26***	-	.26***	-	.08***	.08***
ภาวะผู้นำ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.75***	-	.75***
เจตนา	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.32***	-	.32***
R <sup>2</sup>		.72			.32				.49			.96

หมายเหตุ \* หมายถึง  $p < .05$ , \*\* หมายถึง  $p < .01$ , \*\*\* หมายถึง  $p < .001$

จากตาราง 3 พบว่าตัวแปรในโมเดลอธิบายความแปรปรวนความเข้มแข็งของครอบครัวได้ร้อยละ 96 โดยพบว่าความเข้มแข็งของครอบครัวได้รับอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมจากตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุภายในและตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุภายนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รวมทั้งหมด 6 ตัวแปรจากการเปรียบเทียบอิทธิพล โดยรวม (Total Effect) ของตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุต่อความเข้มแข็งของครอบครัว พบว่า ภาวะผู้นำในครอบครัวมีอิทธิพลโดยรวมต่อความเข้มแข็งของครอบครัวมากที่สุด ซึ่งเป็นอิทธิพลทางตรง ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานของอิทธิพลทางตรงเท่ากับ .75 รองลงมา คือ เจตนาในการทำให้ครอบครัวเข้มแข็ง ซึ่งเป็นอิทธิพลทางตรง ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานของอิทธิพลทางตรงเท่ากับ .32 ส่วนการสนับสนุนทางสังคม การได้รับโอกาสในการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว และการเห็นแบบอย่างความเข้มแข็งของครอบครัว มีอิทธิพลโดยรวมต่อความเข้มแข็งของครอบครัวเท่ากับทุกตัวแปร คือ .32 แต่เป็นอิทธิพลทางอ้อม

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อความเข้มแข็งของครอบครัวในบริบทสังคมไทยที่ผ่านการปรับปรุงโมเดลโดยยึดถือตามแนวคิดทฤษฎีเป็นสำคัญ ร่วมกับการพิจารณาผลการวิเคราะห์ SEM ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปในเบื้องต้น พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องในระดับดีพอใช้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงว่าโมเดลนี้สามารถอธิบายความเข้มแข็งของครอบครัวได้

ตัวแปรในโมเดลนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนความเข้มแข็งของครอบครัวได้ร้อยละ 96 โดยพบว่าความเข้มแข็งของครอบครัวได้รับอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมจากตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุภายในและตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุภายนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .001 รวมทั้งหมด 6 ตัวแปร ประกอบด้วยตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุภายใน 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำในครอบครัว 2) เจตนาในการทำให้ครอบครัวเข้มแข็ง ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานของอิทธิพลทางตรง เท่ากับ .75 และ .32 ตามลำดับ แสดงว่าตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุทั้งสองมีผลโดยตรงกับความเข้มแข็งของครอบครัว โดยตัวแปรภาวะผู้นำในครอบครัวมีผลมากที่สุด ส่วนตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุตัวที่ 3 การตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมีอิทธิพลทางอ้อม มีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานของอิทธิพลเท่ากับ .08 ส่วนตัวแปรปัจจัยภายนอก 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคม 2) การได้รับโอกาสในการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว และ 3) การเห็นแบบอย่างความเข้มแข็งของครอบครัว ตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุแต่ละตัวมีค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานของอิทธิพลทางอ้อมเท่ากันคือ .32

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายให้เห็นความเชื่อมโยงของตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อความเข้มแข็งของครอบครัวได้ว่า การที่ผู้นำครอบครัวจะสร้างครอบครัวให้มีความเข้มแข็งในสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันได้นั้น เริ่มต้นจากการที่ผู้นำครอบครัวได้รับโอกาสในการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว คือมีช่องทางหรือมองเห็นแนวทางที่จะทำให้ครอบครัวของตนเองมีความเข้มแข็ง ประกอบกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้นำครอบครัวได้รับรู้ว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่ตนเองเกี่ยวข้องอย่างไรเช่นในเรื่องการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารว่าในการทำให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งนั้นตนเองจะต้องทำอย่างไร ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ การเงิน ที่ทำให้ตนเองสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่การเป็นผู้นำครอบครัวที่จะต้องทำให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง ตลอดจนในขณะที่ยังดำเนินการเพื่อให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งนั้น ผู้นำครอบครัวก็รับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุน

ด้านอารมณ์และสังคมกล่าวคือ ได้รับกำลังใจ ได้ความรัก ความเข้าใจ การยกย่องและการเห็นว่าตนเองเป็นผู้มีคุณค่า จากบุคคลอื่นเป็นที่รักและบุคคลที่ตนเองเกี่ยวข้องด้วย (Thoits, 1982) พร้อมกันนี้ ผู้นำครอบครัวยังได้เห็นแบบอย่าง ซึ่งนับว่าเป็นประสบการณ์ทางอ้อมที่แสดงให้เห็นว่าการที่จะทำให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งนั้น จะต้องทำอย่างไรบ้าง ซึ่งปัจจัยภายนอกทั้ง 3 ประการนี้เป็นสิ่งผลักดันให้ผู้นำครอบครัวที่มีบุคลิกของความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงซึ่งมีคุณลักษณะของการเป็นผู้ที่มีความกล้าที่จะเผชิญกับความจริงในการที่จะต้องนำพาครอบครัวที่ตนเองรับผิดชอบไปสู่เป้าหมายที่ดี เป็นผู้ที่มีความสามารถในการมองการณ์ไกลสามารถที่จะนำความหวัง ความฝันมาทำให้เป็นความจริงได้ ในขณะที่เดียวกันก็ยังมีผู้ที่มีความสามารถที่จะชี้แนะให้สมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงคุณค่าของเป้าหมาย และสร้างแรงผลักดันในการดำเนินชีวิตครอบครัวเพื่อบรรลุเป้าหมายของการเป็นครอบครัวที่มีความสุขได้ (Tichy & Devanna, 1986) ประกอบกับ การที่ผู้นำครอบครัวมีความตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมคือการที่ผู้นำครอบครัว รู้ประจักษ์ชัดหรือรู้ชัดเจนนว่า ในยุคปัจจุบันที่ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี สารสนเทศ มีการพัฒนา ด้านคอมพิวเตอร์ รวมทั้งระบบเครือข่ายในการติดต่อสื่อสารที่มีความเจริญอย่างยิ่งที่ทำให้ข้อมูลข่าวสารแพร่กระจายไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งลักษณะเช่นนี้ มีผลต่อการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตของครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ ทั้งในเรื่อง วิธีคิด ความรู้ ระบบความสัมพันธ์ในครอบครัว การอบรมบ่มเพาะบุตรหลาน เป็นต้น ซึ่งความตระหนักต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมดังกล่าว จึงส่งผลให้ผู้นำครอบครัวมี เจตนาที่จะทำให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งได้ ซึ่งเมื่อผู้นำครอบครัว

มีเจตนาดังกล่าวแล้วก็จะส่งผลทำให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งได้ ทั้งนี้สอดคล้องกับหลักการของพระพุทธศาสนาเถรวาท ที่อธิบายไว้ว่า เจตนาเป็นตัวกำหนดการกระทำ กล่าวคือเมื่อบุคคลมีเจตนาแล้วบุคคลย่อมแสดงการกระทำออกมาได้ (พระมหาอนันต์ อนุตตโร (อันวิเศษ), และพระสุชาติ อาภสสโร (ผิงผาย), 2564) ซึ่งการกระทำในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือการทำให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง

## ข้อเสนอแนะการวิจัย

### 1. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

1.1 หน่วยงานของภาครัฐ อาทิเช่น กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นต้น และหน่วยงานของเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสถาบันครอบครัว โดยสามารถนำองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ได้จากการวิจัยนี้ไปจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรของหน่วยงาน และให้บริการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนที่สนใจเกี่ยวกับเรื่องความเข้มแข็งของครอบครัว เช่น ภาวะผู้นำกับการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวในบริบทสังคมไทย

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำเครื่องมือวัดปัจจัยเชิงสาเหตุที่ค้นพบไปใช้สำรวจหัวหน้าครอบครัว เพื่อให้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

### 2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของครอบครัว ดังนั้น ในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำการวิจัยเกี่ยวกับการสร้างโปรแกรม เพื่อการพัฒนาตัวแปรภาวะผู้นำให้เกิดขึ้นกับหัวหน้าครอบครัว

## เอกสารอ้างอิง

- จรรยาพร สุภาพ. (2552). *ครอบครัวไทย ความสุข ความเข้มแข็ง. บทความในการประชุมวิชาการอนามัยครอบครัวแห่งชาติ ครั้งที่ 6 เรื่อง ครอบครัวไทย ความหลากหลายสู่ความสมดุล ความสุข และความเข้มแข็ง*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอนามัยครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดุขฎิโยโผลลา, งามตา วรินทร์านนท์, ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา, และ ทศนา ทองภักดี. (2545). ความเข้มแข็งของครอบครัว : ครอบครัวสุขภาพดี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 8(1), 1-10.
- ทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2550). รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 21, 26-37.
- ประทีป จินนี่, ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร, ประณต คำฉิม, ชุศรี วงศ์รัตน์, ยุทธนา ไชยจุกุล, ทศนา ทองภักดี, ... พวงรัตน์ เกสรแพทย์. (2564). การสร้างองค์ประกอบความเข้มแข็งของครอบครัวตามบริบทสังคมไทย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 27(1), 18-40
- พระมหานันต์ อนุตตโร (อันวิเศษ), และพระสุชาติ อากสสุโร (ฝั่งผาย). (2564). กรรมในพุทธปรัชญาเถรวาท. *วารสารวิชาการ สถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก*, 7(1), 117 - 128
- รุจา ภูไพบูลย์, สาวิตรี ทยานศิลป์, ระพีพรรณ คำหอม, วรณีย์ เดียวอิสระ, ดารุณี จงอุดมการณ์, จิตตินันท์ เดชะคุปต์, ... นิทัศน์ ภัทรโยธิน. (2562). *การศึกษาครอบครัวไทยแบบบูรณาการตามวงจรชีวิตครอบครัว*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- วัชรินทร์ จามจุรี. (2550). *ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในกับปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร(ฝ่ายประถม)*. (ปริญญาานิพนธ์). กรุงเทพฯ, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1985). Simultaneous analysis of longitudinal data from several cohorts. In W. M. Mason & S. E. Fienberg (Eds). *Cohort analysis in social research* (pp. 323-341). NY: Springer,
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145-159.
- Tichy, N. M., & Devanna, M. A. (1986). The transformational leader. *Training & Development Journal*. 40(7), 19-32



ความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อและการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อ  
ของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

Prevalence of Muscle Pain and Muscle Pain Management among  
Personnel of Rajabhat Sakon Nakhon University

นำพร อินสิน, ส.ด., Numporn Insin, Dr.P.H.<sup>1</sup>

กัญญาณัฐ สอนสุญ, วท.บ., Kanyanut Sonsoon, B.Sc.<sup>2</sup>

จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล, ส.ด., Jarinthip Chomchaipol, Dr.P.H.<sup>3</sup>

ศศิวรรณ ทักนเอี่ยม, ส.ด., Sasiwan Tassana-iem, Dr.P.H.<sup>4\*</sup>

<sup>1</sup>อาจารย์ ดร., สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จังหวัดสกลนคร

<sup>1</sup>Lecturer, Health Science Program, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon Province

<sup>2</sup>นักศึกษา, หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

<sup>2</sup>Student in Public Health Program, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon Province

<sup>3</sup>อาจารย์ ดร., สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จังหวัดสกลนคร

<sup>3</sup>Lecturer, Health Science Program, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon Province

<sup>4</sup>อาจารย์ ดร., สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จังหวัดสกลนคร

<sup>4</sup>Lecturer, Health Science Program, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon Province

\*Corresponding Author Email: sasiwan@snru.ac.th

Received: January 21, 2022

Revised: May 31, 2022

Accepted: June 10, 2022

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร 2) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดระหว่างบุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุน และ 3) เพื่อสำรวจวิธีการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อของบุคลากรกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร 240 คน แบ่งเป็นสายวิชาการ 146 คน และสายสนับสนุน 94 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์เกี่ยวกับการรับรู้อาการปวดกล้ามเนื้อที่ตำแหน่งคอ ไหล่ หลัง เอว แขน ข้อมือ และรอบดวงตา รวม 7 ตำแหน่ง และวิธีการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Mann-Whitney U test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.0 มีอาการปวดกล้ามเนื้ออย่างน้อยหนึ่งตำแหน่งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (95%CI = 86.2 - 93.8)

และร้อยละ 29.2 มีอาการปวดกล้ามเนื้อทุกตำแหน่ง ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่มีอาการปวด พบว่า บุคลากรสายสนับสนุนมีจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดมากกว่าบุคลากรสายวิชาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.004$ ) สำหรับวิธีการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อพบว่า วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เป็นประจำ ได้แก่ การเปลี่ยนท่าทางหรืออิริยาบถ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และการปรับท่าทางหรือนั่งทำงาน

**คำสำคัญ:** อาการปวดกล้ามเนื้อ บุคลากร การจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อ

## Abstract

This survey research aimed 1) to study the prevalence of muscle pain among personnel of Sakon Nakhon Rajabhat University, 2) to compare the difference of the number of the muscle areas with pain between academic and support personnel, and 3) to explore how personnel manages muscle pain. The samples included 240 personnel, with 146 academic and 94 support staff selected by stratified random sampling. Data were collected by an online questionnaire comprised questions about perceived muscle pain in seven different areas including neck, shoulder, back, waist, arm, wrist, and eyes and the individual's muscle pain management. The data were analyzed by descriptive statistics and Mann-Whitney U test. The results revealed that 90.0% of the samples perceived at least one specific area of muscle pain during the past three months (95%CI = 86.2 - 93.8). Meanwhile, 29.2% of them reported muscle pain in all specific areas. The support personnel had a significantly greater number of muscle pain areas than the academic personnel ( $p=0.004$ ). In terms of muscle pain management, the samples frequently made changes to body posture, stretched muscles, and adjusted their sitting position.

**Keywords:** Muscle pain, Personnel, Muscle pain management

## บทนำ

อาการปวดกล้ามเนื้อ (Muscle pain) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในกลุ่มคนวัยทำงานในกลุ่มคนที่ทำงานออฟฟิศจะมีลักษณะงานแบบนั่งโต๊ะทำงานเป็นประจำ หรือการใช้งานคอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลานาน ต้องใช้กล้ามเนื้อมัดเดิมซ้ำ ๆ จนเกิดเป็นอาการอักเสบและปวดเรื้อรังได้ บางครั้งอาจเรียกว่า “กลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรม (Office syndrome)” (Chantaracherd, 2015; ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษา, 2564) ตำแหน่ง

กล้ามเนื้อที่พบได้บ่อย คือ คอ ไหล่ หลังส่วนล่าง แขน ข้อมือและนิ้ว อาจมีอาการตึงรอบดวงตาและเกิดข้อหรือปลายประสาทอักเสบเรื้อรังได้ (นรากร พลหาญ, สมสมร เรื่องวรบุรณ์, โกมล บุญแก้ว, และอนุพงษ์ ศรีวิรัตน์, 2557; สุนันทา จำชาติ, ภาพร สาอ่อน, ปณิตา ศรีวิรัตน์, สุกัศราวิฑูล, และสิริทพย์สีหะวงษ์, 2564; Ekpanyaskul & Padungtod, 2021) ถึงแม้ว่าอาการปวดนี้จะไม่รุนแรงถึงแก่ชีวิต แต่ก็ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ และทำให้ความสามารถในการทำงานของคนวัยทำงานลดลง

(Kawai, Kawai, Wollan, & Yawn, 2017)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับอาการปวดกล้ามเนื้อในคนทำงานออฟฟิศ เช่น เพศ อายุ ความเครียด การใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ตลอดจนท่าทางการนั่งทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม (Feng, Chen, Zhu, Ip, Andersen, Page, & Wang, 2021; Chinedu, Henry, Nene & Okwudili, 2020; Chantaracherd, 2015) แต่ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 นี้ ทำให้รูปแบบการทำงานของ คนทำงานออฟฟิศเปลี่ยนแปลงไปมาก ทั้งจากนโยบาย การให้ทำงานที่บ้าน (Work from home) และการ ทำงานออนไลน์เพื่อเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) จึงทำให้ระยะเวลาและลักษณะการทำงาน ตลอดจนสภาพแวดล้อมการทำงานเปลี่ยนแปลงไป และส่งผลทำให้สุขภาพแย่ลงได้ (Ekpanyaskul & Padungtod, 2021) ทั้งนี้ งานวิจัยพบว่า การทำงานที่บ้าน ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลให้คนทำงานออฟฟิศมีอาการปวดกล้ามเนื้อคอและ หลังแอ่ง (Minoura, Ishimaru, Kokaze, & Tabuchi, 2021) การศึกษาอาการปวดกล้ามเนื้อของคนทำงาน ออฟฟิศในสถานการณ์นี้จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ

บุคลากรในมหาวิทยาลัยก็มีลักษณะการทำงาน ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่ออาการปวดกล้ามเนื้อได้เช่นกัน การศึกษาในมหาวิทยาลัยอื่น ๆ ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 65.2 ของบุคลากรสายวิชาการ (Meaza, Temesgen, Redae, Hailemariam, & Alamer, 2020) และร้อยละ 71.9 ของบุคลากรทั่วไปมีอาการปวดกล้ามเนื้อ (Chinedu, Henry, Nene & Okwudili, 2020) บางการศึกษา ยังพบว่า บุคลากรสายวิชาการมีแนวโน้มที่จะพบอาการ ปวดกล้ามเนื้อมากกว่าบุคลากรทั่วไป คือร้อยละ 71.0 และ 63.0 ตามลำดับ (Ojoawo, Akinola & Awotidebe, 2017) หากพิจารณาบริบทการทำงานของบุคลากรใน

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครแล้วจะพบว่า บุคลากรสาย วิชาการมีภาระงานหลักด้านการสอน การวิจัยและการ บริหารวิชาการ ส่วนบุคลากรสายสนับสนุนมีภาระงาน หลักด้านงานพัสดุ งานสารบรรณ และงานสนับสนุน วิชาการอื่น ๆ บุคลากรทั้งสองกลุ่มหลักนี้จัดว่ามีความเสี่ยง ต่ออาการปวดกล้ามเนื้อสูง ในช่วงสถานการณ์การระบาดของ โรคติดเชื้อโควิด-19 บุคลากรต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบ การทำงานที่มีการใช้งานคอมพิวเตอร์มากขึ้นทั้งใน การสอน การฝึกอบรมหรือการประชุมต่าง ๆ ซึ่งมากขึ้น แยกต่างกันไปตามภาระงานของตน สิ่งเหล่านี้อาจ เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่ออาการปวดกล้ามเนื้อได้ อย่างไร ก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาความชุก และเปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดอาการปวด กล้ามเนื้อของบุคลากรในมหาวิทยาลัยหรือสถาบัน การศึกษาที่มีลักษณะสายงานแตกต่างกันอย่างชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อ และเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนตำแหน่ง กล้ามเนื้อที่มีอาการปวดระหว่างบุคลากรสายวิชาการ และสายสนับสนุน เพื่อให้เป็นข้อมูลบ่งบอกสถานการณ์ ปัญหาอาการปวดกล้ามเนื้อของบุคลากรแต่ละสายงาน ในมหาวิทยาลัยต่อไป

เนื่องจากอาการปวดกล้ามเนื้อนี้มักเป็นเรื่องจริง และไม่หายขาด ทำให้แนวทางการรักษาหรือบรรเทา อาการปวดมีหลากหลายไม่ว่าจะเป็นการรักษาหรือ บรรเทาอาการแบบเฉียบพลัน หรือวิธีการที่ได้ผลป้องกัน อาการปวดในระยะยาว (Schmidt, Holtermann, Jørgensen, Svendsen, & Rasmussen, 2021; Van Eerd, Munhall, Irvin, Rempel, Brewer, Van Der Beek, ... & Amick, 2016) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มักจะใช้วิธีการพักใช้กล้ามเนื้อ (นรากร พลหาญ, สมสมร เรื่องวรบูรณ์, โกมล บุญแก้ว และอนุพงษ์ ศรีวิรัตน์, 2557) แต่ยังไม่มีการศึกษา ข้อมูลในบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครว่ามี

วิธีการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้ออย่างไร ดังนั้น งานวิจัยครั้งนี้ จึงสำรวจวิธีการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อในบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับส่งเสริมให้บุคลากรสามารถป้องกันและบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย อีกทั้งยังเป็นข้อมูลเพื่อใช้พัฒนาสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ส่งเสริมพฤติกรรมการทำงาน ตลอดจนมีโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่จะช่วยลดปัญหาการปวดกล้ามเนื้อที่สอดคล้องกับบริบทการทำงานแต่ละสายงานของบุคลากรในมหาวิทยาลัยได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อระหว่างบุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุนในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
3. เพื่อสำรวจวิธีการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อของบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผู้วิจัยจึงได้กำหนดการทดสอบสมมติฐาน คือ บุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุนมีจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดแตกต่างกัน

### วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research)
2. ประชากร ได้แก่ บุคลากรสายวิชาการทั้งข้าราชการพลเรือนหรือพนักงานมหาวิทยาลัย จำนวน 406 คน และบุคลากรสายสนับสนุนตำแหน่งงานบริหารทั่วไปหรือนักวิชาการทั้งลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานมหาวิทยาลัย หรือพนักงานราชการ จำนวน

232 คน รวมเป็นจำนวน 638 คน

3. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรตามทะเบียนรายชื่อบุคลากร ณ เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนในกรณีทราบประชากร (บุญญพัฒน์ ไชยเมล์, 2556) ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2 \alpha/2 p(1-p)}{[e^2(N-1)] + [Z^2 \alpha/2 p(1-p)]}$$

การแทนค่าในสูตรใช้ค่าสัดส่วนจากงานวิจัยของนรากร พลหาญ, สมสมร เรืองวรบูรณ์, โกมล บุญแก้ว, และอนุพงษ์ ศรีวิรัตน์ (2557) ที่มีค่ามัธยฐานของความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อตำแหน่งต่าง ๆ คือ ท้ายทอย หลัง ไหล่ คอ ข้อศอก สะโพก เข่า ข้อเท้า เท้ากับร้อยละ 47.6 ( $p=0.476$ ) และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน  $e = 0.05$  ได้ขนาดตัวอย่าง 239.9 คน จึงประมาณเป็นจำนวน 240 คน

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ต้องปฏิบัติงานเป็นบุคลากรของมหาวิทยาลัยมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) ต้องเป็นบุคลากรที่ทำงานในลักษณะงานสอน งานเอกสารและงานที่ต้องปฏิบัติงานที่โต๊ะทำงานหรือมีการใช้งานคอมพิวเตอร์เป็นหลัก และกำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ 2.1) ผู้ที่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อและช่วยราชการที่หน่วยงานอื่น 2.2) ผู้ที่อยู่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาทหรือระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่มีอาการเรื้อรังมาก่อนการวิจัยนี้ 2.3) ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บเกี่ยวกับระบบประสาทหรือระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

4. วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งรายชื่อบุคลากรแต่ละหน่วยงานเป็นกลุ่มแยกตามคณะ สำนักหรือสถาบันที่สังกัด ได้แก่ คณะครุศาสตร์

คณะเทคโนโลยีการเกษตร คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะวิทยาการจัดการ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สำนักงานอธิการบดี สำนักวิทยบริการ และสถาบันภาษาและศิลปวัฒนธรรม ได้จำนวนทั้งหมด 9 กลุ่ม แล้วจึงแบ่งบุคลากรเป็นกลุ่มย่อยแยกตามสายงาน คือ บุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุนจึงได้เป็น 18 กลุ่มย่อย แล้วจึงสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มย่อยนั้น (Proportional sampling)

**5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถามแบบออนไลน์ (Online questionnaire) สร้างบนซอฟต์แวร์จัดการสำรวจที่ทำงานผ่านเว็บไซต์ (A web-based survey administration software) ข้อคำถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การรับรู้อาการปวด เมื่อย หรือ ล้ากล้ามเนื้อที่มีลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ หรือเป็นเรื้อรัง ไม่หายขาด มีอาการปวดเมื่อมีการเคลื่อนไหวหรือใช้งานกล้ามเนื้อส่วนนั้นมาก ๆ เป็นคำถามแบบตรวจสอบรายการตามตำแหน่งกล้ามเนื้อที่มีอาการในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ คอ บ่าและไหล่ หลัง เอว แขน ข้อมือ และรอบดวงตา และ 3) วิธีการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือกตามวิธีการและความถี่ของการปฏิบัติ คือ ไม่เคย (หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีการนั้นเมื่อมีอาการปวดเลย) บางครั้ง (หมายถึง มีการใช้วิธีการนั้นบ้างเป็นบางครั้งเมื่อมีอาการปวด) บ่อย ๆ (หมายถึง มีการใช้วิธีการนั้นบ่อย ๆ หรือเกือบทุกครั้งที่มีอาการปวด) และเป็นประจำ (หมายถึง มีการใช้วิธีการนั้นทุกครั้งที่มีอาการปวด) จำนวน 12 ข้อ และมีข้อคำถามปลายเปิดให้กลุ่มตัวอย่างสามารถระบุวิธีการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้ออื่น ๆ นอกเหนือจากตัวเลือกที่กำหนดให้ได้

ความตรงเชิงเนื้อหาตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ ที่มีคุณวุฒิปริญญาเอก 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ

ชำนาญการที่มีคุณวุฒิปริญญาโท 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องผ่านเกณฑ์ คือ มีค่าเท่ากับ 0.93 มีการทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยอื่น จำนวน 30 คน พร้อมหาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha co-efficient) ของข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อได้เท่ากับ 0.83

**6. การเก็บรวบรวมข้อมูล** ใช้วิธีการเก็บแบบสอบถามออนไลน์ผ่านเว็บไซต์เพื่อลดข้อจำกัดของการเก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในระหว่างวันที่ 15-30 กันยายน พ.ศ.2564 ผู้วิจัยมีการส่งลิงก์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าถึงแบบสอบถามโดยตรงผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์และบันทึกข้อความ กลุ่มตัวอย่างจะได้อ่านคำชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยและเข้าถึงข้อคำถาม กระบวนการเก็บข้อมูลไม่มีการบันทึกข้อมูลที่ระบุตัวบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ตอบกลับภายใน 7 วัน ผู้วิจัยทำการสุ่มรายชื่อใหม่ให้ครบตามขนาดตัวอย่าง ทั้งนี้ การดำเนินงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองแบบยกเว้นโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร หมายเลข HE 64-140

**7. การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ความชุก และวิธีการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติเชิงอนุมาน Mann Whitney U Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดระหว่างบุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุน ทั้งนี้ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผู้วิจัยกำหนดวิธีการนับจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดตามตำแหน่งที่กลุ่มตัวอย่างตอบทีละข้อจากทั้งหมด 7 ข้อที่ระบุไว้ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานคำนึงถึงข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติแบบพาราเมตริกซ์และการใช้สถิติแบบนอนพาราเมตริกซ์

สำหรับชุดข้อมูลในงานวิจัยนี้ ซึ่งทำการทดสอบแล้วพบว่าชุดข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติจึงเลือกใช้สถิติแบบนอนพาราเมตริกซ์ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติคือ 0.05

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 240 คน เป็นบุคลากรสายวิชาการร้อยละ 60.8 และบุคลากรสายสนับสนุนร้อยละ 39.2 มีข้อมูลทั่วไปและลักษณะการทำงาน (ดังแสดงตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทบุคลากร (n=240)

ข้อมูล	ประเภทบุคลากร n(%)			
	รวม (n=240)	สายวิชาการ (n=146)	สายสนับสนุน (n=94)	
เพศ	ชาย	86 (35.8%)	56 (38.4%)	30 (31.9%)
	หญิง	154 (64.2%)	90 (61.6%)	64 (68.1%)
อายุ (ปี)	ไม่เกิน 34 ปี	44 (18.3%)	16 (11.0%)	28 (29.8%)
	35-44 ปี	148 (61.7%)	99 (67.8%)	49 (52.1%)
	45-54 ปี	42 (17.5%)	26 (17.8%)	16 (17.0%)
	55-60 ปี	6 (2.5%)	5 (3.4%)	1 (1.1%)
	Median (Min, Max)	39 (25, 60)	39.5 (25, 60)	37.0 (25, 57)
รายได้ต่อเดือน ของตนเอง โดยประมาณ	ไม่เกิน 34,000 บาท	133 (55.4%)	41 (28.1%)	92 (97.9%)
	34,000 บาท ขึ้นไป	107 (44.6%)	105 (71.9%)	2 (2.1%)
	Median (Min, Max)	34,000 (13,000, 80,000)	40,000 (20,000, 80,000)	28,000 (13,000, 55,000)
สถานภาพสมรส	โสด	101 (42.1%)	63 (43.2%)	38 (40.4%)
	สมรส	131 (54.6%)	77 (52.7%)	54 (57.4%)
	หย่าร้าง/หม้าย	8 (3.3%)	6 (4.1%)	2 (2.2%)
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	88 (36.7%)	4 (2.7%)	84 (89.4%)
	สูงกว่าปริญญาตรี	152 (63.3%)	142 (97.3%)	10 (10.6%)
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อ ตารางเมตร)	น้อยกว่า 18.50	12 (5.0%)	6 (4.1%)	6 (6.4%)
	18.50 -22.99	99 (41.3%)	62 (42.5%)	37 (39.4%)
	23.00 – 24.99	39 (16.3%)	27 (18.5%)	12 (12.8%)
	25.00 ขึ้นไป	90 (37.5%)	51 (34.9%)	39 (41.5%)
	Median (Min, Max)	23.27 (16.61,42.97)	23.38 (16.80, 33.75)	23.14 (16.61,42.97)
ระยะเวลาทำงาน ในตำแหน่งปัจจุบัน (ปี)	ไม่เกิน 10 ปี	147 (61.3%)	85 (58.2%)	62 (66.0%)
	11 – 20 ปี	78 (32.5%)	51 (34.9%)	27 (28.7%)
	21 ปี ขึ้นไป	15 (6.2%)	10 (6.8%)	5 (5.3%)
	Median (Min, Max)	10 (1, 35)	10 (1, 30)	10 (1, 35)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	ประเภทบุคลากร n(%)			
	รวม (n=240)	สายวิชาการ (n=146)	สายสนับสนุน (n=94)	
ความถี่การทำงาน ที่ไม่ได้นั่งโต๊ะเลย	2 (0.8%)	1 (0.7%)	1 (1.1%)	
ที่โต๊ะทำงานหรือ คอมพิวเตอร์	8 (3.3%)	7 (4.8%)	1 (1.1%)	
3-5 วันต่อสัปดาห์	56 (23.3%)	42 (28.8%)	14 (14.9%)	
เกือบทุกวัน/ทุกวัน	174 (72.5%)	96 (65.8%)	78 (83.0%)	
ระยะเวลาที่ทำงาน ไม่เกิน 5 ชั่วโมง	82 (34.2%)	66 (45.2%)	16 (17.0%)	
โต๊ะทำงานหรือโต๊ะ คอมพิวเตอร์ต่อวัน	145 (60.4%)	74 (50.7%)	71 (75.5%)	
11 ชั่วโมงขึ้นไป	13 (5.4%)	6 (4.1%)	7 (7.4%)	
Median (Min, Max)	6 (1, 15)	6 (1, 15)	7 (1, 12)	
อาการปวด กล้ามเนื้อช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	มีอาการ	216 (90.0%)	130 (89.2%)	86 (91.5%)
ความชุกของ อาการปวดกล้ามเนื้อ	ร้อยละ (95% CI)	90.0% (86.2% - 93.8%)	89.0 % (83.9% - 94.3%)	91.5% (85.7% - 97.2%)

กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 90.0 ทั้งนี้ ร้อยละ 89.0 ของบุคลากรสายวิชาการ และ ร้อยละ 91.5 ของบุคลากรสายสนับสนุนมีความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยตำแหน่งของกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดมากที่สุดได้แก่ คอ บ่าและไหล่ และรอบดวงตา คิดเป็นร้อยละ 87.0 79.6 และ 78.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) เมื่อวิเคราะห์จำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดทั้งหมด 7 ตำแหน่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

โดยรวมมีค่ามัธยฐาน 5 ตำแหน่ง (ค่าต่ำสุด = 1 ตำแหน่ง, ค่าสูงสุด = 7 ตำแหน่ง) กลุ่มตัวอย่างที่ปวดกล้ามเนื้อทุกตำแหน่งมีร้อยละ 29.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างบุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุนพบว่า บุคลากรสายสนับสนุนมีจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดมากกว่าบุคลากรสายวิชาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.004$ ) (ดังแสดงตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะอาการปวดกล้ามเนื้อ และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดระหว่างกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสายวิชาการ (n=130) และสายสนับสนุน (n=86)

ลักษณะอาการปวดกล้ามเนื้อ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		ประเภทบุคลากร n(%)		
		รวม (n=216)	สายวิชาการ (n=130)	สายสนับสนุน (n=86)
ตำแหน่ง	คอ	188 (87.0%)	113 (86.9%)	75 (87.2%)
	บ่าและไหล่	172 (79.6%)	99 (76.2%)	73 (84.9%)
	รอบดวงตา	170 (78.7%)	100 (76.9%)	70 (81.4%)
	หลัง	169 (78.2%)	102 (78.5%)	67 (77.9%)
	เอว	143 (66.2%)	81 (62.3%)	62 (72.1%)
	ข้อมือหรือมือ	109 (50.4%)	54 (41.5%)	55 (64.0%)
	แขน	105 (48.6%)	51 (39.2%)	54 (39.2%)
จำนวนตำแหน่ง ที่ปวด	1 ตำแหน่ง	11 (5.1%)	6 (4.6%)	5 (5.8%)
	2 ตำแหน่ง	19 (8.8%)	15 (11.5%)	4 (4.7%)
	3 ตำแหน่ง	22 (10.2%)	15 (11.5%)	7 (8.1%)
	4 ตำแหน่ง	41 (19.0%)	26 (20.0%)	15 (17.4%)
	5 ตำแหน่ง	24 (11.1%)	20 (15.4%)	4 (4.7%)
	6 ตำแหน่ง	36 (16.7%)	21 (16.2%)	15 (17.4%)
	7 ตำแหน่ง	63 (29.2%)	27(20.8%)	36 (41.9%)
	Median (Min, Max)	5 (1-7)	5 (1-7)	6 (1-7)
ความแตกต่างของจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่มีอาการปวด (Mann - Whitney U test)				
Mean rank			98.63	123.42
Mann-Whitney U = 4307.0, P-value =0 .004*				

\* ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ส่วนผลการวิจัยในตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ทำทางหรืออิริยาบถบ่อย ๆ การปรับท่าทางหรือนั่งทำงาน  
 วิธีการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อที่กลุ่มตัวอย่าง และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนที่ปวด  
 ทำบ่อย ๆ หรือทำเป็นประจำมากที่สุด คือ การเปลี่ยน

**ตารางที่ 3** วิธีการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประเภทบุคลากรสาขาวิชาการ (n=130)  
 และสายสนับสนุน (n=86)

วิธีการ		ความถี่ของการปฏิบัติ n(%)			
		ไม่เคยทำ	ทำบางครั้ง	ทำบ่อยๆ	ทำเป็นประจำ
1. กินยาแก้ปวดหรือ ยาแก้อักเสบ	รวม	90(41.7%)	120(55.6%)	3(1.4%)	3(1.4%)
	สายวิชาการ	59(45.4%)	67(51.5%)	2(1.5%)	2(1.5%)
	สายสนับสนุน	31(36.0%)	53(61.6%)	1(1.2%)	1(1.2%)
2. ทายาบรรเทาอาการปวด	รวม	65(30.4%)	122(56.5%)	23(10.6%)	6(2.8%)
	สายวิชาการ	45(34.6%)	66(50.8%)	15(11.5%)	4(3.1%)
	สายสนับสนุน	20(23.3%)	56(65.1%)	8(9.3%)	2(2.3%)
3. ฉีดยาบริเวณที่ปวด	รวม	187(86.6%)	26(12.0%)	3(1.4%)	0(0.0%)
	สายวิชาการ	113(86.9%)	15(11.5%)	2(1.5%)	0(0.0%)
	สายสนับสนุน	74(86.0%)	11(12.8%)	1(1.2%)	0(0.0%)
4. นวดหรือคลึงบริเวณที่ปวด	รวม	32(14.4%)	126(58.3%)	53(24.5%)	5(2.3%)
	สายวิชาการ	21(16.2%)	65(50.0%)	40(30.8%)	4(3.1%)
	สายสนับสนุน	11(12.8%)	61(70.9%)	13(15.1%)	1(1.2%)
5. ประคบน้ำร้อนหรืออบด้วย สมุนไพร	รวม	145(67.1%)	63(29.2%)	8 (3.7%)	0(0.0%)
	สายวิชาการ	92(70.8%)	32(24.6%)	6(4.6%)	0(0.0%)
	สายสนับสนุน	53(61.6%)	31(36.0%)	2(2.3%)	0(0.0%)
6. ผึงเข็มหรือกระตุ้นกล้ามเนื้อ ด้วยไฟฟ้า	รวม	198(92.2%)	17(7.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)
	สายวิชาการ	121(91.3%)	9(6.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)
	สายสนับสนุน	78(90.7%)	8(9.3%)	0(0.0%)	0(0.0%)
7. ยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วน ที่ปวด	รวม	18(8.3%)	116(53.7%)	59(27.3%)	23(10.6%)
	สายวิชาการ	10(7.0%)	63(48.5%)	40(30.8%)	17(11.6%)
	สายสนับสนุน	8(9.3%)	53(61.6)	19(22.1%)	9(7.0%)
8. พักหรือหยุดการใช้งาน กล้ามเนื้อ	รวม	17(7.9%)	130(60.2%)	54(24.9%)	15(6.9%)
	สายวิชาการ	13(10.0%)	66(50.8%)	38(29.2%)	13(10.0%)
	สายสนับสนุน	4(4.7%)	64(74.4%)	16(18.6%)	2(2.3%)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

วิธีการ		ความถี่ของการปฏิบัติ n(%)			
		ไม่เคยทำ	ทำบางครั้ง	ทำบ่อยๆ	ทำเป็นประจำ
9. ปรับท่าทางหรือ ท่านั่งทำงาน	รวม	9(4.2%)	116(53.7%)	71(33.9%)	20(9.3%)
	สายวิชาการ	6(4.6%)	69(53.1%)	39(30.0%)	16(12.3%)
	สายสนับสนุน	3(3.5%)	47(54.7%)	32(37.2%)	4(4.7%)
10. เปลี่ยนท่าทางหรือ อิริยาบถบ่อย ๆ	รวม	3(1.4%)	101(46.8%)	87(40.3%)	25(11.6%)
	สายวิชาการ	2(1.5%)	57(43.8%)	54(41.5%)	17(13.1%)
	สายสนับสนุน	1(1.2%)	44(51.2%)	33(38.4%)	8(9.3%)
11. ออกกำลังกายหรือ บริหารกล้ามเนื้อที่ปวด ให้แข็งแรง	รวม	30(13.9%)	136(63.0%)	39(18.0%)	11(5.1%)
	สายวิชาการ	21(16.2%)	74(56.9%)	28(21.5%)	7(5.4%)
	สายสนับสนุน	9(10.5%)	62(72.1%)	11(12.8%)	4(4.7%)
12. ปรับสภาพแวดล้อม รอบโต๊ะทำงาน	รวม	50(23.0%)	127(58.5%)	27(12.9%)	12(5.5%)
	สายวิชาการ	35(26.9%)	67(51.5%)	19(14.6%)	9(6.9%)
	สายสนับสนุน	15(17.4%)	60(69.8%)	8(9.3%)	3(3.5%)

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า บุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครกว่าร้อยละ 90 มีอาการปวดกล้ามเนื้อในช่วงระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา อาจเป็นไปได้ว่าบุคลากรมีปัจจัยเสี่ยงจากปัจจัยส่วนบุคคลหรือปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานซึ่งส่งผลให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อได้ หากพิจารณาจากบริบทสภาพการทำงานนั้น จะเห็นว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีการทำงานนั่งโต๊ะทำงานหรือโต๊ะคอมพิวเตอร์เป็นประจำทุกวัน และมีระยะเวลาการทำงานนั่งโต๊ะทำงานหรือโต๊ะคอมพิวเตอร์วันละ 6-10 ชั่วโมง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคลากรมีโอกาสเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อมากขึ้น (Feng, Chen, Zhu, Ip, Andersen, Page, & Wang, 2021; Chinedu, Henry, Nene & Okwudili (2020) นอกจากนี้ การที่บุคลากรกว่าครึ่งหนึ่งมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ตัวมหรืออ้วนก็อาจเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งเสริมให้มีโอกาสเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อได้มากขึ้นเช่นกัน (Walsh, Arnold,

Evans, Yaxley, Damarell, & Shanahan, 2018) อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุของอาการปวดกล้ามเนื้อ จึงยังไม่อาจอนุมานผลจากปัจจัยต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ อยู่ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา-19 จึงไม่ได้สะท้อนปัญหาอาการปวดกล้ามเนื้อในการทำงานรูปแบบปกติ การวิจัยครั้งนี้พบความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อสูงกว่าหลายการศึกษาที่ผ่านมา เช่น นรากร พลหาญ, สมสมร เรืองวรบุรณ, โกมล บุญแก้ว, และอนุพงษ์ ศรีวิรัตน์ (2557) ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และสฤตลา แซ่เตียว (2561) Meaza, Temesgen, Redae, Hailemariam, and Alamer, (2020) และ Chinedu, Henry, Nene & Okwudili (2020) แต่มีค่าใกล้เคียงกับความชุกที่พบในการศึกษาของสุนันทา จำชาติ, ภาพรสาอ่อน, ปณิตา ศรีราวี, สุภัตรา วิชาพูล, และสิริทรัพย์ สีหะวงษ์ (2564) ซึ่งอาจมีผลมาจากช่วงเวลาการ

เก็บข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้และงานวิจัยของสุนันทา จำชาติ และคณะ (2564) อยู่ในช่วงการทำงานที่บ้าน หรือการทำงานรูปแบบออนไลน์ตามมาตรการการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งทำให้บุคลากรทำงานโดยใช้งานคอมพิวเตอร์มากขึ้น อาจมีอิริยาบถระหว่างทำงานหรือสถานที่ทำงานที่บ้านที่เปลี่ยนแปลงไปจากการทำงานในสถานที่เดิม สิ่งเหล่านี้ อาจทำให้ความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อแตกต่างกันไปจากช่วงเวลาปกติได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ekpanyaskul and Padungtod (2021) ที่พบว่าการทำงานที่บ้านในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ทำให้อาการปวดกล้ามเนื้อแย่ลงเช่นกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลอาการปวดกล้ามเนื้อในระยะยาวหรือมีข้อมูลความชุกก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 และไม่ได้มีการสังเกตอิริยาบถการทำงานหรือการยศาสตร์การทำงานของบุคลากร ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ จึงอาจเป็นเพียงข้อมูลที่ใช้สำหรับเฝ้าระวังปัญหาเกี่ยวกับอาการปวดกล้ามเนื้อในบุคลากรเท่านั้น ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยควรมีแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยให้บุคลากรลดความเสี่ยงต่ออาการปวดกล้ามเนื้อได้ เช่น การส่งเสริมให้มีเวลาพักทำงาน หรือมีการกำหนดเวลาพักหรือเปลี่ยนอิริยาบถการทำงาน บ่อยขึ้นตามผลการศึกษาของ (Feng, Chen, Zhu, Ip, Andersen, Page, & Wang, 2021)

ข้อค้นพบจากงานวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ตำแหน่งของกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดในกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ กล้ามเนื้อคอ ไหล่ และหลัง (นรากร พลหาญ, สมสมร เรืองวรบูรณ์, โกมล บุญแก้ว, และอนุพงษ์ ศรีวิรัตน์, 2557; สุนันทา จำชาติ, ภาพร สาอ่อน, ปณิตา ศรีราวี, สุภัตรา วิชาพูล, และสิริทรัพย์ สีหะวงษ์, 2564; Ekpanyaskul & Padungtod, 2021) แต่สิ่งที่น่ากังวลที่พบในการศึกษาครั้งนี้คือ บุคลากรเกือบทั้งหมดมี

อาการปวดกล้ามเนื้อมากกว่า 1 ตำแหน่ง และบุคลากรถึงหนึ่งในสามมีอาการปวดกล้ามเนื้อครบทั้ง 7 ตำแหน่ง สะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาอาการปวดกล้ามเนื้อของบุคลากรในมหาวิทยาลัยเป็นประเด็นสุขภาพที่ไม่อาจละเลยได้

งานวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า บุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุนมีจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ Ojoawo, Akinola & Awotidebe (2017) นับเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่า แม้บุคลากรที่เป็นคนทำงานออฟฟิศในสถานที่ทำงานเดียวกัน แต่มีลักษณะภาระงานที่แตกต่างกัน อาจทำให้บุคลากรบางกลุ่มมีความเสี่ยงจากอาการปวดกล้ามเนื้อมากกว่าดังเช่นที่พบในบุคลากรสายสนับสนุนนี้ ดังนั้น หากมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อสำหรับบุคลากรในมหาวิทยาลัย จำเป็นต้องคำนึงถึงความแตกต่างของอาการและลักษณะการทำงานของบุคลากรทั้งสองกลุ่มนี้ด้วย

ปัจจุบัน สังคมมีความตระหนักต่อปัญหาอาการปวดกล้ามเนื้อของคนในกลุ่มวัยทำงานมากขึ้น จึงมีการพัฒนารูปแบบวิธีการที่หลากหลายและได้ผลดี ในการป้องกันและลดอาการปวดกล้ามเนื้อจากการทำงาน ซึ่งมีทั้งแบบโปรแกรมเชิงเดี่ยว (Single stranded intervention) เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การจัดการความเครียด การปรับท่าทางการทำงาน และแบบโปรแกรมเชิงซ้อน (Multiple stranded intervention) เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการปรับท่าทางการทำงานและการส่งเสริมทางจิตสังคม (Schmid et al., 2021; Van Eerd et al., 2016) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ไม่ได้มีการศึกษาในเรื่องของการตอบสนอง ผลการรักษาว่าได้ผลมากน้อยต่างกันอย่างไร แต่งานวิจัยนี้พบว่าบุคลากรมักใช้วิธีการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อที่ได้ผลบรรเทาอาการในระยะสั้น ทั้งนี้ จากข้อมูล

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าวิธีการที่ได้ผลบรรเทาอาการ และป้องกันอาการในระยะยาว คือ การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (Resistance exercise) เพื่อให้กล้ามเนื้อส่วนที่ใช้งานบ่อย ๆ แข็งแรงขึ้น (Van Eerd et al., 2016) ดังนั้น บุคลากรเหล่านี้ควรได้รับการสนับสนุนให้เกิดความตระหนักในอาการเหล่านี้ มีการเรียนรู้วิธีการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อโดยการป้องกันระยะยาวแบบเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจุดที่ใช้บ่อย เพื่อให้สามารถลดและป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงมหาวิทยาลัยอาจพัฒนาโปรแกรมเชิงซ้อนที่ช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อให้แก่บุคลากรได้อีกด้วย

## สรุปผลการวิจัย

ปัญหาอาการปวดกล้ามเนื้อเป็นปัญหาที่พบมากในบุคลากรของมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าบุคลากรมีความชุกของอาการปวดกล้ามเนื้อถึงร้อยละ 90 นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า บุคลากรสายสนับสนุนมีจำนวนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดมากกว่าบุคลากรสายวิชาการ สำหรับวิธีการที่ใช้ในการจัดการอาการปวดกล้ามเนื้อพบว่า เป็นวิธีการที่เหมาะสมกับการบรรเทาอาการเมื่อมีอาการปวด ได้แก่ การเปลี่ยนท่าทางหรืออิริยาบถบ่อย ๆ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนที่ปวด และการปรับท่าทางหรือท่านั่งทำงาน

ส่วนวิธีการที่ยังใช้น้อย เช่น การออกกำลังกายหรือบริหารกล้ามเนื้อที่ปวดให้แข็งแรง

## ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. มหาวิทยาลัยควรสนับสนุนให้มีการลดความเสี่ยง และป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อเพื่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรสายสนับสนุน ซึ่งอาจใช้วิธีการที่หลากหลาย เช่น การอบรมให้ความรู้ การพัฒนาทักษะการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในการทำงาน

2. อาการปวดกล้ามเนื้อของบุคลากรอาจมีมากขึ้นในอนาคตจากการทำงานรูปแบบออนไลน์ ที่มากขึ้นตามวิถีชีวิตใหม่ (New normal) จึงควรทำวิจัยเพื่อติดตามต่อไปว่าการทำงานที่บ้านหรือรูปแบบออนไลน์ที่มากขึ้นนี้ ส่งผลต่ออาการปวดกล้ามเนื้อมากน้อยอย่างไร

3. การทราบดีถึงภัยเสี่ยงต่ออาการปวดกล้ามเนื้อของบุคลากรในมหาวิทยาลัย รวมถึงข้อมูลทางการยศาสตร์ในการทำงาน อาจทำให้สามารถออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ ที่ป้องกันอาการเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในปีงบประมาณ พ.ศ.2564

## เอกสารอ้างอิง

- ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และสกุณฑลา แซ่เตียว. (2562). พฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(37), 69-83.
- นรากร พลหาญ, สมสมร เรืองวรบูรณ์, โกมล บุญแก้ว, และอนุพงษ์ ศรีวิรัตน์. (2557). กลุ่มอาการที่เกิดต่อร่างกายจากการใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานของ บุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยนครพนม. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 6(12), 26-38.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 16(2), 9-18.
- สุนันทา จำชาติ, ภาพร สาอ่อน, ปณิตา ศรีราวี, สุภัตรา วิชาพูล, และสิริทรัพย์ สีหะวงษ์. (2564). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปวดกล้ามเนื้อของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *มฉก. วิชาการ*, 25(1), 77-86.
- ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษา. (2564). Work from Home อย่างไร ให้ไม่เป็นออฟฟิศซินโดรม. สืบค้นจาก <https://sciplanet.org/content/8208>
- Chantaracherd, P. (2015). The office syndrome: a potential risk factor of TMD and headache. maybe vice versa?. *Mahidol Dental Journal*, 35(3), 265-272.
- Chinedu, O. O., Henry, A. T., Nene, J. J., & Okwudili, J. D. (2020). Work-related musculoskeletal disorders among office workers in higher education institutions: A cross-sectional study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 30(5), 715-724.
- Ekpanyaskul, C., & Padungtod, C. (2021). Occupational health problems and lifestyle changes among novice working-from-home workers amid the COVID-19 pandemic. *Safety and health at work*, 12(3), 384-389.
- Feng, B., Chen, K., Zhu, X., Ip, W. Y., Andersen, L. L., Page, P., & Wang, Y. (2021). Prevalence and risk factors of self-reported wrist and hand symptoms and clinically confirmed carpal tunnel syndrome among office workers in China: a cross-sectional study. *BMC public health*, 21(1), 1-10.
- Kawai, K., Kawai, A. T., Wollan, P., & Yawn, B. P. (2017). Adverse impacts of chronic pain on health-related quality of life, work productivity, depression and anxiety in a community-based study. *Family practice*, 34(6), 656-661.
- Meaza, H., Temesgen, M. H., Redae, G., Hailemariam, T. T., & Alamer, A. (2020). Prevalence of Musculoskeletal Pain Among Academic Staff of Mekelle University, Ethiopia. *Clinical Medicine Insights: Arthritis and Musculoskeletal Disorders*, 13, <https://doi.org/10.1177/1179544120974671>

- Minoura, A., Ishimaru, T., Kokaze, A., & Tabuchi, T. (2021). Increased Work from Home and Low Back Pain among Japanese Desk Workers during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), <https://doi.org/10.3390/ijerph182312363>.
- Ojoawo, A. O., Awotidebe, T. O., & Akindamola, G. A. (2016). Prevalence of work related musculoskeletal pain among academic and non academic staff of a Nigerian university. *Gülhane Tip Dergisi*, 58(4), 341-347.
- Schmidt, K. G., Holtermann, A., Jørgensen, M. B., Svendsen, M. J., & Rasmussen, C. D. N. (2021). Developing a practice and evidence-based guideline for occupational health and safety professionals to prevent and handle musculoskeletal pain in workplaces. *Applied Ergonomics*, 97,(11), <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2021.103520>.
- Van Eerd, D., Munhall, C., Irvin, E., Rempel, D., Brewer, S., Van Der Beek, A. J., ... & Amick, B. (2016). Effectiveness of workplace interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal disorders and symptoms: an update of the evidence. *Occupational and environmental medicine*, 73(1), 62-70.
- Walsh, T. P., Arnold, J. B., Evans, A. M., Yaxley, A., Damarell, R. A., & Shanahan, E. M. (2018). The association between body fat and musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC musculoskeletal disorders*, 19(1), 1-13.



การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ  
ของบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เทศบาลเมืองเมืองปัก

อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา

**The Development of the Program for Enhancing Ageing  
Readiness Preparation of the Middle-aged Adults  
in Mueang Pak Municipality, Pak Thong Chai District,  
Nakhon Ratchasima Province**

พิศสลลล์ม์ ชำรงศวรรกุล, ปร.ด., Phitsaran Thamrongworakun, Ph.D.\*

อาจารย์ ดร., ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ

Lecture, Ph.d., Department of Psychology, Faculty of Education,

Ramkhamhaeng University, Bangkok

\*Corresponding Author Email: Phitsaran.t@ru.ac.th

Received: December 7, 2021

Revised: June 3, 2022

Accepted: June 10, 2022

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองเมืองปัก อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา จากการเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test for Match Paired และ Mann-Whitney U Test ผลจากการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลองและในระยะติดตามผล 1 เดือน บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 2) หลังการทดลองและในระยะติดตามผล 1 เดือน บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สรุปได้ว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิผลในการสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางได้

**คำสำคัญ:** โปรแกรมเสริมสร้างการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง

## Abstract

The purposes of this quasi experimental research were to study the effectiveness of the program for enhancing ageing readiness preparation of the middle-aged adults. The sample were citizens in Mueang Pak Municipality Pak Thong Chai District Nakhon Ratchasima Province. They were purposively selected according to the criteria that: they were 40-59 years. Then they were assigned into the experimental and control groups, 22 persons each. The scales of ageing readiness preparation for the middle-aged adults with subscales of cognitive, attitudes and behavior were used as the research instruments. Wilcoxon Signed-Rank Test for Match Paired and Mann-Whitney U Test. It was found that: 1) after the experiment and the follow-up period, the middle-aged adults in the experimental group had mean scores from the assessment of cognitive, attitudes and behaviors of ageing readiness preparation were statistically different from before the experiment at .01 level of statistical significance; and 2) after the experiment and the follow-up period, the middle-aged adults in the experimental group had mean scores from the assessment of cognitive, attitudes and behaviors of ageing readiness preparation were statistically different from the control group at .01 level of statistical significance. Finally, it can be concluded that this developed program was empirically proved to be effective for enhancing the ageing readiness preparation of the middle-aged adults.

**Keywords:** *The program for enhancing ageing readiness preparation, middle-aged adults*

## บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกกำลังเผชิญกับวิกฤตการณ์เปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม ที่มีสาเหตุมาจากการเกิดของประชากรลดลงและการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ประเทศแถบตะวันตกกำหนดเกณฑ์ให้บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ จากการสำรวจประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2010 พบประชากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี มีจำนวนมากกว่าหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด (Lachman, 2015) สำหรับประเทศไทยได้กำหนดให้บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 (สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล, 2561) โดยบุคคล

จะต้องปรับตัวทุกช่วงวัย เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-40 ปี ก็จะต้องวางแผนสร้างครอบครัว และเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-60 ปีก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ในทิศทางที่เสื่อมลงทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนยังเป็นช่วงวัยที่ต้องเตรียมความพร้อมด้านการเงินและที่อยู่อาศัยเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในบั้นปลาย (อุบลรัตน์ เฟ็งสถิต, 2557) จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคคลจะส่งผลต่อสังคมโดยรวม เนื่องจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบในหลาย ๆ ด้าน ทั้งกำลังคนที่เป็นแรงงานของชาติลดลงงบประมาณที่ภาครัฐต้องจัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย

ในสวัสดิการเพื่อดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพที่เกิดจากการเสื่อมทางร่างกายและจิตใจของบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยชรา (พัชรพวรรณ กิจพันธ์, 2561) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุมักเกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การพัฒนาบุคคลเพื่อให้มีความพร้อมต่อการเข้าสู่สังคมสูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะทำให้ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพสามารถทำงาน ใช้ความรู้และความสามารถเป็นพลังของสังคม และมีความพร้อมที่จะใช้ชีวิตในบั้นปลายได้อย่างสุขสมบูรณ์ (รติมา คชนันน์, 2561)

ในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของบุคคลนั้น ปัญหาและอุปสรรคจะเกิดจากการขาดการกระตุ้นและการส่งเสริมให้บุคคลตระหนักและเริ่มต้นในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม (สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ และอุบลวรรณ หงส์วิทยากร, 2559) อีกทั้งผู้คนยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่ถูกต้อง ตลอดจนขาดความพร้อมด้านการแสวงหาความรู้ในกิจกรรมที่ตนเองสนใจที่เหมาะสม (กาญจนา สนิท, นาวิน พรหมใจสา และศิวาพร วังสมบัติ, 2560) การวางแผนเพื่อเตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องให้ความสำคัญที่องค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเข้ามามีบทบาทในการกำหนดแผนและแนวทางในการดำเนินการที่จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้สมาชิก ในชุมชนได้มีการเตรียมความพร้อมในชีวิตที่จะต้องเผชิญกับความชราในอนาคต ซึ่งประกอบด้วย การดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต การเก็บออมเงิน การปรับเปลี่ยนซ่อมแซมที่อยู่อาศัย และการสร้างสัมพันธ์ทางสังคม (ชาญชัย จันดี และธีระ ฤทธิรอด, 2558) ที่จำเป็นต้องมีการวางแผนและบูรณาการด้วยกลวิธีที่หลากหลาย จะช่วยให้ผู้สูงอายุมั่นใจการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสามารถสร้างโอกาสในการทำงานใน มีที่พำนักที่ปลอดภัย

รวมถึงมีการสนับสนุนด้านการศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (United Nations, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2017)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ วัยสูงอายุในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี โดยให้ความรู้ให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม และทำกิจกรรมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัย และด้านสังคม เพื่อสร้างเสริมให้บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีความรู้ มีเจตคติที่ดี และมีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสมมากขึ้น โดยผลจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหวังว่าจะได้เครื่องมือและแนวทางที่เป็นประโยชน์ให้ผู้ที่อยู่ในวิชาชีพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปประยุกต์เพื่อเตรียมความพร้อมบุคคลก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นในอนาคต

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง

## สมมติฐานการวิจัย

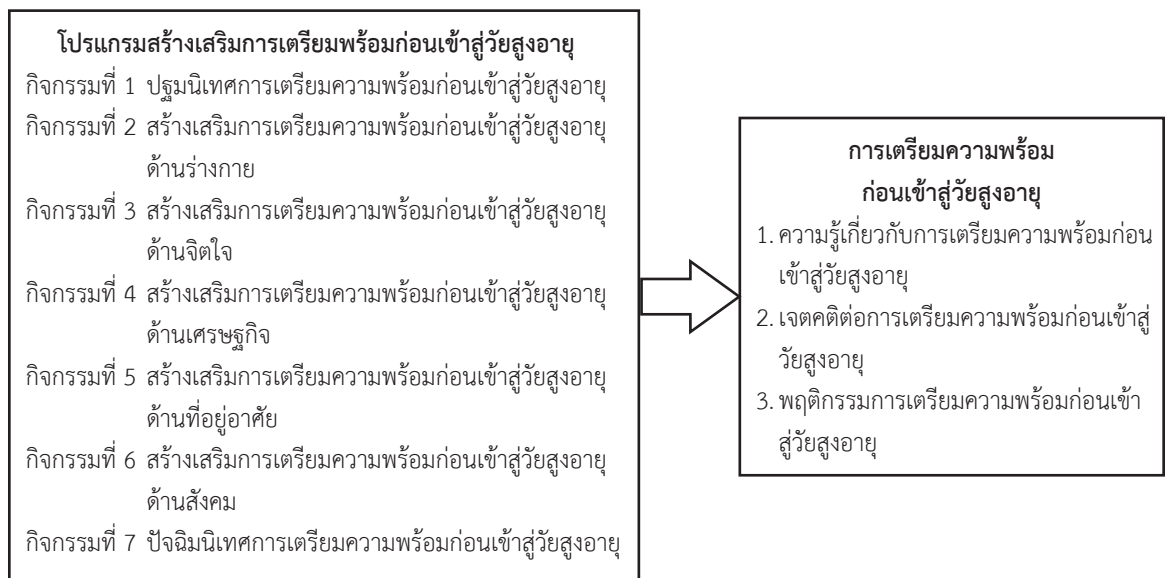
1. หลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและระยะติดตามผล 1 เดือน บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ
2. หลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและระยะติดตามผล

1 เดือน บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริม การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุตามแนวคิด ของ Rogers (1975) ที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับความ

สัมพันธ์ระหว่างความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) หรือ KAP ร่วมกับแนวคิด เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่ประกอบ ด้วย ร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย และสังคม จาก การศึกษาของ Kornadt and Rothermund (2014) และชาญชัย จันดี และธีระ ฤทธิรอด (2558) เนื่องจาก แนวคิด KAP จะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ สร้างเสริม เจตคติ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเตรียม ความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในแต่ละด้าน



ภาพที่1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี พักอาศัยอยู่เทศบาลเมืองเมืองปัก อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา ที่ประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และมีข้อจำกัดด้านการมีที่ดินทำกิน คำนวณหากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แนวทางการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen (1969) กรณีการวิจัยเชิงทดลอง ที่มีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ ( $ES=0.8$ ) กำหนดความเชื่อมั่นร้อยละ 95 คำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 17 คน ซึ่งผู้วิจัยปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 22 คน (กลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน) ทั้งนี้ เป็นการสำรวจการขอถอนตัวออกจากกลุ่มการทดลอง และใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดให้บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรม

### 2. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

**2.1 เกณฑ์การคัดเลือก** บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ที่มีคะแนนจากการประเมินพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ในระดับน้อยและน้อยที่สุด (1.00-2.60) สามารถอ่านออกเขียนได้ พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง ไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยจนไม่สามารถสื่อสารได้ และมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

**2.2 เกณฑ์การคัดออก** บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมโครงการ มีภาวะการเจ็บป่วยกะทันหัน หรือมีเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้

### 3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรม โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กระทรวงสาธารณสุข เลขที่รับรอง NRPH 050 และผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีการแจ้งสิทธิ์ที่จะให้หรือไม่ให้ข้อมูลโดยไม่เสียประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตในด้านใด ๆ มีการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนมีการให้แบบชี้แจงผู้ร่วมวิจัย และเห็นยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล

### 4. เครื่องมือการวิจัย

**4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้ใหญ่ตอนกลางที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด KAP ประกอบด้วย 1) ภูมินิเทศการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ 2) สร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ด้านร่างกาย 3) สร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุด้านจิตใจ 4) สร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุด้านเศรษฐกิจ 5) สร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุด้านที่อยู่อาศัย 6) สร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุด้านสังคม และ 7) ภูมินิเทศการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

**4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย 4 ส่วน

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และโรคประจำตัว

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินความรู้การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) ตามแบบของ Likert กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายโดย

ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ 0-11 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ, 12-15 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และ 16-20 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินเจตคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ มีข้อความถามจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) ตามแบบของ Likert กำหนดการแปลความหมายโดยใช้สูตรการคำนวณช่วงความกว้างของชั้น (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ 1.00-1.80 หมายถึง มีเจตติระดับน้อยที่สุด, 1.81-2.60 หมายถึง มีเจตติระดับน้อย, 2.61-3.40 หมายถึง มีเจตติระดับปานกลาง, 3.41-4.20 หมายถึง มีเจตติระดับมาก และ 4.21-5.00 หมายถึง มีเจตติระดับมากที่สุด

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ มีข้อความถามจำนวน 17 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) ตามแบบของ Likert กำหนดการแปลความหมาย ดังนี้ 1.00-1.80 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับน้อยที่สุด, 1.81-2.60 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับน้อย, 2.61-3.40 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับปานกลาง, 3.41-4.20 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับมาก และ 4.21-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมระดับมากที่สุด

## 5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**5.1 การวิเคราะห์ความตรง (Validity)** ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ แบบประเมินเจตคติ แบบประเมินพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และโปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาและผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมและความถูกต้องชัดเจนของภาษา วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และผู้วิจัย

ได้ปรับปรุงข้อความตามการเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

## 5.2 การวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ แบบประเมินเจตคติ และแบบประเมินพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับบุคคลวัยผู้ใหญ่ช่วงกลาง อายุ 40-59 ปี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach, 1951) เท่ากับ 0.82, 0.89 และ 0.87

## 6. การทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการใช้โปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ กำหนดกิจกรรมละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ ในแต่ละกิจกรรมจะใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยการนัดหมายเพื่อเข้ารับโปรแกรมแต่ละครั้งจะกำหนดวันและเวลาเดียวกัน ในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยจะยึดวันและเวลาที่กลุ่มทดลองสะดวกเป็นเกณฑ์ การให้โปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจะเริ่มจากขั้นเริ่มต้น ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพ มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ กระบวนการ และบทบาทหน้าที่ จากนั้นก็เป็นขั้นตอนการที่จะมีการบรรยายให้ความรู้ ให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม และทำกิจกรรมกลุ่มสุดท้าย ก็เป็นขั้นสรุป

## 7. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เริ่มเก็บข้อมูลเดือนเมษายน 2563 โดยผู้วิจัยขออนุญาตและแจ้งความประสงค์ในการดำเนินการวิจัยกับผู้นำชุมชนเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้โปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นก็นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ผลจากการประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม

การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน แล้วสรุปผลและเขียนรายงานการวิจัย ทั้งนี้ เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ทดลองศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 44 คน ที่พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองเมืองปัก อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา ดังนั้น ผลการวิจัย จึงเป็นผลของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่นี้ อาจไม่สามารถนำไปสรุปครอบคลุมกับกลุ่มตัวอย่างในวัยเดียวกันจากประชากรในอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดอื่น ๆ หรือในเขตกรุงเทพมหานครที่แตกต่างกันได้ ยกเว้นว่าจะมีคุณลักษณะต่าง ๆ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

## 8. การวิเคราะห์ข้อมูล

8.1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความยากง่าย

8.2 เปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจากการประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางภายในกลุ่มด้วยสถิติทดสอบ Wilcoxon signed-rank test และเปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจากการประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุระหว่างกลุ่มบุคคลวัยผู้ใหญ่ช่วงกลางระหว่างกลุ่มด้วยสถิติทดสอบ Mann-Whitney U test

## ผลการวิจัย

1. บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมาคือเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 45.5 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 77.3 กลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 81.8 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 59.1 กลุ่มควบคุมที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 63.6 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 59.1 กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 68.2 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 54.5 กลุ่มควบคุมมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 54.5 และบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.64 ส่วนกลุ่มควบคุมที่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 81.8

2. การเปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง กับหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่าการทดลอง (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง (n=22)

การเตรียมความพร้อม	การประเมิน	$\bar{X}$	SD	Z	p
ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	ก่อนการทดลอง	8.91	1.74	-4.110**	.000
	หลังการทดลอง	17.55	1.18		
เจตคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	ก่อนการทดลอง	2.59	.27	-4.116**	.000
	หลังการทดลอง	4.24	.22		
พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	ก่อนการทดลอง	2.36	.18	-4.122**	.000
	หลังการทดลอง	4.06	.22		

3. การเปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ในระยะติดตามผล 1 เดือน

แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่าก่อนการทดลอง (ดังตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน (n=22)

การเตรียมความพร้อม	การประเมิน	$\bar{X}$	SD	Z	p
ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	ก่อนการทดลอง	8.91	1.74	-4.212	.000
	ระยะติดตามผล	16.86	1.08		
เจตคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	ก่อนการทดลอง	2.59	.27	-4.113	.000
	ระยะติดตามผล	4.18	.12		
พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	ก่อนการทดลอง	2.36	.18	-4.112	.000
	ระยะติดตามผล	3.93	.32		

4. การเปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

ด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่ากลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การเตรียมความพร้อม	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	SD	Z	p
ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	กลุ่มทดลอง	22	17.55	1.18	-5.711**	.000
	กลุ่มควบคุม	22	9.18	1.97		
เจตคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	กลุ่มทดลอง	22	4.24	.22	-5.692**	.000
	กลุ่มควบคุม	22	2.58	.22		
พฤติกรรมการเตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	กลุ่มทดลอง	22	4.06	.22	-5.691**	.000
	กลุ่มควบคุม	22	2.33	.25		

5. การเปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะติดตามผล 1 เดือนพบว่าในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่ากลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การเตรียมความพร้อม	กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	SD	Z	p
ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	กลุ่มทดลอง	22	16.86	1.08	-5.690**	.000
	กลุ่มควบคุม	22	9.55	1.79		
เจตคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	กลุ่มทดลอง	22	4.19	.12	-5.708**	.000
	กลุ่มควบคุม	22	2.57	.26		
พฤติกรรมการเตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	กลุ่มทดลอง	22	3.93	.32	-5.716**	.000
	กลุ่มควบคุม	22	2.27	.24		

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมของบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางกลุ่มทดลอง ระหว่างหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน กับก่อนทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่ช่วยให้บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และมีเจตคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุสูงขึ้น เนื่องจากกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัย สภาพจิตใจ การวางแผนเศรษฐกิจด้านการเงิน การจัดสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยให้เหมาะสมต่อการใช้ชีวิตในช่วงวัย การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งครอบครัวและชุมชน ช่วยให้บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุดีขึ้น นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวยังได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจในตนเองและผู้นรอบข้างมากขึ้น เกิดความตระหนักถึงการเตรียมพร้อมที่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต ส่งผลให้มีเจตคติต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุสูงขึ้นกว่าเดิม อีกทั้งผู้เข้ารับโปรแกรมยังได้ทำกิจกรรมกลุ่มที่เป็นการเพิ่มพูนทักษะ จึงช่วยให้สามารถลงมือปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้จริง สอดคล้องกับ Nina and other (2015) ที่ศึกษา

การเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี พบว่า การเสริมสร้างการศึกษาเพื่อเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับวัยชรา และการฝึกอบรมด้วยการจัดกิจกรรมในการเตรียมพร้อมก่อนเกษียณ รวมถึงการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการบริหารค่าใช้จ่าย การทำกิจกรรมยามว่าง และการเรียนรู้ทักษะการสร้างเครือข่ายทางสังคม ช่วยให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อมีอายุมากขึ้น ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ วรุดมิ พึ่งพัก (2557) ที่ศึกษารูปแบบ การเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีส่วนร่วม พบว่า กิจกรรมการให้ความรู้ กิจกรรมการจัดกลุ่ม และกิจกรรมการวางแผนชีวิต ที่เน้นการวางแผนด้านสุขภาพ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การส่งเสริมอาชีพด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการลดค่าใช้จ่าย รวมถึงการวางแผนการออม เป็นวิธีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสมกับความต้องการของประชากร

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

องค์การหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุไปใช้ภายใต้การเรียนรู้เกี่ยวกับการบรรยาย การปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่ม และการทำกิจกรรมกลุ่ม

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุโดยนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมที่จะช่วยสนับสนุนให้บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลางสามารถเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา สนิท, นาวิณ พรหมใจสา และศิวาพร วังสมบัติ. (2560). แนวทางการเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนในเขตเทศบาลนครเชียงราย. *วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย*, 10(2), 31-48.
- ชาญชัย จันดี และธีระ ฤทธิรอด. (2558). การวางแผนเพื่อเตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุใน องค์การบริหารส่วนตำบลไพร อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารการบริหารท้องถิ่น*, 8(3), 46-59.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- พัชราพรรณ กิจพันธ์. (2561). *ประเทศไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ. วารสารอาหารและยา*, 25(3), 4-8.
- รติมา คชนันน์. (2561). *สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ, สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- วรวิมล พึ่งพัก. (2557). *รูปแบบการเตรียมความพร้อมให้กับประชาชนในการเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 3 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ.
- สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ และอุบลวรรณ หงษ์วิทยากร. (2559). การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี*, 10(2), 62-76.
- สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล. (2561). *ภาคีรัฐกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมวัยสูงอายุ. วารสารข้าราชการ*, 60(4), 1-25.
- อุบลรัตน์ เฟื่องสกลิต. (2557). *จิตวิทยาพัฒนาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- Bloom, B. S. (1971). *Mastery learning*. In J. H. Block (Ed.), *Mastery learning: Theory and practice*. New York: Holt, Rinehart & Winston
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cohen, J. (1969). *Statistical power analysis for the behavioral science*. New York: Academic Press.
- Kornadt, A. E., & Rothermund, K. (2014). Preparation for Old Age in Different Life Domains: Dimensions and Age Differences. *International Journal of Behavioral Development*, 38(3), 228-238.
- Lachman, M. E., Teshale, S., & Agrigoroaei, S. (2015). Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing growth and decline at the crossroads of youth and old age. *International journal of behavioral development*, 39(1), 20-31.
- Nina, S., Mojca, G. B., Urška, G., Andreja, M., Mojca, O., Vida, F. T., & Maja, C. (2015). *Pre-Retirement Preparation for Healthy and Active Ageing*. Retrieved February 12, 2021, [http://www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/images/aha\\_si\\_dp4\\_predupok\\_ojivene\\_priprave\\_na\\_starost\\_english\\_final.pdf](http://www.staranje.si/sites/www.staranje.si/files/upload/images/aha_si_dp4_predupok_ojivene_priprave_na_starost_english_final.pdf)

Rogers, E. M. (1975). *Traditional midwives as family planning communicators in Asia (Case study / East-West Communication Institute)*. Honolulu, Hawaii: East-West Communication Institute.

United Nations, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. (2017). *Addressing the challenges of population ageing in*

*Asia and the Pacific implementation of the madrid international plan of action on ageing*. Retrieved February 12, 2021, <https://www.unescap.org/sites/default/d8files/knowledge-products/Addressing%20the%20Challenges%20of%20Population%20Ageing%20in%20Asia%20and%20the%20Pacific.pdf>



การศึกษาสภาพปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต  
ของประชาชนบริเวณรอบวิทยาลัยเซนต์หลุยส์  
**Health problem and Quality of life  
of people who live around Saint Louis College**

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ค.ด., Oraphun Lueboonthavatchai, Ph.D.<sup>1\*</sup>

ดวงเดือน ศาสตรภักดิ์, Ph.D., Duangduen Satraphat, Ph.D.<sup>2</sup>

สุดารัตน์ วงศ์จุลชาติ, พย.ม., Sudarat Vongchulachat, M.N.S.<sup>3</sup>

ณนิตา พิศเพลิน, ศศ.ม., Nanita Pitplern, M.S.<sup>4</sup>

นารินทร์ กิติอาษา, ปร.ด., Nareerat Kitiarsa, Ph.D.Ed.<sup>5</sup>

วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา, พย.ม., Wassana Rungrojwattana, M.N.S.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> รองศาสตราจารย์ ดร., รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ, วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ<sup>1</sup>  
Associate Professor, Ph.D., Vice President for Academic Affairs, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok.

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์ ดร., คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

<sup>2</sup>Associate Professor, Faculty of Psychology, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร

<sup>3</sup>Assistant Professor, Saint Louis College, South Sathorn Rd, Yannawa, Bangkok

<sup>4</sup>อาจารย์ผู้ช่วยสอน, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

<sup>4</sup>Assistant teacher, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok.

<sup>5</sup>อาจารย์ ดร., สำนักวิชาศึกษาทั่วไป วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

<sup>5</sup>Lecturer, Ph.D., General Educations Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

<sup>6</sup>อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร, กรุงเทพฯ

Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand

\*Corresponding Author Email: oraphun@slc.ac.th

Received: October 5, 2021

Revised: December 20, 2021

Accepted: June 20, 2022

## บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาค้นคว้าวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนรอบวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่บริการรอบวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำนวน 161 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบสอบถามโดยผู้ตอบด้วยตนเองจำนวน 3 ชุด มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .89 และค่าความเที่ยง .93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับดีร้อยละ 59.01 ด้านจิตใจอยู่ในระดับดีมากกว่าด้านอื่น ร้อยละ 68.32 ด้านสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 61.49 ข้อเสนอแนะ การสร้างเสริมสุขภาพที่น่าจะเป็นในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 คือ การจัดอบรมผู้นำชุมชนเป็นกลุ่มย่อย โดยให้ความรู้ เรื่องการรักษาสุขภาพอนามัย การป้องกันโรคติดต่อ การรับประทานอาหาร และออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เพื่อขยายผลไปยังครอบครัวและชุมชนรอบวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ต่อไป

**คำสำคัญ:** ปัญหาสุขภาพ คุณภาพชีวิต วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

## Abstract

This descriptive study examined the health challenges and overall quality of life of 161 Thai citizens residing in the service area around Saint Louis College, Bangkok, Thailand. Data on this sample cohort were collected from 3 questionnaires, using a content validity index of .89 and Cronbach's alpha coefficient for reliability of .93. Data were analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation. Results indicated that this cohort reported their quality of life at 59.01%, mental wellness at 68.32%, and physical health at 61.49%. Conclusion. One of the most productive health-promoting activities during the COVID-19 outbreak was training small, manageable groups of community leaders to educate their citizens about general health care, prevention of contagious diseases, nutrition and exercises to promote the well-being of families and communities around St. Louis College.

**Keywords:** Health challenges, Quality of life, Saint Louis College

## บทนำ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์เป็นสถาบันอุดมศึกษาเอกชนในสังกัดมิสซังโรมันคาทอลิกกรุงเทพฯ ที่ยึดมั่นปรัชญาว่า “เมตตากฎณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น” ด้วยบทบาทของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์มีบทบาทหลักในการผลิตบัณฑิตด้านบริการสุขภาพอนามัย เพื่อรับใช้สังคม โดยมีนโยบายจัดการศึกษาตามแบบฉบับของพระเยซูคริสตเจ้าในการรักและรับใช้เพื่อนมนุษย์ เพื่อการพัฒนามนุษย์ในทุกมิติด้วยความรู้ความชำนาญในศาสตร์เฉพาะทางเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อันเป็นการสร้างสรรค์ความผาสุกและสันติสุขแก่สังคม ด้วยนโยบายดังกล่าววิทยาลัย ได้จัดการเรียนการสอนในสาขาสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 3 คณะวิชา คือ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะจิตวิทยา คณะกายภาพบำบัด และ 1 สำนักวิชา คือ สำนักวิชาการศึกษาทั่วไป ภารกิจที่สำคัญของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ก็คือการดูแลสุขภาพอนามัยและปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชนรอบ ๆ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ได้ดำเนินการกิจกรรมบริการด้านสุขภาพแก่สังคมอย่างต่อเนื่องเสมอมาโดยเฉพาะในปัจจุบันพบว่าการแพร่ระบาดของโรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของประชาชน เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงอย่างมาก ในชุมชนกรุงเทพมหานคร เช่น โรคระบาดโควิด-19 ที่มีผลกระทบอย่างมากต่อบุคคลที่อยู่ในชุมชนกรุงเทพมหานคร และแพร่ระบาดไปยังครอบครัว และสังคมอย่างต่อเนื่อง

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์มุ่งมั่นที่จะสร้างรูปแบบการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตแบบยั่งยืน ของประชาชนรอบ ๆ วิทยาลัย จึงได้เลือกสรรชุมชนดอนกุศลพัฒนา เป็นจุดเริ่มต้นในการให้บริการวิชาการโดยการประสานงานกับเขตสาทร และศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งได้ทราบว่าประชาชนผู้ใหญ่และผู้สูงอายุต้องการการบริการการดูแลด้านสุขภาพ

ค่อนข้างมาก วิทยาลัย จึงได้ดำเนินการสำรวจปัญหาด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนดอนกุศลพัฒนา เป็นเบื้องต้น เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ และให้การบริการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยการบูรณาการการเรียนการสอน การบริการวิชาการและการวิจัยเข้าด้วยกัน ซึ่งถือเป็นนโยบายที่สำคัญในการจัดการศึกษาและการพัฒนาศาสตร์ด้านสุขภาพ ได้ครบถ้วน ทั้งด้านการป้องกัน แก้ไข และส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยฯ ได้ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนวัดปรก พบว่าผู้ที่มารับบริการ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพการงาน พบว่าผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต หลายรายไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะต้องเริ่มจากการมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ในการการปรับตัวให้อยู่ได้ในสังคมปัจจุบันได้ ซึ่ง Zhan (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับความพึงพอใจ ซึ่งเป็นประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล คล้ายกับที่องค์การสหประชาชาติ (UNESCO, 1981) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดของบุคคล นอกจากนี้ Meeberg (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตทั่วไป เป็นความสามารถด้านอารมณ์ในการประเมินชีวิตตนเองตามความพึงพอใจ สภาพการยอมรับได้ของสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ตลอดจนส่วนที่เป็นจิตวิสัยและวัตถุวิสัย และ Sheldon (2000)

กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ การรวมความพร้อมในเรื่อง การเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน การมีระดับค่าครองชีพที่ดี มีความพอใจในชีวิต มีความปลอดภัย มีความสุข มีอิสระ และชีวิตที่มีความมั่นคง

สำหรับองค์การอนามัยโลก (WHOQoL Group, 1993) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง การรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและคุณค่าที่บุคคลผู้นั้นอาศัยอยู่ ซึ่งมีการรับรู้ในหลายด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านภาวะทางจิตใจ ด้านอารมณ์ ความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาใคร ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสติปัญญา เป็นความเชื่อส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตไว้ว่า ประกอบด้วย องค์ประกอบ 6 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกายคือการรับรู้ทางสภาพทางด้านร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงการนอนหลับและการพักผ่อน รวมถึงการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจคือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิดความจำสมาธิและการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องต่าง ๆ ของตนและการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือความกังวล 3) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความ

สามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ 4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมคือการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมถึงการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ 5) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระไม่ถูกกักขังมีความปลอดภัยมีความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวกมีแหล่งประโยชน์ด้านการเงินการบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมนันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

สุรจิตต์ วุฒิการณ์, พิสิษฐ์ จอมบุญเรือง, และไพศาล สรรสรวิสุทธิ์. (2555). ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมือง บางมูลนาก จังหวัดพิจิตร พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์พบว่าตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงวัยทุกวัย สามารถพัฒนา

ในงานวิจัยนี้ ใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลก (1993) เนื่องจากมีความครอบคลุม และกระชับเหมาะสมกับสังคมไทยและผสมผสานที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของชุมชนไทย คณะผู้วิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาชุมชนได้อย่างยั่งยืน 5 ด้านคือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม และ 5) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาสภาพปัญหา

ทางสุขภาพทั้งสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต รวมถึงคุณภาพชีวิตไปพร้อม ๆ กัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาประกอบการวางแผนในการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนในชุมชน ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการโดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตรอบ ๆ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ คือ เขตสาทร และศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้ เข้าพบผู้อำนวยการเขตสาทร และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในการอำนวยความสะดวก แนะนำบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้ความร่วมมือการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ พื้นที่ที่คณะผู้วิจัยสนใจในลำดับแรกก็คือชุมชนดอนกุศลพัฒนา เขตสาทร ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เพื่อทราบปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต ของประชาชนในชุมชนแห่งนี้พัฒนา ก่อน เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านสุขภาพ เชิงประจักษ์และจะได้ดำเนินการ สร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

## วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. สำรวจปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนบริเวณชุมชนรอบ ๆ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

2. เสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และจิตวิญญาณ

## ขอบเขตของการวิจัย

**ตัวแปรที่ศึกษา** ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล สภาพปัญหาด้านสุขภาพ และ คุณภาพชีวิต

**ปัญหาสุขภาพ** หมายถึง สภาพความไม่สบาย หรือการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน

**คุณภาพชีวิต** หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่งทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งประเมินได้จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมด้านสิ่งแวดล้อม และสุขภาพโดยรวม โดยผู้วิจัยนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับประชาชนในชุมชน

**ประชาชนในชุมชนรอบ ๆ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์** หมายถึง ผู้ที่อาศัยอยู่ในบริเวณบริเวณชุมชน ซึ่งอยู่ใกล้เคียงกับวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประกอบด้วย ผู้ใหญ่ และ ผู้สูงอายุ จำนวน 161 คน

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



## วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่อยู่ในชุมชนบริเวณรอบ ๆ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ประกอบด้วย 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนดอนกุศลร่วมใจ ชุมชน ดอนกุศลพัฒนา และชุมชนเซนต์หลุยส์ 3 กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1 ชุมชน ที่สามารถเป็นตัวแทน ของชุมชน ในเขตได้มา โดยได้รับการเสนอแนะ จาก คณะกรรมการเขต และศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งมารับบริการในช่วง เวลาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2563 ถึง เดือนกันยายน 2563

2. เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ชุดแรกเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล และการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ชุดที่สอง เป็นแบบประเมิน คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นแบบสอบถามมาตรฐาน ประเมินค่า 5 ระดับ มีข้อคำถามทั้งเชิงบวกและลบ

จำนวน 26 ข้อ สำหรับการให้คะแนน กำหนดตั้งแต่ไม่เลย จนถึงมากที่สุด ให้คะแนน จาก 1-5 ดังนี้ ถ้าเป็นข้อความ เชิงบวก ไม่เลย ได้ 1 คะแนนเล็กน้อย ได้ 2 คะแนน ปานกลาง ได้ 3 คะแนน มาก ได้ 4 คะแนน มากที่สุด ได้ 5 คะแนน ส่วนข้อที่เป็นความเชิงลบ จะให้คะแนนกลับกัน เกณฑ์การตัดสินระดับของคุณภาพชีวิต ใช้ตามเกณฑ์ของ องค์การอนามัยโลก และกำหนดเป็นคะแนนเฉลี่ยดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิต ระดับไม่ดีคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.65 แสดงถึงการมี คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.66-5.00 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับดี

3. การหาคุณภาพของเครื่องมือ ดำเนินการ โดยหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ ในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 3 คน จากนั้นนำมาปรับภาษาบางข้อความตามที่

ผู้ทรงคุณวุฒิ เสนอแนะ วิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.89 จากนั้น นำมาหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .93

**4. การดำเนินการด้านจริยธรรมการวิจัย** ผู้วิจัยได้เสนออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้รับการอนุมัติ ดังเอกสารที่ E.001/2563 ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงเขตสาทร เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการเขตสาทรแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ และเข้าใจขั้นตอนเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในการดำเนินการหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการจะเข้าร่วมโครงการก็สามารถถอนตัวออกจากกลุ่มได้โดยไม่มีผลเสียแต่ประการใด กลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล คณะผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนที่กำหนดการดำเนินการ คณะผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

4.1 ประชุมขั้นตอนในการทำงาน โดยเริ่มจากการติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่บริการสาธารณสุขในพื้นที่ และหัวหน้าชุมชนดอนกุศลพัฒนาเขตสาทร

4.2 ประสานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เขตสาทร ในการติดต่อและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง

4.3 ประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาทางสุขภาพ และ ระดับคุณภาพชีวิต

4.4 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล หากพบสภาพปัญหาที่สามารถแนะนำได้ ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมไป

**5. สถิติที่ใช้ในการวิจัย** ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 23-83 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.64 อายุ 23-60 ปี 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.36 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 94 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.39 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.22 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.69 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 20.50 ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 65.84 และมีเหลือเก็บ ร้อยละ 16.15 ลักษณะของครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 68.32 ครอบครัวขยาย ร้อยละ 31.06 ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกในหมู่บ้าน ร้อยละ 59.63 เป็นสมาชิกของหมู่บ้าน ร้อยละ 40.37 ในครอบครัวส่วนใหญ่มีผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 93.17

**ปัญหาเรื่องสุขภาพ** จากการสัมภาษณ์ด้านปัญหาสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.50 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.49 และพบว่าเป็นโรคเบาหวาน จำนวนมากที่สุดคือ 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.74 เป็นโรคความดันโลหิตสูง 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.91 เป็นโรคทางสายตา 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.70 โรคข้อเข่าเสื่อม 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.07 ไขมันในเลือดสูง 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.60 และเป็นโรคหัวใจ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.50

**ด้านคุณภาพชีวิต** จากการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ของประชาชนในชุมชนนี้ โดยรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี 95 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 59.01 คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 66 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.99 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับดีกว่าด้านอื่น ๆ ถึง 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.32 รองลงมาเป็นด้านสุขภาพโดยรวม คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี 107 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.5 สำหรับด้านร่างกาย มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง 99 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.49 และด้านสัมพันธภาพทางสังคม 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.93 สำหรับด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.55 มีผู้ที่ตอบว่า ตนมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 11 ราย คือด้านร่างกายจำนวน 1 ราย ด้านจิตใจ จำนวน 1 ราย ด้านสิ่งแวดล้อม 2 ราย และด้านสัมพันธภาพจำนวน 7 ราย (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตในภาพรวม และรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 161 ราย

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต		คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	จำนวน	1	99	61
	ร้อยละ	0.62	61.49	37.89
2. ด้านจิตใจ	จำนวน	1	50	110
	ร้อยละ	0.62	31.06	68.32
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	จำนวน	7	82	72
	ร้อยละ	4.35	50.93	44.72
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	จำนวน	2	76	83
	ร้อยละ	1.24	47.20	51.55
5. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	จำนวน	2	52	107
	ร้อยละ	1.20	32.30	66.50
รวมทั้งสิ้น	จำนวน		66	95
	ร้อยละ		40.99	59.01

**คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย** กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.61 โดยเฉพาะในประเด็น เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านร่างกาย การทำงาน การนอนหลับพักผ่อน และการต้องไปรับการตรวจรักษาพยาบาล มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง สำหรับเรื่องความสามารถทำอะไรต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง การทำงานได้อย่างเคยและความพอใจที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับดี

**คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ** กลุ่มตัวอย่างมีความ

พึงพอใจ และมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดีทุกด้าน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 โดยเฉพาะ เรื่องความพึงพอใจในตนเอง รูปร่างหน้าตา ชีวิตความเป็นอยู่คะแนนเฉลี่ย 4.09 สำหรับการมองเห็นว่าชีวิตมีความหมาย ความพึงพอใจในชีวิต และการมีสมาธิในการทำงาน อยู่ในระดับดีทุกข้อคะแนนเฉลี่ย 4.02, 3.89 และ 3.99 ตามลำดับ

**คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจกับการผูกมิตร

กับเพื่อนบ้านคะแนนเฉลี่ย 3.98 พอใจในการได้ช่วยเหลือผู้อื่น และได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านดีคะแนนเฉลี่ย 3.93 แต่ความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องเพศ ยังอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.12

**ด้านสิ่งแวดล้อม** กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจในสิ่งแวดล้อมรอบตัวในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 3.71 โดยเฉพาะ สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยขณะนี้พึงพอใจมากกว่าด้านอื่น ๆ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 รองลงมา ก็คือความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีเงินพอใช้จ่าย ตามสภาพ และสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ส่งผลดีต่อสุขภาพ คะแนน

เฉลี่ย 3.89 และ 3.73 ด้านที่อยู่ในระดับปานกลางได้แก่ การเดินทางไปใช้บริการสาธารณสุข และการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง อยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 3.57-3.44

**ความพึงพอใจในสุขภาพในภาพรวม** กลุ่มตัวอย่าง รู้สึกพึงพอใจในสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะความรู้สึกว่าตนมีคุณภาพชีวิตมีความเป็นอยู่อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 3.73 แต่ความพึงพอใจในสุขภาพของตนในขณะนี้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.65 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับคุณภาพชีวิต
<b>ด้านสุขภาพกาย</b>			
1. การเจ็บปวดตามร่างกายเช่นปวดหัวปวดท้องปวดตามตัวทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ	3.39	1.07	ปานกลาง
2. มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.65	0.89	ปานกลาง
3. พอใจกับการนอนหลับ	3.45	1.10	ปานกลาง
4. รู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.83	0.84	ดี
5. จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.32	1.08	ปานกลาง
6. พอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	3.78	0.83	ดี
7. สามารถไปไหนมาไหนด้วยตัวเองได้ดี	3.84	1.06	ดี
<b>รวม</b>	<b>3.61</b>	<b>0.60</b>	<b>ปานกลาง</b>
<b>ด้านจิตใจ</b>			
8. พึงพอใจกับชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)	3.99	0.92	ดี
9. มีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ได้	3.89	0.81	ดี
10. รู้สึกพึงพอใจในตนเอง	4.09	0.85	ดี
11. ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้	4.09	0.89	ดี
12. มีความรู้สึกไม่ดีเช่นรู้สึกเหงาเศร้าหดหู่สิ้นหวังวิตกกังวล	4.06	0.93	ดี
13. รู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมาย	4.02	0.87	ดี
<b>รวม</b>	<b>4.02</b>	<b>0.65</b>	<b>ดี</b>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับคุณภาพชีวิต
<b>ด้านสัมพันธภาพทางสังคม</b>			
14. พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	3.98	0.84	ดี
15. พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	3.93	0.97	ดี
16. พอใจในชีวิตทางเพศของตน (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิด ความรู้สึกทางเพศ มีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้)	3.12	1.04	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>3.68</b>	<b>0.64</b>	<b>ดี</b>
<b>ด้านสิ่งแวดล้อม</b>			
17. รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีในแต่ละวัน	3.89	0.93	ดี
18. พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	4.01	0.87	ดี
19. มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากนักน้อยเพียงใด	3.73	0.96	ดี
20. พอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	3.44	0.93	ปานกลาง
21. ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน	3.64	0.97	ปานกลาง
22. มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	3.66	0.89	ดี
23. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	3.76	0.83	ดี
24. พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (หมายถึงการคมนาคม)	3.57	0.97	ปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>3.71</b>	<b>0.56</b>	<b>ดี</b>
<b>ด้านสุขภาพโดยรวม</b>			
25. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	3.65	.00	ปานกลาง
26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่)	3.81	0.91	ดี
<b>รวม</b>	<b>3.73</b>	<b>0.84</b>	<b>ดี</b>
<b>รวมทั้งฉบับ</b>	<b>3.75</b>	<b>0.52</b>	<b>ดี</b>

**อภิปรายผลการวิจัย**

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อยู่ในชุมชนตอนกลางพัฒนา แม้จะอยู่ในชุมชนแออัด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่อยู่บ้าน เนื่องจากวันที่เก็บข้อมูลและให้บริการด้านสุขภาพ เป็นวันธรรมดา นักเรียนไปโรงเรียน และผู้ใหญ่ไปทำงาน จึงมีแต่ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านและมารับบริการ ผู้วิจัยได้พยายามเก็บข้อมูลในวันหยุด แต่ก็ไม่ค่อยพบผู้ใหญ่ที่อยู่ในวันทำงานอยู่บ้าน ได้ทราบว่าต่างก็

มีภารกิจอื่น ๆ ในวันหยุดเช่นกัน ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จึงเป็นผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 77.64 และเป็นวัยผู้ใหญ่จำนวน ร้อยละ 22.36 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เพศชายส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้พอใช้จ่าย ส่วนใหญ่ตอบว่า ตนค้าขายอยู่กับบ้านไม่ค่อยมีรายจ่ายฟุ่มเฟือย ทุกคนพยายามประหยัด ชาวบ้าน

ในชุมชนนี้ส่วนใหญ่รู้จักกันดี มีเหตุการณ์อะไรก็จะช่วยเหลือกันและกัน เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถไปรักษาที่สถานีนามัยได้ มีเจ้าหน้าที่ดูแลช่วยเหลือและเกื้อกูลกันดีเลยไม่ค่อยเดือดร้อน ซึ่งตรงกับการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน ในประเทศไทย เขตกรุงเทพมหานคร เขตปทุมธานี และเขตนนทบุรี ของ อรนิษฐ์ แสงทองสุข (2563) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสภาพอารมณ์และสภาพความเป็นอยู่ อยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี 2 ข้อเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดคือการมีเพื่อนบ้านเป็นมิตร ชอบเพื่อนบ้าน รู้สึกดีที่มีเพื่อนบ้านมีการติดต่อกันเมื่อเจ็บป่วย มีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียน เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจสามารถปรับทุกข์กันได้มีกิจกรรมร่วมกับเพื่อน นอกจากนี้สิ่งที่ดีคือการไปเที่ยวกับเพื่อน ๆ มีความสุขกับสิ่งรอบข้างรู้สึกแจ่มใสเบิกบานกับสิ่งรอบข้างพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเข้ากับคนอื่นได้ง่ายพร้อมที่จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายแม้จะอยู่ในระดับปานกลางต่างก็พอใจสภาพที่เป็นอยู่

**ด้านปัญหาสุขภาพ** จากแบบสอบถามพบว่า ประชาชนอยู่ในวัยสูงอายุ และพบว่าเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด ถึงร้อยละ 21.74 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.91 รองลงมาคือโรค ตา และข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.70 และ 8.07 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าลักษณะของปัญหาด้านสุขภาพ มีลักษณะที่เป็นไปตามวัยของกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมักจะมีโรคเรื้อรัง คือ เบาหวาน ความดันโลหิต สายตา และข้อเข่าเสื่อม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีลักษณะใกล้เคียงกับที่กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขนำรายงานอัตราการป่วยและเสียชีวิตของประชาชนในประเทศไทยว่า มีอัตราการป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง มากตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) จากสถานการณ์

ดังกล่าว จึงเป็นหน้าที่ที่บุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาล ควรวางแผนและหาทางช่วยเหลือ บริการแก่ชุมชนด้าน การป้องกัน อย่างเหมาะสม

**ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิต** โดยทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับดี ถึงร้อยละ 59.01 และคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางร้อยละ 40.99 เมื่อพิจารณารายด้านจะพบว่า ประชาชนในชุมชนนี้มีคุณภาพชีวิตด้านจิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 68.32 จากการได้พูดคุยกับประชาชนในกลุ่มตัวอย่างที่พบต่างพูดคุยกันดี เป็นมิตรกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันดี ส่วนใหญ่ชอบคุยเรื่องราวต่าง ๆ เล่าสู่กันฟังสนุกสนาน ข้อมูลนี้มีลักษณะสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรางทิพย์ ภักดีศิริไพวัลย์ (2559) และศรัณยู เย็นผาสุก และรุ่งภพ คงฤทธิ์ระจัน (2019) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า คุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงครามในภาพรวมและรายด้านอยู่ระดับดีเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อันดับหนึ่งคือด้านจิตใจอันดับ รองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านร่างกายตามลำดับ ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่าประชาชนในเขตเทศบาลเมืองสมุทรสงครามที่มีอายุระดับการศึกษาและอาชีพต่างกันมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมที่แตกต่างกันส่วนประชาชนที่มีเพศและระดับรายได้ต่างกันมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ด้านการใช้ชีวิตในชุมชน ยังมีลักษณะเช่นเดียวกับการศึกษาของ อรนิษฐ์ แสงทองสุข (2563). ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย เขตกรุงเทพมหานคร เขตปทุมธานี และเขตนนทบุรีพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกาย ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสภาพอารมณ์และสภาพความ

เป็นอยู่ อยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี 2 ข้อเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุดคือการมีเพื่อนบ้านเป็นมิตร ค่าเฉลี่ย 3.90 ชอบเพื่อนบ้าน ค่าเฉลี่ย 3.64 นอกจากนี้ มีความสุขกับสิ่งรอบข้างค่าเฉลี่ย 4.38 รู้สึกแจ่มใสเบิกบาน กับสิ่งรอบข้าง ค่าเฉลี่ย 4.26 สามารถควบคุมความรู้สึกของตนเองได้ค่าเฉลี่ย 4.18 พึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันค่าเฉลี่ย 4.18 เข้ากับคนอื่นได้ง่ายค่าเฉลี่ย 4.03

### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และสมอง ควรเร่งดำเนินการ เน้นการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD.) เช่น การสอนการให้ความรู้ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

2. การส่งเสริมสุขภาพจิต จัดให้มีกิจกรรมกลุ่ม โดยใช้สัมพันธ์ภาพในชุมชน มีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นผู้นำ

3. การดูแลผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีบริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข ไม่ถูกทอดทิ้ง ดังที่ Stinnett (1983) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่ดีควรมีพื้นฐานมาจากองค์ประกอบในครอบครัวที่ดี เช่น การชื่นชมคุณค่าของคนในครอบครัว การใช้เวลาอยู่ร่วมกัน

การมีความผูกพันและสวัสดิภาพของคนในครอบครัวร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารกันเป็นอย่างดี มีความศรัทธาต่อศาสนา มีความสามารถในการแก้ไขวิกฤตการณ์ในครอบครัว

4. การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคระบาดใหม่ เช่น โควิด-19 เน้นดำเนินชีวิตวิถีใหม่ เน้นความสะอาด การป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรค

5. การขยายพื้นที่ในการบริการสุขภาพ ให้ทั่วถึงในหลาย ๆ ชุมชน

6. เสนอแนะการวิจัยต่อเนื่อง ในการพัฒนาโครงการวิจัยเชิงทดลอง โดยพัฒนาจากโปรแกรมที่สร้างและทดลองใช้จนพบว่าสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน ต่อเนื่อง และและขยายไปยังชุมชนอื่น ๆ

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนจากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านอธิการบดีที่กรุณาสนับสนุน และให้กำลังใจเป็นอย่างดี ขอขอบคุณคณะกรรมการบริการวิชาการแก่ชุมชนวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ปีการศึกษา 2563 ผู้อำนวยการเขตสาทร และคณะศูนย์บริการสาธารณสุขที่ให้คำแนะนำ รวมถึงประชาชนในชุมชนที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2563). *รายงานประจำปี 2563*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนด์ดีไซน์
- ปรางทิพย์ ภักดีศรีไพรวัลย์. (2559). การศึกษาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนบ้านแสนตอ หมู่ 11 ตำบลท่าผา อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ศรัณยู เย็นผาสุก และรุ่งภพ คงฤทธิ์ระจัน. (2019). การศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารรัฐศาสตร์ปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*, 6(1), 181-203
- สุรจิตต์ วุฒิการณ, พิสิษฐ์ จอมบุญเรือง, และไพศาล สรรสวัสดิ์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนากอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร*. พิจิตร: รายงานสืบเนื่องจากการประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนองานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ (Proceedings) เครือข่ายบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15.
- อรนิษฐ์ แสงทองสุข. (2563). *ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยเขตกรุงเทพมหานครเขตปทุมธานีและเขตนนทบุรีกรณีศึกษา* (รายงานการวิจัยสาขาวิชาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่คณะบริหารธุรกิจมหาวิทยาลัยศรีปทุม). มหาวิทยาลัยศรีปทุม, กรุงเทพฯ.
- Meeberg, G. A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 18(1), 32-38.
- Sharma, R.C. (1988) The Meaning of Quality of Life, In R.C. Sharma, editor, Population, resource, environment and quality of life. New Delhi: Dhanpat Rai and Sons.
- Stinnett, N. (1983). *Strong Families: A Portrait. In Prevention in Family Service: Approaches to Family Wellness*. New York: Collier MacMillan Publishers
- UNESCO. (1981). *Quality of Life: An Orientation to Population Education*. New York: UNESCO. 134
- WHOQoL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*, 2, <https://doi.org/10.1007/BF00435734>
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of advanced nursing*, 17(7), 795-800.

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรม  
บนฐานภูมิปัญญาสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ  
ในตำบลหัวสะพานและตำบลวังตะโก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี  
**The Participatory Action Research of Wisdom-based Elderly  
Innovation Learning Center Development for Quality-of-Life  
Improvement in Huasaphan Sub-district and  
Wang Tako Sub-district, Mueang district Phetchaburi Province**

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, สด., Vanida Durongrittichai, Dr.P.H.<sup>1\*</sup>

สัณฐิตาพร กลิ่นทอง, วท.ม., Santhitaporn Klinthong, M.Sc.<sup>2</sup>

รัชดาวัลย์ จิตรพรกุลวศิน, วท.ม., Ratchadawan Jitpornkulwasin, M.Sc.<sup>3</sup>

กิตติศักดิ์ รุจิกานจนรัตน์, วท.ม., Kitiskak Rujiganjanarat, M.Sc.<sup>2</sup>

ณัฐกร นิลเนตร, ส.ม., Nathakon Nilnate, M.P.H.<sup>3</sup>

ประเสริฐ ศรีนิวล, พย.ม., Praseart Srenual, M.N.S.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

<sup>1</sup>Assistant Professor, Community Health Nursing, Faculty of Nursing and Allied Health Science,  
Phetchaburi Rajabhat University, Thailand

<sup>2</sup>อาจารย์, สาขาการแพทย์แผนไทย คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

<sup>2</sup>Lecturer, Thai traditional department, Faculty of Nursing and Allied Health Science,  
Phetchaburi Rajabhat University, Thailand

<sup>3</sup>อาจารย์, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

<sup>3</sup>Lecturer, Public Health department, Faculty of Nursing and Allied Health Science,  
Phetchaburi Rajabhat University, Thailand

<sup>4</sup>อาจารย์, สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

<sup>4</sup>Lecturer, Nursing department, Faculty of Nursing and Allied Health Science,  
Phetchaburi Rajabhat University, Thailand

\*Corresponding Author Email: vanida.dur@mail.pbru.ac.th

Received: September 13, 2021

Revised: March 23, 2022

Accepted: June 20, 2022

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทของคุณภาพชีวิต ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมและความรอบรู้ภูมิปัญญาสมุนไพรของผู้สูงอายุและ 2) พัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุบนฐานภูมิปัญญาสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลหัวสะพานและตำบลวังตะโก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในตำบลหัวสะพานและตำบลวังตะโก จำนวน 300 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและ paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ร่วมกับการวิเคราะห์แก่นสาร และการตรวจสอบข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 23.89, S.D. 4.21) ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมอยู่ระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.03, S.D. 0.42) และความรอบรู้ภูมิปัญญาสมุนไพรของผู้สูงอายุอยู่ระดับพอใช้ ( $\bar{X}$  = 67.82, S.D. 0.99) สร้างรูปแบบการพัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุบนฐานภูมิปัญญา โดยใช้หลัก SITCOM-เพชรหาวัง หลังพัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุบนฐานภูมิปัญญาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุและความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ด้านสวัสดิการสังคมและสุขภาพและความรอบรู้ด้านภูมิปัญญาสมุนไพรสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p 0.001) โดยมีมติที่พบว่ามีนัยสำคัญ คือ มติความเข้าใจข้อมูล และมติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการให้ความหมายและสรุปประเด็นสำคัญของนวัตกรรม นวัตกรรมและศูนย์เรียนรู้ นวัตกรรมผู้สูงอายุเพื่อนำไปกำหนดวิธีพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้องให้บรรลุคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ:** การพัฒนาศูนย์เรียนรู้ นวัตกรรมผู้สูงอายุ ฐานภูมิปัญญา คุณภาพชีวิต

## Abstract

This participatory action research aims to 1) study the context of the quality of life, the ability to access health and social services, and the elderly's knowledge of herbal wisdom; 2) develop an innovative learning center for the elderly based on wisdom for Quality-of-Life Improvement, Hua-Sa-Phan Sub-district and Wang-Ta-Ko Sub-district, Mueang District, Phetchaburi Province. The sample consisted of 300 elderly people in Hua-Sa-Phan Sub-district and Wang-Ta-Ko Sub-district. In-depth questionnaires and interviews were analyzed by quantitative data such as percentage, mean, standard deviation and paired t-test, and qualitative data were analyzed by content analysis, quintessential analysis, and data verification.

The results showed that the overall quality of life of the elderly was moderate ( $\bar{X}$  = 23.89, SD 4.21), the ability to access health and social services was moderate ( $\bar{X}$  = 3.03, SD 0.42), and the elderly's knowledge of herbal wisdom was at a fair level ( $\bar{X}$  = 67.82, SD 0.99).

A model for developing an innovation learning center for the elderly was based on wisdom using the SITCOM-Petch-Hua-Wang principle. After developing an innovation learning center for the elderly based on wisdom, it was found that the overall quality of life of the elderly and their access to health and social services were not significantly higher statistically. On the other hand, social welfare and health and knowledge of herbal wisdom were significantly higher ( $p < 0.001$ ), as well as the dimension of self-health behavior change.

In the next research, the key points of the innovator should be defined and summarized: innovation and an innovation learning center for the elderly to determine how to develop the potential of those involved to raise the quality of life for the elderly.

**Keyword:** *Development Learning Center, Wisdom-based, Innovation Elderly, Quality-of-Life*

## บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 11.5 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 17.5 ในปี 2562 ในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 17.8 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2563) เป็นที่ตระหนักดีว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่สังคมต้องให้ความสำคัญในการดูแลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทุกด้าน ประกอบกับเป็นวัยที่ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง เกิดปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนมากกว่าวัยอื่น สภาวะการณเหล่านี้เองย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ต่อสุขภาพของตนเอง ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมในบริบทของการดำเนินชีวิตภายใต้วัฒนธรรมและระบบคุณค่า โดยสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและการตระหนักของแต่ละบุคคล (World Health Organization, 1997:1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้สูงอายุและบริบททั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนอกจากจะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่าง

ผาสุกและมีสภาวะในบั้นปลายของชีวิตแล้วยังนำมาซึ่งสังคมสูงอายุที่มีคุณค่า (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557: 66)

การดูแลผู้สูงอายุด้วยเครือข่ายเกื้อหนุนทางสังคมในชุมชนมีความสำคัญมากขึ้นซึ่งมักมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเป็นพื้นที่ดำเนินการ บางแห่งอาจดำเนินการในรูปแบบโรงเรียนหรือชมรมผู้สูงอายุหรือศูนย์เรียนรู้ แต่มีวัตถุประสงค์ใกล้เคียงกัน คือ มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง (วิไลพร ขาวงษ์และคณะ, 2554 : 32) การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุควรดำเนินการแบบองค์รวมไม่แยกส่วนระหว่างงานด้านสุขภาพกับด้านสังคมด้วยวิธีการใหม่ ๆ หรือนวัตกรรมที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตที่เพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง สร้างความรู้รอบรู้ให้แก่ผู้สูงอายุจนถึงระดับที่บอกต่อคนรอบข้างได้อย่างถูกต้อง สืบสานภูมิรู้หรือภูมิปัญญาสู่รุ่นวัยอื่น ส่งเสริมการทำงานหรืออาชีพที่เหมาะสมศักยภาพ จัดสวัสดิการให้ทั่วถึงครอบคลุมและสนับสนุนงบประมาณเพื่อเพิ่มการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์

ทางสังคมและสภาพแวดล้อมอย่างครอบคลุมและตรงตามความต้องการ ก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันของโอกาสแก่ผู้สูงอายุหรือช่วยลดความเหลื่อมล้ำซึ่งจะกลายเป็นหลักประกันการมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุ (สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์, 2557; วิชิตา สาธิตพร และคณะ, 2560; สมชัย จิตสุชน, 2558; วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และหทัยชนก บัวเจริญ, 2562)

การที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในลักษณะที่สามารถส่งผลกระทบต่อบริบทโดยรอบจนเกิดการเปลี่ยนแปลงได้นั้นจะต้องอาศัยกระบวนการความร่วมมือของคนในชุมชนผ่านปฏิบัติการทางสังคมที่ยืดหยุ่น เปิดกว้าง มีพลวัตของปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทและปฏิบัติซ้ำจนกลายเป็นกิจวัตรของผู้สูงอายุและบุคคลแวดล้อมเกี่ยวกับคำว่านวัตกรรมผู้สูงอายุมีความสำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคตเพราะตอบมิติยุทธศาสตร์ชาติที่รองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยช่วยยกระดับและขยายโอกาสการเรียนรู้ที่มีอยู่เดิมให้ผู้สูงอายุนำไปแก้ไขหรือพัฒนาตนเองในอนาคต ถือเป็นสิ่งสร้างสรรค์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุนทางสังคมบนการคำนึงถึงความต้องการและความสอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมการดำเนินชีวิต (Marques, Morgan & Richardson, 2017) ซึ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถแสวงหาความรู้ เข้าใจ ตัดสินใจ ปฏิบัติพฤติกรรมและบอกต่อการปฏิบัติที่ดีในการเข้าถึงบริการจนพึ่งพาตนเองได้สูงสุดเต็มศักยภาพ นวัตกรรมผู้สูงอายุจึงช่วยชดเชยการสูญเสียความสามารถของร่างกายจากความชราและโรคเรื้อรังต่าง ๆ ชะลอภาวะถดถอยของความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ลดการพึ่งพาผู้ดูแล รวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายให้แก่ระบบบริการสุขภาพและระบบบริการทางสังคม

อย่างไรก็ตาม นวัตกรรมผู้สูงอายุควรได้รับการสืบสานในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันหรือระหว่างรุ่นวัยเพื่อสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดสร้างสรรค์จาก

ประสบการณ์ที่ผ่านการสั่งสม นำมาซึ่งการอนุรักษ์อัตลักษณ์ของนวัตกรรมผู้สูงอายุนั้นในชุมชนและเผยแพร่ความรู้เชิงภูมิปัญญาให้ต่อเนื่อง ศูนย์เรียนรู้ นวัตกรรมผู้สูงอายุในชุมชนเป็นแนวคิดของการจัดพื้นที่สำหรับเป็นแหล่งรวบรวม นำมาหมุนเวียนใช้สร้างใหม่เพิ่มเติมและหากจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ ตลอดจนสื่อสารอย่างถูกต้องสู่สาธารณะจะนำมาซึ่งการเป็นคลังภูมิปัญญาท้องถิ่น จากงานวิจัยพบว่า ศูนย์เรียนรู้ นวัตกรรมผู้สูงอายุกระจายอยู่ในแต่ละภาคของประเทศ เช่น ที่เทศบาลตำบลปู่เจ้าสมิงพราย จังหวัดสมุทรปราการ ที่เทศบาลตำบลเกาะคา จังหวัดลำปาง องค์การบริหารส่วนตำบลขุนทะเล จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่องค์การบริหารส่วนตำบลมะเกลือเก่า จังหวัดนครราชสีมา ที่เทศบาลตำบลป่าไร่ จังหวัดสระแก้ว เป็นต้น ศูนย์เรียนรู้เหล่านี้รวบรวม นวัตกรรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ด้านการออม ด้านสวัสดิการชุมชน ด้านสิ่งแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย ด้านรายได้และอาชีพและด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกิดจากทุนทางสังคมในพื้นที่ โดยมีโครงสร้าง ระบบ กลไกและเงื่อนไขการดำเนินงานที่ชัดเจนถือเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางพัฒนาศูนย์เรียนรู้ นวัตกรรมผู้สูงอายุในระดับชุมชนให้กว้างขวางยิ่งขึ้น (ฤกษ์ศักดิ์ เสนานุช และธนาชัย สุนทรอนันตชัย, 2562; ระพีพรรณ คำหอม, วรลักษณ์ เจริญศรี และเล็ก สมบัติ, 2562; วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และหทัยชนก บัวเจริญ, 2562; สมศักดิ์ อมรสิริพงศ์ และอาชว์ฤทธิชัย น้อมเนียน, 2562)

ตำบลหัวสะพานและตำบลวังตะโก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีเป็นพื้นที่บริการวิชาการที่เกิดจากการร่วมตัดสินใจของมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรีและจังหวัดเพชรบุรีโดยมอบหมายให้คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพรับผิดชอบยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากการทำเวทีประชาคมพบข้อมูลเบื้องต้นว่า ตำบลหัวสะพานก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (สำนักงาน

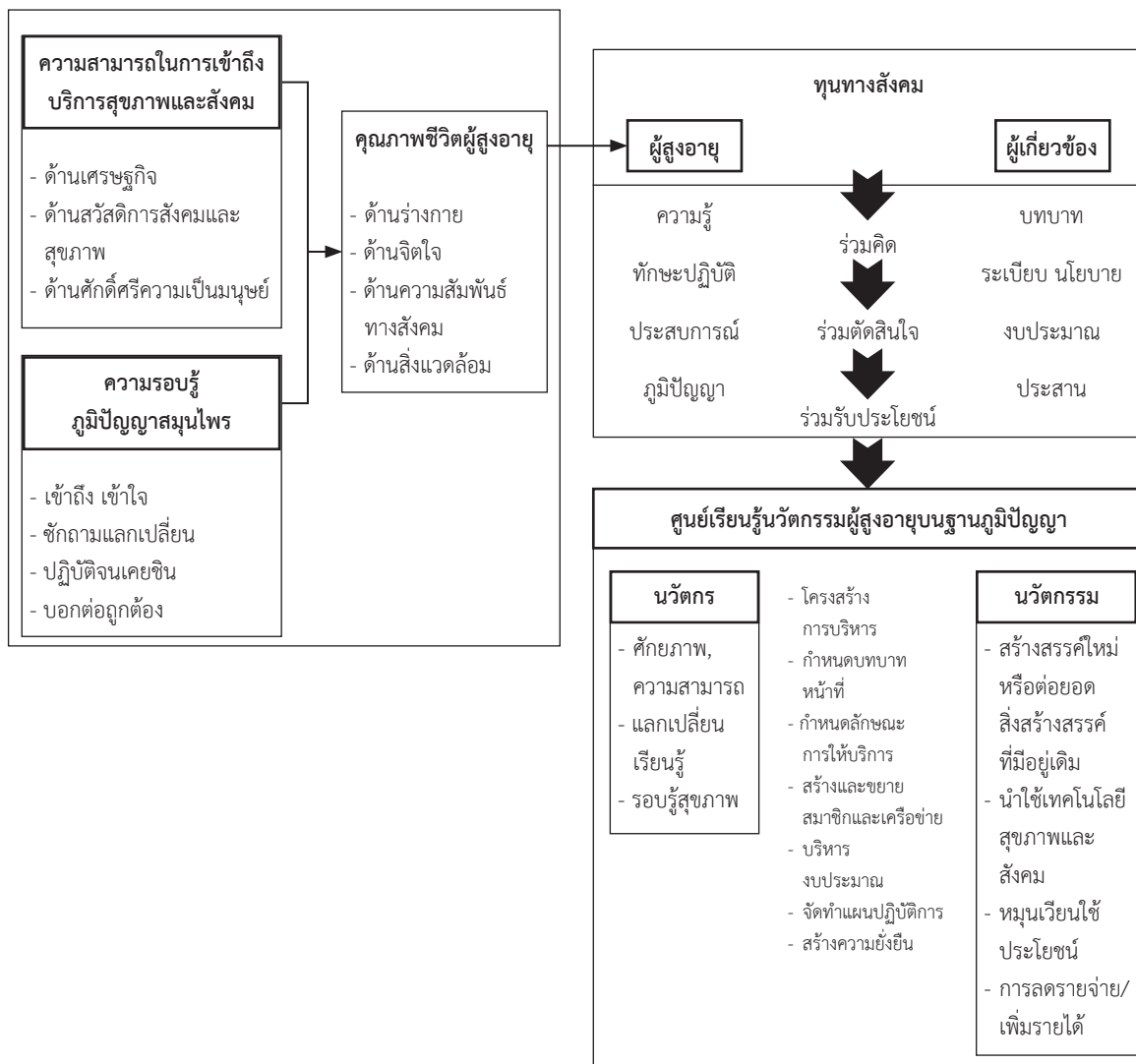
สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2561) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงแข็งแรง มีรายได้จากการทำนาไร่สวนอย่างต่อเนื่อง บางส่วนรายได้ก็น้อย สัดส่วนของผู้สูงอายุติดเตียงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ มีความแตกต่างของการเข้าถึงบริการทางสังคมและสุขภาพซึ่งสะท้อนว่ายังไม่สามารถสร้างการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมหรือเกิดความเหลื่อมล้ำแม้ว่าจะมีหน่วยงานท้องถิ่นและหน่วยงานสุขภาพให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ มีกลไกและทุนทางสังคมที่น่าสนใจ เช่น ความเป็นคนพื้นถิ่นที่มีความสัมพันธ์เชิงเครือญาติผสมผสานระหว่างคนไทยและชาติพันธุ์ไททรงดำที่พยายามอนุรักษ์วัฒนธรรมประเพณีไว้ให้คนรุ่นหลัง มีผู้สูงอายุที่รอบรู้ด้านภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นถิ่นหรือมีความสามารถเชิงปราชญ์ เช่น อาหารพื้นถิ่นคาวหวานจากตาล หัตถศิลป์การสานกะหลืบ นาฏศิลป์รำลาวโซ่งและละครชาตรี รวมถึงมีชมรมผู้สูงอายุที่จัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยการต่อยอดหรือสร้างสรรค์ความสามารถให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การปฏิบัติที่ดีจนพึ่งพาตนเองได้สูงสุดเต็มศักยภาพ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์เชิงสืบทอดภูมิปัญญา วัฒนธรรม ค่านิยมและเอกลักษณ์โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้เพื่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงจะก่อให้เกิดชุมชนเรียนรู้ของผู้สูงอายุในลักษณะศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุซึ่งถือเป็นการเพิ่มระดับความรู้ด้านภูมิปัญญา เพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมหรือลดความเหลื่อมล้ำและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพร้อมกับก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนในระยะยาว

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของคุณภาพชีวิต ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมและความรอบรู้ภูมิปัญญาสมุนไพรของผู้สูงอายุตำบลหัวสะพานและตำบลวังตะโก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อพัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุบนฐานภูมิปัญญาสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลหัวสะพานและตำบลวังตะโก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้เชื่อในพื้นฐานความคิดที่ว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นผลมาจากความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมและความรอบรู้ภูมิปัญญาสมุนไพร โดยบริการสุขภาพและสังคมที่จำเป็นประกอบด้วยด้านเศรษฐกิจสวัสดิการและสุขภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ขณะที่ความรอบรู้มีลำดับจากเข้าถึงเข้าใจ ไปยังชักถาม แลกเปลี่ยน ปฏิบัติจนเคยชินและบอกต่อได้อย่างถูกต้อง ตำบลเป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุในชุมชนและหน่วยงานมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดโดยสามารถนำศักยภาพของทุกฝ่ายที่มีอยู่มาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจและร่วมประโยชน์พัฒนาหรือต่อยอดภูมิปัญญาให้ผู้สูงอายุเป็นนวัตกรรมที่สร้างสรรค์นวัตกรรมหรือสิ่งใหม่ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิมโดยรวบรวมให้เป็นระบบในศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุที่วางแนวทางการจัดการโดยมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาศักยภาพนวัตกรรมผู้สูงอายุและนำมาซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ที่ใช้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาบริบทของคุณภาพชีวิตความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมและความรอบรู้ภูมิปัญญาสมุนไพรของผู้สูงอายุด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ ผู้สูงอายุในตำบลหัวสะพานและตำบลวังตะโก ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลตำบลหัวสะพาน กลุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ อายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยประจำหรือต่อเนื่องในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน โดยมีเกณฑ์คัดออก คือ ย้ายออกหรือขอถอนตัวระหว่างการวิจัย คำนวณตัวอย่างด้วยสูตร Taro Yamane

ได้จำนวน 200 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของ ข้อมูลจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยกำหนดจำนวนตัวอย่าง ให้มากกว่าที่คำนวณไว้เป็น 300 คน หลังจากนั้นเลือก ตัวอย่างแบบเจาะจงโดยให้มีจำนวนและลักษณะทาง ประชากร เศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุแต่ละชุมชน ใกล้เคียงกัน

### 1.2 เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือวิจัยโดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพชีวิต ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมและความรอบรู้ ด้านภูมิปัญญาไทย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค 0.921, 0.957 และ 0.899 ตามลำดับ

### 1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับ

อนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนัดเวลาผู้สูงอายุ ผ่านผู้นำชุมชนและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสอบถาม ด้วยตนเอง

### 1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วย

ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรม

ผู้สูงอายุบนฐานภูมิปัญญาสู่การยกระดับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการดังนี้

- ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับบุคลากรของ หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อคืนข้อมูลจากขั้นตอน ที่ 1 ค้นหาผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเป็นนวัตกรรม คือ มีศักยภาพคิดใหม่ พัฒนานำร่องผลิตภัณฑ์หรือ กระบวนการที่เป็นไปได้ให้เป็นต้นแบบนวัตกรรมและ ขยายผลให้เกิดประโยชน์ต่อชีวิตประจำวัน (คัมภีร์ตัน แก้วสุวรรณ, 2560) พัฒนานวัตกรรมผู้สูงอายุและ นวัตกรรมผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม จัดทำหลักสูตรเรียนรู้ การเป็นนวัตกรรมผู้สูงอายุและการออกแบบนวัตกรรม ผู้สูงอายุบนฐานภูมิปัญญา

- สร้างและพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ และนวัตกรรมผู้สูงอายุจากข้อมูลความต้องการของพื้นที่

โดยกระบวนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ตัวแทน พื้นที่ ได้แก่ นายกเทศมนตรีเทศบาลหัวสะพาน ประธาน ชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวสะพาน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ตำบลวังตะโก 2) ด้านวิชาการ ได้แก่ ตัวแทนอาจารย์ ประจำสาขาการศึกษาปฐมวัย คณะครุศาสตร์ ตัวแทน อาจารย์ประจำสาขาพยาบาลศาสตร์ สาขาสาธารณสุข ศาสตร์ และสาขาการแพทย์แผนไทย คณะพยาบาล ศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏ เพชรบุรี และ 3) ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ได้แก่ อาจารย์ ประจำคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหิดล และหัวหน้ากองสวัสดิการสังคม เทศบาลท่าแกม จังหวัดสิงห์บุรี

- นำใช้หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุและนวัตกรรม ผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุจำนวน 35 คนและปรับปรุงหลักสูตร เรียนรู้เป็นระยะ รวบรวมนวัตกรรมและนวัตกรรมผู้สูงอายุ และวางแผนร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ นวัตกรรมผู้สูงอายุ

- วิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง หลังพัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุและสังเคราะห์ รูปแบบการพัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุบน ฐานภูมิปัญญาที่ประกอบด้วยระบบ กลไกและเงื่อนไข การพัฒนา

### 2.1 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุในการวิจัย

เชิงประมาทที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยในขั้นตอนที่ 2 และ บุคลากรของหน่วยงานในตำบล ได้แก่ ผู้นำเทศบาล ตำบลหัวสะพาน ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวสะพาน ผู้อำนวยการและ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังตะโก ประธานชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวสะพาน ประธานชมรม ผู้สูงอายุตำบลวังตะโก ตัวแทนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้านตำบล หัวสะพานและตำบลวังตะโก ตัวแทนผู้สูงอายุตำบล หัวสะพานและตำบลวังตะโก

## 2.2 เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เป็นแนวคำถามเชิงลึกสำหรับประชุมเชิงปฏิบัติการซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00

## 2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยส่งแนวคำถามให้ผู้เกี่ยวข้องล่วงหน้า และจัดประชุมตามเวลาที่นัดหมายโดยมีนักวิจัยอย่างน้อย 2 คนในแต่ละครั้งเพื่อดำเนินการบันทึกข้อมูล บันทึกเสียงและภาพ

## 2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับการวิเคราะห์แก่นสาร (Thematic analysis) และการตรวจสอบข้อมูล (Data Triangulation) และเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต ความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมและความรอบรู้ด้านภูมิปัญญาสมุนไพรของผู้สูงอายุก่อนหลังพัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุด้วย paired t-test

## 2.5 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี หนังสือรับรองจริยธรรมเลขที่ NPBRU01-2564 โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการขอลอนตัวออกจากการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับในทุกขั้นตอน และนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม

## ผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 23.89, S.D. 4.21) โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายคะแนนเฉลี่ย 22.72 (S.D. 4.11) ด้านจิตใจคะแนนเฉลี่ย 21.58 (S.D. 4.06) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมคะแนนเฉลี่ย 10.83 (S.D. 2.43) และด้านสิ่งแวดล้อมคะแนนเฉลี่ย 29.29 (S.D. 5.83) ความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมพบค่าเฉลี่ย 3.03 (S.D. 0.42)

โดยเรียงจากด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ( $\bar{X}$  3.47, S.D. 0.12) ด้านสวัสดิการสังคมและสุขภาพ ( $\bar{X}$  3.0, S.D. 0.24) และด้านเศรษฐกิจ ( $\bar{X}$  2.63, S.D. 0.12) ตามลำดับ ความรอบรู้ด้านภูมิปัญญาสมุนไพรโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X}$  67.82, S.D. 0.99) โดยมีมิติความเข้าใจข้อมูลสูงที่สุด ( $\bar{X}$  68.44) รองลงมา คือ มิติการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ( $\bar{X}$  67.84) และมิติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ( $\bar{X}$  67.63) ตามลำดับ

2. รูปแบบการพัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุบนฐานภูมิปัญญา เรียกว่า SITCOM-เพชรหาวัง SITCOM ย่อมาจาก S (Stakeholder), I (Involvement), T (Team), C (Community-based), O (Owner), M (Motivation) เพชรหาวัง หมายถึง ตำบลหัวสะพาน และตำบลวังตะโกของจังหวัดเพชรบุรี โดยระบบและกลไกการพัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุบนฐานภูมิปัญญาตามลำดับดังนี้

2.1 การสร้างความตระหนักแก่ผู้เกี่ยวข้องต่อคุณภาพชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมอย่างเท่าเทียมและการสร้างความรอบรู้ด้านภูมิปัญญาสมุนไพรของผู้สูงอายุในเวทีประชาคม รวบรวมทุนบุคคลที่ “คิดบวก ทันสมัย ไหวปรับตัว” และนำภูมิรู้เดิมมาต่อยอดเชิงจิตอาสาหรือการงานอาชีพหรือสืบสานภูมิปัญญาตามคุณสมบัติของนวัตกรรมโดยมีบุคลากรของหน่วยงานท้องถิ่น บุคลากรสุขภาพและบุคลากรของสถาบันการศึกษาเคียงข้างเป็น “พี่เลี้ยง” เพื่อมุ่งสู่การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุที่หลักสูตรแสดงให้เห็นอัตลักษณ์ของตำบล

2.2 การยกย่องหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ (จำนวน 45 ชั่วโมงประกอบด้วยวิชากินคืออยู่ดี วิชาสวยหล่อสมวัยจิตใจแข็งแรง วิชาภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ วิชาสื่อสารสร้างสรรค์ วิชาเกษตรพอเพียงสร้างสุข วิชาการเงินน่ารู้และวิชารู้และใช้กฎหมาย) และหลักสูตรนวัตกรรมผู้สูงอายุ (จำนวน 15 ชั่วโมงประกอบด้วยวิชาการจัดการความรู้แบบสูงวัยใจเพชร วิชาเทคโนโลยีและเทคโนโลยี

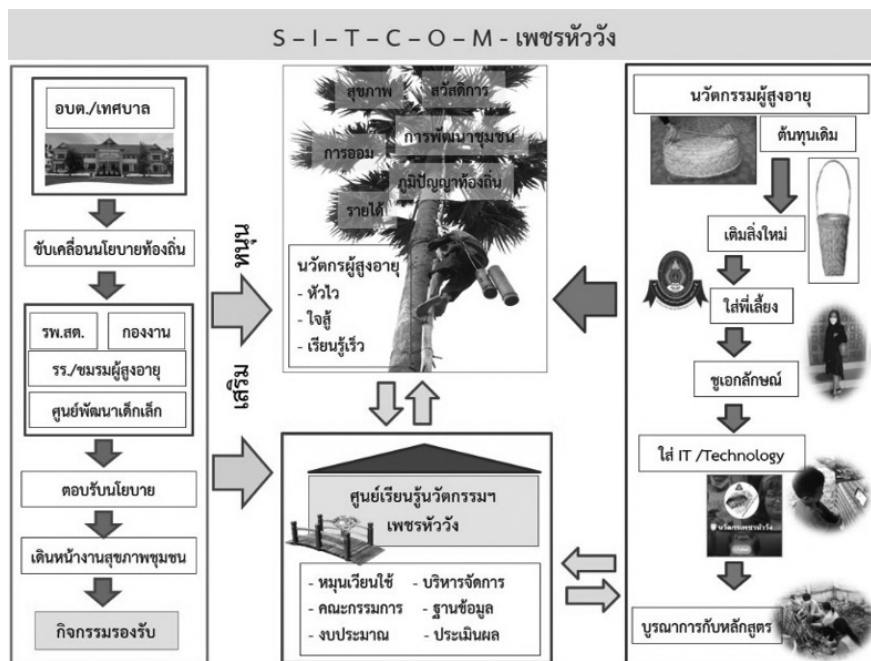
สารสนเทศ วิชาพัฒนานวัตกรรมจากภูมิปัญญาและวิชาการออกแบบธุรกิจ) โดยการจบหลักสูตรจะต้องผ่านการเรียนรายวิชาของโรงเรียนผู้สูงอายุตามด้วย หลักสูตรนวัตกรรมผู้สูงอายุตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.3 การนำคำอธิบายรายวิชาทั้ง 2 หลักสูตร มาออกแบบเนื้อหาการเรียนแนวใหม่โดยให้นักเรียนถ่ายทอดภูมิรู้ในรูปแบบคลิปวิดีโอจำนวน 11 เรื่อง ซึ่งทำให้สมาชิกผู้สูงอายุเรียนได้ไม่จำกัดเวลาและสถานที่ ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด 19 ทั้งนี้คลิปวิดีโอจะส่งเข้าไปในห้องไลน์ทางการ “เพชรหวั่ง” พร้อมกับนำเสนอความรู้ทันสมัยเข้าใจง่ายเป็นระยะ ตลอดจนแบบฝึกหัดหลังเรียนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และแขวนคลิปวิดีโอบน Youtube เพื่อเปิดกว้างสำหรับผู้สนใจ

2.4 การรวบรวมและจัดหมวดหมู่สิ่งที่มีคุณลักษณะตามนิยามนวัตกรรมและนวัตกรรมผู้สูงอายุที่กำหนดไว้เบื้องต้น โดยพบนวัตกรรมมิติสร้างรายได้ 2

ผลงาน คือ กะเหล็บเยติ แอลกอฮอล์ล้างมือชาวจังหวัดมิติสวัสดิการสังคมเพื่อสุขภาพ 1 ผลงาน คือ หมอนลอนตาลทำจากถุงพลาสติกใช้แล้วและมีดีองค์ความรู้เพื่อสืบสานภูมิปัญญา 11 ผลงาน โดยนวัตกรรมผู้สูงอายุ 11 คนและนักเรียนผู้สูงอายุที่จบหลักสูตร 22 คน

2.5 การจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ฐานนวัตกรรมผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้มีแผนบริหารและคณะทำงานประกอบด้วยบุคลากรหน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานสุขภาพ ปรธาชนโรงเรียนและชมรมผู้สูงอายุ ปรธาชนอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้แทนสถาบันวิชาการในพื้นที่ วางแนวทางเสริมศักยภาพนวัตกรรมเดิม เพิ่มนวัตกรรมใหม่ เพิ่มจำนวนนวัตกรรมจากการหมุนเวียนใช้ ต่อยอด คิดค้น เผยแพร่ให้เป็นที่รู้จักบนอัตลักษณ์ภูมิปัญญาตำบลหรือพาให้เกิดรายได้และจัดทำเป็นฐานข้อมูลนวัตกรรมและนวัตกรรมเพื่อประเมินผลการพัฒนาสถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 รูปแบบการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ฐานนวัตกรรมผู้สูงอายุบนฐานภูมิปัญญา SITCOM-เพชรหวั่ง

3. หลังพัฒนาศูนย์เรียนรู้วันนวัตกรรมผู้สูงอายุ ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p 0.001) ส่วนความรอบรู้ด้าน บรณฐานภูมิปัญญาพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ภูมิปัญญาสมุนไพรสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p 0.000) สูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ความสามารถเข้าถึง โดยมิติที่พบว่ามีนัยสำคัญ คือ มิติความเข้าใจข้อมูล บริการสุขภาพและสังคมสูงขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง (p 0.000) และมิติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สถิติด้วยเช่นกัน ยกเว้นด้านสวัสดิการสังคมและสุขภาพ ตนเอง (p 0.000) (ดังตารางที่1)

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยและค่า t ของคุณภาพชีวิตโดยรวม ความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมและความรอบรู้ ด้านภูมิปัญญาสมุนไพรของผู้สูงอายุเปรียบเทียบก่อนหลังพัฒนาศูนย์เรียนรู้วันนวัตกรรมผู้สูงอายุ (n = 35)

คุณภาพชีวิตโดยรวม ความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และสังคมและความรอบรู้ ด้านภูมิปัญญาสมุนไพรของผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย		t	p
	ก่อน	หลัง		
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>	88.11 (18.00)	91.26 (9.00)	-0.893	0.378
ด้านสุขภาพกาย	23.26 (4.55)	23.52 (2.33)	-0.333	0.741
ด้านจิตใจ	20.71 (3.80)	21.49 (2.55)	-0.933	0.358
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.14 (2.78)	10.43 (2.05)	-0.481	0.633
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.86 (6.87)	28.74 (3.77)	-1.400	0.170
<b>ความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคม</b>	9.57 (1.76)	10.13 (1.29)	-0.643	0.524
ด้านเศรษฐกิจ	3.01 (1.04)	3.08 (0.97)	-0.242	0.810
ด้านสวัสดิการสังคมและสุขภาพ	2.92 (0.85)	3.62 (0.69)	-3.715	0.001
ด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	3.54 (0.87)	3.61 (0.59)	-0.373	0.712
<b>ความรอบรู้ด้านภูมิปัญญาสมุนไพร</b>	55.76 (38.12)	110.29 (14.14)	-7.289	0.000
มิติความเข้าใจข้อมูล	9.51 (5.85)	4.63 (1.03)	4.830	0.000
มิติการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	20.89 (17.85)	13.51 (2.15)	2.410	0.220
มิติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	6.97 (6.24)	14.20 (2.63)	-6.508	0.000

## อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นหลังพัฒนาศูนย์เรียนรู้วันนวัตกรรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับจินทนา สารแสง (2561) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับ ปัญจพจน์ วิมลรัตนชัยศิริ (2563) ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และโดยภาพรวมดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รายด้านและภาพรวมไม่มีนัยสำคัญ อาจเนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมหรือการเรียนรู้จากคลิปวิดีโอจะ ช่วยเพิ่มความพึงพอใจและช่วยเพิ่มการรับรู้สถานะที่ สัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของผู้สูงอายุ แต่ ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ที่ทำให้ กิจกรรมมีรูปแบบผสมผสานทั้ง Onsite และ Online ที่

เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุพัฒนาศักยภาพผ่านกระบวนการสร้างนวัตกรรมและนวัตกรรมตามโอกาสที่เอื้ออำนวย ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถเป็นทุนเดิมเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า ส่วนผู้สูงอายุอื่นจะเข้าร่วมกิจกรรมตามความสนใจ ทำให้การรับรู้การเปลี่ยนแปลงของตนเองจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมโดยรอบต่อการเพิ่มความสามารถทางกาย จิตใจ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมจึงยังไม่ชัดเจน ซึ่งนิยามขององค์การอนามัยโลกระบุว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง ความพึงพอใจและการรับรู้ต่อสถานะในการดำรงชีวิตที่สัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม สิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ (Cai, Verze, & Bjerklund Johansen, 2021)

2. ความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสวัสดิการสังคมและสุขภาพและด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นหลังพัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับมนต์ชัย โอโณวรรณพันธ์ (2564) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุจังหวัดอุทัยธานีพบว่า SMART Model ช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารข้อมูล ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเองและทักษะการรู้เท่าทันสื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการใช้โปรแกรม mHealth ที่เน้นพัฒนาทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมพบว่าช่วยเพิ่มความรู้สุขภาพจากระดับที่สามารถแก้ไขปัญหา (Problematic level) ไปสู่ระดับแห่งความพร้อม (Sufficient level) อย่างมีนัยสำคัญ (Martina, Pilar, Miriam, 2019) สำหรับการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมด้านสวัสดิการสังคมและสุขภาพเท่านั้นที่มีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากกิจกรรมหรือคลิปวิดีโอส่วนใหญ่มีเนื้อหาเรียนรู้ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมล้วนเกี่ยวข้องไปกับ

การดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี แหล่งประโยชน์ทางสุขภาพหรือแหล่งประโยชน์ทางสังคม ซึ่งตรงกับความต้องการช่วงวัยผู้สูงอายุที่พยายามทำให้นตนเองมีอิสระที่จะพึ่งพาตนเองโดยคงไว้ซึ่งความสามารถด้านร่างกาย จิตใจและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไว้ให้นานที่สุดซึ่งเพิ่มประโยชน์ไปยังความสามารถของการทำงานอาชีพในช่วงบั้นปลายของชีวิตโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเป็นนวัตกรรมซึ่งมีความพร้อมที่จะเพิ่มพูนศักยภาพหรือต่อยอดนวัตกรรมของตนเองอยู่เป็นทุนเดิม เนื้อหาการเรียนรู้เหล่านี้จึงตรงกับพื้นฐานและเป็นประสบการณ์ที่ตรงกับความต้องการ จึงทำให้ผู้สูงอายุเต็มใจที่รับข้อมูลข่าวสารด้านสวัสดิการสังคมและสุขภาพ วิเคราะห์เนื้อหาสาระ เลื่อนนำข้อมูลด้านนี้ไปใช้หรือรอบรู้จนเกิดทักษะทางการรับรู้และสังคมที่สร้างแรงจูงใจให้แสวงหาวิธีปฏิบัติได้มากกว่าด้านเศรษฐกิจที่จะต้องใช้เวลาอันยาวนานกับความพยายามที่จะลงทุนลงแรงเพื่อให้ได้ผลตอบแทนเป็นรายได้และด้านศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องได้รับการคุ้มครองและได้รับความยุติธรรม ซึ่งผู้สูงอายุไม่ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้มากนัก (วัชรภาพร เขยสุวรรณ, 2560; มนต์ชัย โอโณวรรณพันธ์, 2564; Tavares, Pinto de Jesus, Machado, Souza Braga, Tocantins & Barbosa Merighi, 2017)

3. ความรอบรู้ด้านภูมิปัญญาสมุนไพรมิติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังพัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับปณดา รามไพบุลย์ ระวีวรรณ เจริญทรัพย์ รัชนิ สรรเสริญ และพิชญ์รักษ์ กันทวิ (2561) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย หลังจากการให้โปรแกรมพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรู้

เรื่องสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพร พฤติกรรมการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรและความรอบรู้ทางสุขภาพ มีระดับที่เพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับสุธิดา สุทธิรักษ์ (2558) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาใต้ อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่าประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากกิจกรรมหรือคลิปวิดีโอมีการแสดงถึงความรู้ด้านภูมิปัญญาสมุนไพร ประกอบด้วยสมุนไพรสด รูปภาพสมุนไพร ชื่อสมุนไพร สรรพคุณสมุนไพร การนำไปใช้ประโยชน์ และประสบการณ์การใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพจากนวัตกรรมผู้สูงอายุ อีกทั้งภูมิปัญญาสมุนไพร มีความเหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และเพิ่มความสนใจจากกิจกรรมหรือคลิปวิดีโอมากขึ้นส่งผลให้ความรอบรู้ด้านภูมิปัญญาสมุนไพรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น

4. การพัฒนาศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุบนฐานภูมิปัญญาพบรูปแบบ SITCOM-เพชรหาวังโดย S (Stakeholder) เป็นการสร้างความตระหนักต่อคุณภาพชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมอย่างเท่าเทียม และการสร้างความรอบรู้ด้านภูมิปัญญาสมุนไพรของผู้สูงอายุในเวทีประชาคมแก่ผู้เกี่ยวข้อง I (Involvement) เป็นการที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่หรือความถนัดในการพัฒนาและนำใช้หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุและหลักสูตรนวัตกรรมผู้สูงอายุด้วยรูปแบบผสมผสานจนสามารถผลิตคลิปเรียนรู้สำหรับเผยแพร่สู่สาธารณะ T (Team) หมายถึง การที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายบูรณาการงานบนเป้าหมายเดียวกันที่จะพัฒนา

ผู้สูงอายุให้เป็นนวัตกรรมที่สามารถสร้างสรรค์นวัตกรรมบนฐานอัตลักษณ์หรือภูมิปัญญา C (Community-based) คือ พื้นที่ระดับตำบลที่ใช้เป็นฐานการพัฒนา ศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุซึ่งมีความเหมาะสมในแง่ของขนาดทางกายภาพ จำนวนผู้สูงอายุและความสัมพันธ์ทางสังคมแบบเครือญาติที่สนับสนุนให้เกิดประโยชน์จากการสืบสานภูมิปัญญาระหว่างรุ่นวัยโดยมีศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางเมื่อเทียบกับหมู่บ้านที่มีขนาดเล็กกว่าหรือจังหวัดที่ขนาดอาจใหญ่เกินไปกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น O (Owner) แสดงถึงความรู้สึกเป็นเจ้าของพื้นที่ระดับตำบลจากการที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมสร้างนวัตกรรมจากภูมิปัญญาของตนเองและมีโอกาสถ่ายทอดภูมิรู้เชิงนวัตกรรมไปยังบุคคลอื่น M (Motivation) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่ต้องการมุ่งสู่เป้าหมายของการยกระดับคุณภาพชีวิตให้ผู้สูงอายุด้วยการพัฒนานวัตกรรมและนวัตกรรมโดยมีตำบลเป็นแหล่งส่งเสริมภูมิปัญญาจากรุ่นสู่รุ่น คล้ายคลึงกับผลการพัฒนานวัตกรรมผู้สูงอายุ นวัตกรรมเพื่อผู้สูงอายุและนวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในตำบลมะเกลือเก่า อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมาและตำบลขุนทะเล อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราชที่พบคล้ายกันว่าระบบที่เสริมหนุนการพัฒนาวัตกรรมประกอบด้วยระบบบริหารจัดการของตำบลและหน่วยงานสุขภาพ ระบบทำงานแบบบูรณาการ โดยกลไกหลัก คือ นโยบายของผู้นำและบุคลากรภาครัฐ การบูรณาการกับงานประจำของท้องถิ่น หน่วยงานสุขภาพ ศพอส. ร.ร./ชมรมผู้สูงอายุ และกลุ่มจิตอาสา สถานศึกษา กลไกส่งเสริม คือ ระบบพี่เลี้ยงของบุคลากรรัฐ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสารภาพลักษณ์ การเชื่อมโยงเครือข่าย โดยศูนย์เรียนรู้ นวัตกรรมผู้สูงอายุจัดตั้งบนการบริหารจัดการที่ชัดเจน และบูรณาการกับงานเดิมที่มีอยู่

## สรุปและข้อเสนอแนะการวิจัย

ตำบลหัวสะพาน และตำบลวังตะโก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังนั้นการจัดกิจกรรมหรือการบริการดูแลสุขภาพ จำเป็นจะต้องนำข้อมูลในระดับพื้นที่มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางเพื่อจัดรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความเหลื่อมล้ำ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมการผู้สูงอายุควรสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับนวัตกรรมบนฐานภูมิปัญญาโดยการจดทะเบียนหรือจดสิทธิบัตรให้ถูกต้องตามระเบียบของหน่วยงาน อาทิ องค์การอาหารและยา กรมทรัพย์สินทางปัญญา กรมการค้าภายใน ซึ่งช่วยนำไปสู่การสร้างอาชีพและรายได้เลี้ยงตนเองของผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างยั่งยืน

1.2 หน่วยงานท้องถิ่นควรจัดทำระบบฐานข้อมูลนวัตกรรมเพื่อให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนานวัตกรรม ชีวงาน รวมถึงเผยแพร่ไปสู่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนซึ่งช่วยทำให้เกิดการพัฒนาสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจแก่ผู้สูงอายุ

1.3 หน่วยงานท้องถิ่นควรสนับสนุนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุและศูนย์การเรียนรู้นวัตกรรมการผู้สูงอายุ โดยบูรณาการกับแผนงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการสวัสดิการสังคม สุขภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้แก่ผู้สูงอายุ

1.4 หน่วยงานท้องถิ่นและศูนย์เรียนรู้นวัตกรรมการผู้สูงอายุควรส่งเสริมให้นวัตกรรมการผู้สูงอายุนำ

ไปสู่การสร้างอาชีพและสนับสนุนการประกอบธุรกิจหรือการจ้างงานในผู้สูงอายุโดยร่วมมือกับภาคเอกชน

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในตำบลที่มีบริบทคล้ายคลึงกับตำบลหัวสะพานและตำบลวังตะโกเพื่อเปรียบเทียบและถอดองค์ความรู้รูปแบบ ตลอดจนระบบและกลไกการพัฒนาศูนย์เรียนรู้ นวัตกรรมผู้สูงอายุ

2.2 วิจัยเชิงคุณภาพเพื่อถอดบทเรียนการค้นหาคำให้การให้ความหมายและสรุปประเด็นสำคัญของนวัตกรรม นวัตกรรมและศูนย์เรียนรู้ นวัตกรรมผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำไปกำหนดวิธีพัฒนาศูนย์เรียนรู้ นวัตกรรมผู้สูงอายุและยกระดับศักยภาพผู้เกี่ยวข้องให้บรรลุเป้าหมายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2.3 นิยามความหมายที่ลุ่มลึกของความรู้ภูมิปัญญา รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์หรืออำนาจทำนายกับคุณภาพชีวิตเพื่อนำไปกำหนดกิจกรรมสืบสานภูมิปัญญาผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี ที่สนับสนุนงบประมาณวิจัยภายใต้โครงการการพัฒนาต้นแบบศูนย์เรียนรู้ นวัตกรรมการผู้สูงอายุและศูนย์เด็กเล็กสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน ตำบลหัวสะพาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีและขอขอบคุณคณะผู้บริหารเทศบาลตำบลหัวสะพานที่ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- คัมภีรัตน์ แก้วสุวรรณ. (2560). นวัตกรรมสังคมด้าน  
พัฒนาพลังในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัด  
นครราชสีมา. *วารสารวิจัยบัณฑิตศึกษาในกลุ่ม  
ธุรกิจและสังคมศาสตร์*, 2(2), 28-42.
- นริสา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557).  
คุณภาพชีวิต : การศึกษาในผู้สูงอายุไทย. *วารสาร  
พยาบาลทหารบก*, 15(3), 64-70.
- ปณดา รามไพบูลย์, ระวีวรรณ เจริญทรัพย์, รัชนิ  
สรเสรีและพิชญ์รักษ์ กันทวิ. (2561). การ  
ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนา  
ความรอบรู้ทางสุขภาพ ในการใช้สมุนไพรและ  
ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค  
ความดันโลหิตสูง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย.  
*เชียงรายเวชสาร*, 10(1), 81-92.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย  
พ.ศ. 2562*. นครปฐม: พรินเทอริ
- ฤกษ์ศักดิ์ เสนานุช, และธนาชัย สุนทรอนันตชัย. (2562).  
การพัฒนานวัตกรรมทางสังคมเพื่อลดความ  
เหลื่อมล้ำของผู้สูงอายุในบริบทเขตเมือง ใน  
สังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม: การปลด  
ล็อกความเหลื่อมล้ำสู่ความยั่งยืน. กรุงเทพฯ:  
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ธรรมศาสตร์.
- มนต์ชัย อโณวรรณพันธ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการ  
เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ  
ในจังหวัดอุทัยธานี. *วารสารวิชาการกรม  
สนับสนุนบริการสุขภาพ*, 17(1), 15-22.
- ระพีพรรณ คำหอม, วรลักษณ์ เจริญศรี, และเล็ก สมบัติ.  
(2562). *ชุดโครงการพัฒนานวัตกรรมทางสังคม  
เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของผู้สูงอายุประเทศไทย  
ระยะที่ 3 สนับสนุนทุนโดยสำนักงานกองทุน  
สนับสนุนการวิจัย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุน  
สนับสนุนการวิจัย.
- วนิดา ดรงค์ฤทธิชัย และหทัยชนก บัวเจริญ. (2562).  
รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการพัฒนา  
นวัตกรรมผู้สูงอายุเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของ  
ผู้สูงอายุเขตชนบทในสังคมไทยระยะที่ 3  
สนับสนุนทุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุน  
การวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุน  
การวิจัย.
- วัชรพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ :  
แนวคิดและการประยุกต์สู่ การปฏิบัติการ  
พยาบาล. *วารสารแพทย์นาวี*, 44(3), 183-197.
- วีไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา,  
และจิตภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความ  
สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสาร  
วิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 32-40.
- สมศักดิ์ อมรสิริพงศ์และอาชวีภุริชญ์ น้อมเนียน. (2562).  
รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการพัฒนา  
นวัตกรรมผู้สูงอายุเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของ  
ผู้สูงอายุเขตชนบทในสังคมไทยระยะที่ 3  
สนับสนุนทุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุน  
การวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุน  
การวิจัย.

- สุธิดา สุทธิรักษ์. (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาไต้ อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(3), 469-480.
- Cai, T., Verze, P., & Bjerklund Johansen, T. E. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going?. *Uro*, 1(1), 14-22.
- Fernández-Gutiérrez, M., Bas-Sarmiento, P., & Poza-Méndez, M. (2019). Effect of an mHealth intervention to improve health literacy in immigrant populations: a quasi-experimental study. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 37(3), 142-150.
- Tavares, R. E., Jesus, M. C. P. D., Machado, D. R., Braga, V. A. S., Tocantins, F. R., & Merighi, M. A. B. (2017). Healthy aging from the perspective of the elderly: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(6), 878-889.
- World Health Organization. (1997). *Program on mental health: WHOQOL Measuring quality of life*. Geneva: WHO.



พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถ  
ในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง  
ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไค้งบ่อแร่  
**Self-care Behaviors and Blood Pressure Controlling Ability of  
Hypertension Patients, In the Area of Responsibility of Ban  
Khong Bo Ra Sub-district Health Promoting Hospital**

พิชิตศักดิ์ จำปาเงิน

*Phichitsak Jambpaangern*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไค้งบ่อแร่ อำเภอนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี  
*Ban Khong Bo Ra Sub-district Health, Nong Ya Sai District Suphanburi Province*

*Corresponding Author Email: Joe\_2062@hotmail.com*

Received: January 30, 2022

Revised: March 28, 2022

Accepted: June 20, 2022

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิต และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไค้งบ่อแร่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 248 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.6 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับดี ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 40.3 รองลงมา ร้อยละ 34.3 และ 25.4 ได้รับการสนับสนุนในระดับต่ำ และระดับปานกลาง ตามลำดับ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.8 สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 46.4 ทั้งนี้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในระดับปานกลาง ( $r = 0.357$ )

และต่ำ ( $r = 0.134$ ) ตามลำดับ

จากผลการศึกษา ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสม

**คำสำคัญ:** โรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมความดันโลหิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

## Abstract

This survey research was aimed to study self-care behaviors, knowledge of hypertension, social support receiving, hypertension information receiving, blood pressure controlling ability, and the factors related to self-care behaviors of hypertension patients in the area responsible for the Ban Khong Bo Ra Sub-district Health Promoting Hospital. The sample group was 248 essential hypertension patients, ages 35 and over. All of them, selected by systematic random sampling. Research instruments were questionnaire and medical record form. Data was analyzed by descriptive statistics and pearson's product moment correlation. The results were as followings.

The results found that 76.6% of hypertension patients had moderate self-care behaviors, 70.2% had good level of hypertension knowledge, received high level of social support at 40.3%, followed by low level and medium level at 34.3 and 25.4%, received medium level of hypertension information at 50.8%. They could control blood pressure at 46.4%. In this regard, social support receiving, and hypertension information receiving were positive significantly associated with self-care behaviors ( $p\text{-value} < 0.05$ ) at medium ( $r = 0.357$ ) and low ( $r = 0.134$ ) levels, respectively.

According to the results, should promote hypertensive patients to received social support and received hypertension information increased, modify the appropriate self-care behaviors.

**Key words:** hypertension, self-care behavior, blood pressure controlling, Sub-district health promoting hospital

## บทนำ

ปัจจุบัน โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และของประเทศไทย โดยพบว่าประชากรทั่วโลก มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้เกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก และคาดว่าในปี 2568 จะมีความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์, 2563) สำหรับประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเกือบ 4 ล้านคนในปี 2556 เป็นเกือบ 6 ล้านคนในปี 2561 ทำให้ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึงเกือบ 80,000 ล้านบาทต่อปีต่อจำนวนผู้ป่วยประมาณการ 10 ล้านคน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2563) โรคความดันโลหิตสูง ถือเป็น “ฆาตกรเงียบ” เนื่องจากไม่มีอาการแสดง จนทำให้หลายคนต้องเสียชีวิตจากโรคนี้ ซึ่งหากมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานแล้วไม่ได้รับการรักษา จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดแดงในตาเสื่อม อาจทำให้มีเลือดออกที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัว หรือตาบอดได้ โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากหัวใจทำงานหนักขึ้น ทำให้ผนังหัวใจหนาตัว และถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดหัวใจโต และหัวใจวายในที่สุด เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตันหรือแตก ทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคไตเรื้อรัง (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุขของประเทศ เพื่อให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้ได้มาตรฐาน

(ญาติิน หนองหารพิทักษ์ และประจักษ์ บัวผัน, 2556) ให้มีขีดความสามารถมากขึ้นในการบริการปฐมภูมิ โดยปรับระบบบริการให้ผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั้งในอำเภอและจังหวัดให้มารับการรักษาที่ รพ.สต. ในโรคที่ไม่ซับซ้อน อยู่ในศักยภาพที่ รพ.สต. ให้การรักษาได้ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงใช้เวลาในการรอรับบริการนาน อาทิ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่เรียกว่า Home Health Care หรือ Home Ward ในการดูแลที่ รพ.สต. โดยทีมสหวิชาชีพ (Srinivasan, 2014) ทั้งนี้ รพ.สต. เป็นหน่วยงานที่กระจายอยู่ทุกตำบล มีหน้าที่ให้บริการแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานและสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนอย่างสมดุล ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง/กลุ่มเสี่ยง ในปัจจุบันได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model ; CCM) ตามแนวทางของ Edward H.Wagner โดยมีขั้นตอนและกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งกาย ใจ และพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยมีผลการดูแลรักษาที่ดีขึ้นกว่าเดิมด้วย 6 องค์ประกอบคือ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเองที่ต้องเข้าใจอุปสรรคและข้อจำกัด และมีความสามารถในการรักษาตนเอง และสามารถประเมินสภาวะสุขภาพตนเองได้ว่าจัดการตนเองได้หรือต้องไปพบแพทย์ 2) ทีมรักษาจะต้องมีการออกแบบระบบบริการในทุกระดับของสถานบริการ ทั้งปฐมภูมิทุติยภูมิ ตติยภูมิ ทั้งในภาวะเรื้อรังหรือภาวะเร่งด่วน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลรักษา 3) ระบบสนับสนุนการรักษา คือการตัดสินใจให้บริการโดยใช้แนวทางปฏิบัติ

Evidence-based guideline รวมทั้งมีระบบปรึกษาจากแพทย์เชี่ยวชาญตามระดับสถานบริการทางการแพทย์ 4) มีระบบฐานข้อมูลทางคลินิกที่ดี โดยไม่จำเป็นต้องเป็นระบบคอมพิวเตอร์ทุกแห่ง แต่จะต้องสามารถมีระบบที่วางแผนการรักษาที่เหมาะสม เช่น ต้องตรวจทุก 6 เดือน หรือทุกปี เป็นต้น และระบบเหล่านี้สามารถใช้ร่วมกันทั้งสหวิชาชีพ 5) มีการวางแผนทางการปฏิบัติงานในแต่ละสถานพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของผู้บริหารที่จะทำให้มีการดำเนินการตามแนวทางการปฏิบัติ 6) การร่วมมือระหว่างชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ เป็นการร่วมมือในการดูแล และทำกิจกรรมของชุมชนกับโรงพยาบาล ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ในการวางแผนนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนและผู้ป่วยเรื้อรัง ทั้งเป็นการใช้ทรัพยากรบุคลากร มีส่วนร่วมให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ โดยการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยมีการเน้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่รพ.สต. เป็นผู้ให้ความรู้ คอยกระตุ้น และส่งเสริมให้ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (กองโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

รพ.สต.บ้านโค้งบ่อแร่ อำเภอนองหญ้าไช จังหวัดสุพรรณบุรี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ รพ.สต. บ้านโค้งบ่อแร่ โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึง 2563 จำนวน 427 คน 455 คน 470 คน 495 คน และ 513 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโค้งบ่อแร่, 2563) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี รพ.สต. บ้านโค้งบ่อแร่ ได้มีการดำเนินการดูแลรักษาพยาบาล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ลดหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สุพรรณบุรี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนองหญ้าไช ได้ให้ความสำคัญต่อการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ รพ.สต.มาตั้งแต่ปี 2555 (วิทยา บุรณศิริ, 2555) ผู้วิจัย ในฐานะบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.บ้านโค้งบ่อแร่ จึงได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านโค้งบ่อแร่ เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลรักษาพยาบาล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้มีประสิทธิภาพที่ดีต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

## นิยามศัพท์

**พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง การปฏิบัติตัวในการดูแลการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยตัวเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการตรวจสุขภาพ

**ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง

ความสามารถในการบอกเรื่องราวหรือสาระสำคัญของข้อเท็จจริงตามเนื้อหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง ในเรื่องอาการของโรค การรักษา การลดหรือควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ความเครียด อันตรายที่อาจเกิดขึ้น และภาวะแทรกซ้อน

**การได้รับการสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การได้รับการสนับสนุนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

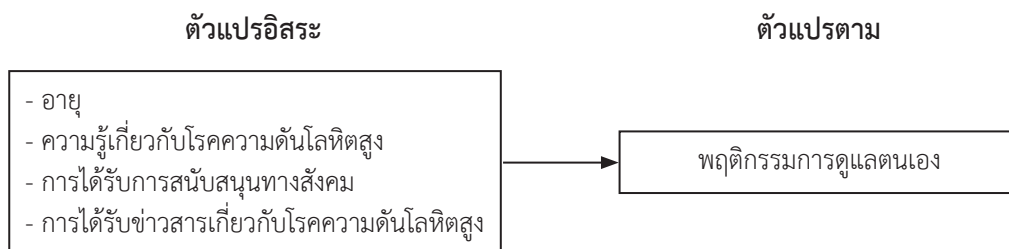
**การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงจากบุคคลหรือสื่อประเภทต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ / พยาบาล / บุคลากรทางสาธารณสุข วิทยุ / โทรทัศน์ หนังสือ / เอกสาร / แผ่นพับ / แผ่นโปสเตอร์ต่าง ๆ เพื่อนบ้าน / เพื่อนที่เป็นโรคเดียวกัน อาสาสมัครสาธารณสุข และอินเทอร์เน็ตหรือสื่อออนไลน์ต่าง ๆ

**ความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิต** หมายถึง การควบคุมโรคความดันโลหิตได้หรือไม่ได้ โดยถ้ามีความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure : SBP) น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure : DBP) น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกัน 3 ครั้งที่มีการรักษา ถือว่าควบคุมโรคความดันโลหิตได้ แต่ถ้าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 1 ครั้งขึ้นไป ถือว่าควบคุมโรคความดันโลหิตไม่ได้

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีพฤติกรรม

การดูแลตนเองที่ถูกต้อง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งบุคคลที่มีอายุและวุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่จะมีการเรียนรู้ในการกระทำ และผลของการกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น อายุจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยส่วนบุคคลในด้านพัฒนาการหรือวุฒิภาวะของบุคคล เป็นภูมิความรู้ของบุคคลที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เป็นตัวนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ดังนั้น การที่บุคคลได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจึงทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ในส่วนการสนับสนุนทางสังคม เป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง (สุภาภรณ์ เกื้อสุวรรณ, 2556) ช่วยทำให้บุคคลเห็นคุณค่าของตนเอง ลดความเครียด มีกำลังใจ มีคนรักและห่วงใย ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง ช่วยให้มีความสุขสุขภาพที่เหมาะสม (Green & Kreuter, 2005) สำหรับการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นการได้รับ/ การรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จากแหล่งความรู้ และแหล่งประสบการณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง คิดเอง ปฏิบัติเอง ทำให้บุคคลปรับพฤติกรรมตนเองให้เหมาะสมยิ่งขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้ตัวแปร อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นตัวแปรในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกาการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านโค้งบ่อแร่ มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 499 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านโค้งบ่อแร่ คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้เทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yamana (1967) ได้ขนาดตัวอย่างให้อ้างอิงถึงประชากรที่ศึกษาอย่างน้อยคือ 222 คน ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 248 คน (ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้อาจไม่มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงได้ใช้กลุ่มตัวอย่าง เพื่อไว้ร้อยละ 12 ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ และพิจารณานำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มาใช้) เลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) 1 คน เว้น 1 คน ให้ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 248 คน ซึ่งมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยคนไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และมีเกณฑ์ในการคัดออกคือ เป็นผู้ที่มีความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิเมตรปรอท และหรือความดันโลหิตไดแอส

โตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 120 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งต้องพบแพทย์โดยด่วน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

2.1 แบบสอบถาม ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล สถานที่ ๆ ไปรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นประจำ การรับการรักษาตามนัด และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบวัดจะมีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด / ไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน การประเมินความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ได้แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ค่าคะแนน 0-6 คะแนน ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ค่าคะแนน 7-9 คะแนน ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ค่าคะแนน 10-12 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (จากบุคคลในครอบครัว และจากแพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) แบบวัดส่วนนี้

มีข้อความรวมทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) เป็นข้อความแบบให้เลือกว่า มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เคยเลย โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคือ ถ้าตอบมากให้ 3 คะแนน ปานกลางให้ 2 คะแนน เล็กน้อยให้ 1 คะแนน และไม่เคยเลยให้ 0 คะแนน แบ่งระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยการอิงเกณฑ์ ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ค่าคะแนน 0-17 คะแนน ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ค่าคะแนน 18-23 คะแนน ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ค่าคะแนน 24-30 คะแนน

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากน้อยเพียงใด ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) เป็นข้อความแบบให้เลือกว่าได้รับข้อมูลข่าวสารมาก ปาน

กลาง น้อย และไม่เคยได้รับ โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อคือ ถ้าตอบมาก ให้ 3 คะแนน ปานกลางให้ 2 คะแนน น้อย ให้ 1 คะแนน และไม่เคยได้รับให้ 0 คะแนน แบ่งระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยการอิงเกณฑ์ ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ค่าคะแนน 0-10 คะแนน ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ค่าคะแนน 11-14 คะแนน ระดับสูง (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ค่าคะแนน 15-18 คะแนน

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจสุขภาพ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 26 ข้อ ให้เลือกตอบว่า เป็นประจำ เป็นบางครั้ง และไม่เคยเลย

#### ข้อความเชิงนิมิตด้านบวก

เป็นประจำ ให้คะแนน	2 คะแนน
บางครั้ง ให้คะแนน	1 คะแนน
ไม่เคยเลย ให้คะแนน	0 คะแนน

#### ข้อความเชิงนิเสธด้านลบ

ไม่เคยเลย ให้คะแนน	2 คะแนน
บางครั้ง ให้คะแนน	1 คะแนน
เป็นประจำ ให้คะแนน	0 คะแนน

แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวม โดยการอิงเกณฑ์ ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ค่าคะแนน 0-30 คะแนน ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ค่าคะแนน 31-41 คะแนน ระดับดี (ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ค่าคะแนน 42-52 คะแนน

นอกจากนี้ ได้แบ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ มีค่าคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนร้อยละ 60-79 และระดับดี มีค่าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ของค่าคะแนนรวมในแต่ละด้าน

**3. แบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล** ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับระดับความดันโลหิต 2 ครั้ง ก่อนและปัจจุบัน และการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ ตามข้อเท็จจริงที่ได้จากทะเบียนประวัติผู้ป่วย การตรวจร่างกายในปัจจุบัน และหรือจากการสอบถามผู้ป่วย รวมจำนวน 3 ข้อ ทั้งนี้ ในการวัดระดับความดันโลหิต ผู้วิจัยและผู้วัดระดับความดันโลหิต รพ.สต.บ้านโค้งบ่อแร่ จะยึดแนวทางการตรวจวัดระดับความดันโลหิตของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558)

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้พิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ จากค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ของแต่ละข้อคำถาม ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.6-1.0 แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของมาตรวัด (Reliability) โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) โดยใช้สูตรครุเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson: KR-20) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง = 0.70 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม = 0.87 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง = 0.86 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.71

#### 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แล้วอธิบายถึงเหตุผลความจำเป็น ซึ่งแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มที่สมัครใจ โดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบเมื่อผู้ป่วยมารักษาที่ รพ.สต.หรือไปแจกแบบสอบถามที่บ้านให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบ ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ตอบมีปัญหาเรื่องสายตา หรืออ่านหนังสือไม่ออก ผู้เก็บข้อมูลก็จะอ่านให้ฟัง แล้วให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบหรืออธิบายสิ่งที่ตอบ แล้วผู้เก็บข้อมูลก็จะบันทึกข้อมูลดังกล่าว พร้อมทั้งการตรวจสอบความครบถ้วนในการตอบ หากตอบไม่ครบก็จะดำเนินการตอบให้ครบ แล้วนำแบบสอบถามดังกล่าวไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ในส่วนแบบบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการบันทึกข้อมูลจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย และหรือสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วย ตามประเด็นที่ศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม 2564

#### 6. การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติต่าง ๆ ดังนี้

6.1 วิเคราะห์ลักษณะทางด้านประชากร พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson,s product moment correlation)

#### 7. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีหนังสือรับรอง เลขที่ COA No. 08/2564 ลงวันที่ 14 มกราคม 2564

#### ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.5 เป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 74.6 มีอายุโดยเฉลี่ย 65.0 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.8 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาถึง ร้อยละ 73.8 ในเรื่องอาชีพนั้น พบว่า มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.6 รองลงมาคือ ช่วยเหลืองานในครอบครัว / อยู่บ้านเฉย ๆ รับจ้าง ค่าขาย ธุรกิจส่วนตัว และข้าราชการ บำนาญ ร้อยละ 24.6, 21.8, 4.8, 0.8 และ 0.4 ตามลำดับ มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000บาท ร้อยละ 71.8 โดยเฉลี่ยมีรายได้ 3,105.8 บาท เป็นผู้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 90.7 สำหรับในเรื่องระยะเวลา

การป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าร้อยละ 47.6, 28.2 และ 24.2 ป่วยมานานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป 5-9 ปี และน้อยกว่า 5 ปี ตามลำดับ โดยเฉลี่ยป่วยมานาน 8.3 ปี

**พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** พบว่า โดยรวมร้อยละ 76.6 มีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 15.7 และ 7.7 มีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับดี และต่ำ เมื่อพิจารณาพฤติกรรม การดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.3 และ 60.5 มีพฤติกรรมด้านการ รับประทานยา และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง อยู่ใน

ระดับดี ส่วนด้านการรับประทานอาหาร ร้อยละ 49.2 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ และดี ร้อยละ 38.3 และ 12.5 ด้านการออกกำลังกาย พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.0 และระดับดี ร้อยละ 44.8 ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการตรวจ สุขภาพ พบว่า ร้อยละ 56.5 และ 40.4 อยู่ในระดับต่ำ รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.2 และ 30.2 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 11.3 และ 29.4 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง	จำนวน (n = 248)	ร้อยละ (100.0)
<b>โดยรวม</b>		
ระดับต่ำ (0-30 คะแนน)	19	7.7
ระดับปานกลาง (31-41 คะแนน)	190	76.6
ระดับดี (42-52 คะแนน)	39	15.7
$\bar{x} = 36.9, SD = 4.3, Min = 24, Max = 48$		
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>		
ระดับต่ำ (0-9 คะแนน)	95	38.3
ระดับปานกลาง (10-12 คะแนน)	122	49.2
ระดับดี (13-16 คะแนน)	31	12.5
$\bar{x} = 10.1, SD = 2.0, Min = 4, Max = 16$		
<b>ด้านการรับประทานยา</b>		
ระดับต่ำ (0-4 คะแนน)	6	2.4
ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน)	18	7.3
ระดับดี (7-8 คะแนน)	224	90.3
$\bar{x} = 7.6, SD = 0.8, Min = 3, Max = 8$		
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>		
ระดับต่ำ (0-2 คะแนน)	23	9.2
ระดับปานกลาง (3-4 คะแนน)	114	46.0
ระดับดี (5-6 คะแนน)	111	44.8
$\bar{x} = 4.2, SD = 1.5, Min = 0, Max = 6$		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน (n = 248)	ร้อยละ (100.0)
<b>ด้านการจัดการกับความเครียด</b>		
ระดับต่ำ (0-4 คะแนน)	140	56.5
ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน)	80	32.2
ระดับดี (7-8 คะแนน)	28	11.3
$\bar{x} = 4.4, SD = 1.6, Min = 0, Max = 18$		
<b>ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง</b>		
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	26	10.5
ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	72	29.0
ระดับดี (8-10 คะแนน)	150	60.5
$\bar{x} = 7.6, SD = 1.5, Min = 3, Max = 10$		
<b>ด้านการตรวจสุขภาพ</b>		
ระดับต่ำ (0-2 คะแนน)	100	40.4
ระดับปานกลาง (3 คะแนน)	75	30.2
ระดับดี (4 คะแนน)	73	29.4
$\bar{x} = 2.8, SD = 0.8, Min = 0, Max = 4$		

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้าน พบผลการศึกษาดังนี้ คือ

- ด้านการรับประทานอาหาร ควรมีการปรับปรุงแก้ไขในเรื่อง การรับประทานผักและผลไม้ที่รสไม่หวานจัด ซึ่งพบว่าการรับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 44.8
- ด้านการรับประทานยา มีการรับประทานยาที่เหมาะสม ในทุกประเด็น
- ด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การออกกำลังกายไม่เหมาะสมในเรื่อง การออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ออกกำลังกายในแต่ละครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที และทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้กำลัง อย่างต่อเนื่องจนมีเหงื่อออก โดยมีการออกกำลังกายดังกล่าวเป็นบางครั้งถึงไม่เคย ร้อยละ 58.9, 58.1 และ 42.3 ตามลำดับ

- ด้านการจัดการกับความเครียด มีพฤติกรรม ไม่เหมาะสมในเรื่องเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะพูดคุยปรับทุกข์กับผู้อื่น เมื่อเกิดความเครียดมีการผ่อนคลาย ด้วยวิธีการต่าง ๆ เมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิดสามารถควบคุมอารมณ์ได้ และเมื่อมีความเครียดจะผ่อนคลายจิต โดยสวดมนต์/นั่งสมาธิ พบมีพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประจำเพียงร้อยละ 21.0, 32.6, 38.3 และ 21.8 ตามลำดับเท่านั้น
- ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการควบคุมน้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้น เป็นบางครั้ง ถึงไม่เคย ร้อยละ 57.3 และดื่มชาหรือกาแฟเป็นประจำ ร้อยละ 29.8
- ด้านการตรวจสุขภาพ มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในเรื่อง เมื่อมีอาการผิดปกติจะมาพบแพทย์/เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขทันทีที่กำหนดนัด ร้อยละ 31.5 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย ร้อยละ 38.7

**ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง** พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 70.2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 24.6 และ 5.2 มีความรู้ในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ (รายละเอียดตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคความดัน

โลหิตสูง จำแนกรายประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ดี (ตอบถูก) ในเรื่องต่าง ๆ มากกว่าร้อยละ 70.0 ในเกือบทุกประเด็น ยกเว้นในเรื่อง การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงติดต่อกันเป็นเวลานาน ไม่มีผลทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีความรู้ในเรื่องดังกล่าว ร้อยละ 32.7 (ดังตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน (n = 248)	ร้อยละ (100.0)
ระดับต่ำ (0-6 คะแนน)	13	5.2
ระดับปานกลาง (7-9 คะแนน)	61	24.6
ระดับดี (10-12 คะแนน)	174	70.2
$\bar{x} = 9.8, SD = 1.7, Min = 3, Max = 12$		

**การได้รับการสนับสนุนทางสังคม** พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.3 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 34.3

และ 25.4 ได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (n = 248)	ร้อยละ (100.0)
ระดับต่ำ (0-17 คะแนน)	63	25.4
ระดับปานกลาง (18-23 คะแนน)	85	34.3
ระดับดี (24-30 คะแนน)	100	40.3
$\bar{x} = 21.0, SD = 1.7, Min = 3, Max = 30$		

เมื่อพิจารณาเมื่อพิจารณาการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในเรื่องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว แต่ละประเด็นพบว่า บุคคลในครอบครัวได้คอยกระตุ้นเตือนทุกครั้งเมื่อถึงเวลาไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ในระดับมาก ร้อยละ 43.5

นอกนั้น พบมากกว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลาง ได้แก่ เรื่องให้กำลังใจหรือเตือนให้รับประทานยาตรงเวลาและสม่ำเสมอ ให้กำลังใจให้คำปรึกษาและรับฟังเมื่อเกิดความวิตกกังวลและความเครียด กระตุ้นหรือสนับสนุนให้ออกกำลังกาย

สนับสนุนในการจัดการกับความเครียดโดยวิธีต่าง ๆ และห้ามปรามหากรับประทานอาหารที่เป็นข้อห้ามของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.1, 39.5, 37.5, 44.4 และ 39.6 ตามลำดับ ส่วนในเรื่องได้รับการดูแลจากครอบครัวพบว่า ไม่เคยเลย ร้อยละ 35.1 และปานกลาง ร้อยละ 30.6 ส่วนการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ละประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนในระดับมากในทุกเรื่อง ได้แก่ การให้กำลังใจต่อโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ การกระตุ้นเตือนต่อการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน

ให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นอยู่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 85.9, 83.5 และ 81.5 ตามลำดับ

**การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง** พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.8 ได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 42.7 และ 6.5 ได้รับในระดับต่ำ และสูงตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** จำนวนและร้อยละระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน (n = 248)	ร้อยละ (100.0)
ระดับต่ำ (0-10 คะแนน)	106	42.7
ระดับปานกลาง (11-14 คะแนน)	126	50.8
ระดับดี (15-18 คะแนน)	16	6.5
$\bar{x} = 10.7, SD = 2.4, Min = 3, Max = 18$		

เมื่อพิจารณาการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในแต่ละแหล่งข้อมูลข่าวสาร พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.0 และ 72.2 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์/พยาบาล/บุคลากรทางสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ในระดับมาก ทั้งนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนที่เป็นโรคเดียวกัน และวิทยุ/โทรทัศน์ พบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.5 และ 53.6 ตามลำดับ ส่วนการได้รับข่าวสารจากหนังสือ/เอกสาร/แผ่นพับ/แผ่นโปสเตอร์ต่างๆ พบในระดับน้อย ร้อยละ 45.2 การได้รับข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต หรือสื่อออนไลน์ต่าง ๆ พบว่าไม่เคยได้รับจากแหล่งดังกล่าว ร้อยละ 71.0

**ความสามารถในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง** พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตได้ ร้อยละ 46.4 ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 53.6

**ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ( $r = 0.357$ ) และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ( $r = 0.134$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนอายุ และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ดังตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และระดับความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (n = 248)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	0.022	ต่ำ
ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	-0.029	ต่ำ
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	0.357*	ปานกลาง
การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.134*	ต่ำ

หมายเหตุ \* หมายถึง  $p\text{-value} < 0.05$

การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.บ้านโค้งบ่อแร่ พบว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 13.7 ซึ่งเป็นโรคหัวใจ โรคไต โรคอัมพฤกษ์ / อัมพาต และโรคเส้นเลือดสมอง ร้อยละ 11.3, 3.0, 2.5 และ 1.5 ตามลำดับ

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70.2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับดี ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ซึ่งจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นประจำเมื่อมารับบริการทางการแพทย์ โดยพบอยู่ในระดับมากถึง ร้อยละ 81.0 ทำให้เกิดการรับรู้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี จึงทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคม พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 74.6 โดยจะได้รับการสนับสนุนจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับมาก มากกว่า

ร้อยละ 81.0 ซึ่งในปัจจุบันการไปรับการรักษา จะเน้นให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในส่วนต่างๆของบุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่ก็พบว่าอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ทั้งนี้ ทาง รพ.สต.ได้ส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ส่วนในเรื่องการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 57.3 อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ทั้งนี้ ในปัจจุบันการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีสื่อต่าง ๆ มากมาย ทั้งสื่อจากตัวบุคคล สื่อจากวิทยุ/โทรทัศน์ ซึ่งเป็นสื่อที่สามารถกระจายข้อมูลข่าวสารและความรู้ต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวาง ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงค่อนข้างไปทางปานกลางถึงสูง ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของฐิติรัตน์ ศิริพิบูลย์ (2564) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 87.5 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางถึงสูง สิทธิโชค จิตวงศ์ (2560) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.9 มีความรู้เกี่ยวกับ

โรคความดันโลหิตสูงในระดับดี ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ถึงร้อยละ 60.6 และได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 45.9

นอกจากนี้ จากผลการศึกษายังพบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบครึ่งหนึ่งสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพแล้ว พบว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยดังกล่าวมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการตรวจสุขภาพค่อนข้างไปในทางปานกลางถึงต่ำ ซึ่งการที่จะควบคุมความดันโลหิตให้ได้นั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องมีพฤติกรรม/การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็น โดยจะให้ได้ผลดีนั้น จะต้องปฏิบัติตัวและดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้องก็จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (JNC, 2003 ; Kaplan, 2002) ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของสิทธิโชค จิตวงศ์ (2560); สุรัชย์ จิตต์ดำรงค์, สุพรรณษา เพลงเสนาะ, และสมควร จันทรงค์ (2556) และจงดี เพ็งสกุล (2558) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตได้ร้อยละ 49.4, 50.7 และ 42.5 ตามลำดับ จูติรัตน์ ศิริพิบูลย์ (2564) พบว่า ร้อยละ 68.0 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

ผลจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้ เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม คือสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ

ประคับประคองจากบุคคลอื่นในสังคมในด้านต่าง ๆ อาทิ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ เงิน การดูแล การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในภาวะที่บุคคลมีความเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย เนื่องจากช่วยทำให้บุคคลเห็นคุณค่าของตนเอง ลดความเครียด มีกำลังใจ มีคนรักและห่วงใย ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง ช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Green & Kreuter, 2005) ดังนั้น หากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะทำให้มีการดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้น เนื่องจากการได้รับคำแนะนำ ข่าวสารหรือความช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ ทำให้มีแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตน และดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจูติรัตน์ ศิริพิบูลย์ (2564) ; สีนินาฏ โคตรบรรเทา, สีนินาฏ วิทยพิเชษฐสกุล, อนุช แซ่เล่า, และพลพวงค์ สุขสว่าง (2557) ; พวงเพชร เหล่าประสิทธิ์ (2554) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง นอกจากนี้ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นสิ่งกระตุ้นความรู้สึก ทำให้เกิดความรู้ และความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ทำให้บุคคลปรับพฤติกรรมตนเองให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ดังนั้น การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ผลศิริปฐม (2554) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สำหรับอายุ และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้เป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 3 ใน 4 เป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอย่างที่เคยเป็นมานาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติก็เป็นสิ่งที่ยาก แม้จะได้รับ

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยรัตน์ แก้ววันดี (2554) ที่พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ลีศิริรัตน์ ศิริพิบูลย์ (2564) พบว่า อายุ และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

**สรุปผลการวิจัย** ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง และมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับดี เกือบครึ่งหนึ่งได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง และครึ่งหนึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 46.4 ทั้งนี้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ในระดับปานกลาง ( $r = 0.357$ ) และต่ำ ( $r = 0.134$ ) ตามลำดับ

## ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ควรดำเนินการให้การดูแลให้คำแนะนำ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองให้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ

- ด้านการรับประทานอาหาร ให้มีการรับประทานผักและผลไม้ที่รสไม่หวานจัด เพิ่มมากขึ้น

- ด้านการออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ แต่ครั้งนานอย่างน้อย 30 นาที และทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้กำลังอย่างต่อเนื่องจนมีเหงื่อออก

- ด้านการจัดการกับความเครียด เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจให้พูดคุยปรับทุกข์กับผู้อื่น มีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่าง ๆ พยายามควบคุมอารมณ์ได้ และอาจใช้การผ่อนคลายจิตโดยสวดมนต์/นั่งสมาธิ

- ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ให้ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น และลด/งดการดื่มชาหรือกาแฟ

- ด้านการตรวจสุขภาพ เมื่อมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีก่อนนัด

3. จากการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น

3.1 ส่งเสริมครอบครัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการให้กำลังใจ การรับประทานยาตรงเวลาและสม่ำเสมอ ให้คำปรึกษาและรับฟังเมื่อเกิดความวิตกกังวลและความเครียด กระตุ้นให้ออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดโดยวิธีต่าง ๆ ห้ามปรามหากรับประทานอาหารที่เป็นข้อห้ามของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทางครอบครัวผู้ป่วยยังให้การสนับสนุนน้อย

3.2 ดำเนินการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจจะต้องพิจารณาช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังมีพฤติกรรมการสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหลายเรื่อง ควรดำเนินการพัฒนาหารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และศึกษาประสิทธิผลการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้

2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 46.4 เท่านั้น ดังนั้น จึงควรศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิต เพื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มาพิจารณาดำเนินการพัฒนาให้เกิดความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มมากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานสถานการณ์โรค NCDs : เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิก แอนด์ดีไซน์
- กัลยรัตน์ แก้ววันดี. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ขวัญใจ ผลศิริปฐม. (2554). พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงสูงในเขตตำบลวังตะกอก อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร (วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี, เพชรบุรี.
- จงดี เฟิงสกุล. (2558). ความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้และไม่ได้ โรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: รายงานวิจัย.
- ญาณิน หนองหารพิทักษ์ และประจักษ์ บัวผัน. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี. สืบค้นจาก <https://ph02.tcihaijo.org/index.php/gskku/article/view/22960>
- ฐิติรัตน์ ศิริพิบูลย์. (2564). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสาคร. สมุทรสาคร: รายงานวิจัย.
- พวงเพชร เหล่าประสิทธิ์. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี: รายงานวิจัย.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไค้บ่อแร่. (2563). รายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. สุพรรณบุรี : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไค้บ่อแร่.
- วิทยา บุรณศิริ. (2555). เร่งรัดนโยบายรักษาเบาหวาน-ความดัน ลดแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่. สืบค้นจาก <http://www.healthfocus.in.th/content/2012/07/876>
- ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์. (2563). การประชุมวิชาการชมรมร้านขายยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1 ประจำปี 2563 เรื่อง “ความดันโลหิตสูง: สิ่งที่น่ารู้และต้องรู้”. สืบค้นจาก [https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminar\\_detail&subpage=seminar\\_detail&id=3115](https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminar_detail&subpage=seminar_detail&id=3115)
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป 2555 ฉบับปรับปรุง 2558. สืบค้นจาก <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>

- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2563). การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 18 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. สืบค้นจาก [http://thaihypertension.org/files/4521.Thai% 20 Hypertension%20Conference%202020.pdf](http://thaihypertension.org/files/4521.Thai%20Hypertension%20Conference%202020.pdf)
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2562. สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/07/127178/>
- สิทธิโชค จิตวิวงศ์. (2560). *พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนภากาศ*. สมุทรสงคราม: รายงานวิจัย.
- สินีนานา โคตรบรรเทา, สินีนานา วิทย์พิเชษฐสกุล, อนุช แซ่เล่า, และพูลพงษ์ สุขสว่าง. (2557). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชนเทศบาลเมืองบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(2), 85-96.
- สุภาภรณ์ เกื้อสุวรรณ. (2556). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- สุรัชย์ จิตต์ดำรงค์, สุพรรณษา เพลงเสนาะ, และสมควร จันทร์คง. (2556). ความสามารถและพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้และไม่ได้ โรงพยาบาลลำทะเลเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา : รายงานวิจัย.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning an educational and ecological approach*. New York: Quebecor World Fairfield.
- Kaplan, N. M. (2002). *Kaplan's clinical hypertension* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Srinivasan, A. V. (2014) . *Managing a modern hospital*. New Delhi: A Division of Sage India (P)



ผลของโปรแกรมส่งเสริมความตระหนักรู้และการเสริมพลังสร้างสุขภาพ  
ต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย  
ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี

**The Effects of a Self-awareness Promotion and Health  
Empowerment Program on Preventive Behaviors regarding Low  
Birth Weight Infant Among High Risk Pregnant Women at Ban  
Dung District, Udon Thani Province**

วัลัยภรณ์ ทิพวัลย์, พย.บ., Walaiphon Thippawan, B.N.S.<sup>1\*</sup>

ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, วท.ม., Duangkamol Pinchaleaw, Ms.c<sup>2</sup>

ทิพย์ฉิมพร เกษโกมล, ค.ด., Thiphumporn Keskomon, Ph.D.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้ว อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

<sup>1</sup>Professional nurse, Bang Kaeo Health Promoting Hospital, Bang Phli district, Samut Prakan Province

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

<sup>2</sup>Associate Professor, Police Colonel, School of Nursing Sukhothai Thammathirat Open University

<sup>3</sup>รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพฯ

<sup>3</sup>Associate Professor, Police Colonel, Police Nursing College, National Police Office, Bangkok

\*Corresponding Author Email: walaiphon2456@gmail.com

Received: November 19, 2021

Revised: April 5, 2022

Accepted: June 3, 2022

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความตระหนักรู้และการเสริมพลังสร้างสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ที่มารับบริการฝากครรภ์ในเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ในช่วงเดือน มิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2564 จำนวน 60 คน คัดเลือกจาก รพ.สต.ที่มีอัตราการคลอดทารกน้ำหนักสูงกว่าเกณฑ์ แบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมความตระหนักรู้และการเสริมพลังสร้างสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความตระหนักรู้ในตนเอง ร่วมกับแนวคิด

พลังสุขภาพ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง การเสริมสร้างพลังสมอง การสร้างพลังใจ และการลงมือปฏิบัติ และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .99 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M = 3.67, SD = .12$ ;  $M = 2.82, SD = .33$  ตามลำดับ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $M = 3.67, SD = .12$ ;  $M = 3.07, SD = .18$  ตามลำดับ)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความตระหนักรู้และการเสริมพลังสร้างสุขภาพครั้งนี้สามารถ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยดีขึ้น ดังนั้นจึงควรนำเอา โปรแกรมนี้มาประยุกต์ใช้ในการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบ งานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อประโยชน์ในการให้บริการหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการลดอัตราการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และทารกแรกคลอดมีน้ำหนักเป็นไปตามเกณฑ์ปกติ

**คำสำคัญ:** ความตระหนักรู้ในตนเอง พลังสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง

## Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a self-awareness promotion and health empowerment program on low-birth-weight infant preventive behaviors of high-risk pregnant women. The sample consisted of 60 pregnant women at risk of giving birth to low-birth-weight infants who attended the antenatal clinic at the Bandung Crown Prince Hospital network, during June to August 2021, selected from Low Birth weight rate exceeds the benchmark by purposive sampling, and they were divided into the experimental (30) and the comparative (30) groups. The research instruments included: 1) the program for self-awareness and health empowerment promotion. The activities comprised: (1) developing self-awareness (2) head empowerment (3) heart empowerment and (4) hand empowerment; and 2) a low-birth-weight infant preventive behaviors questionnaire, the content validity index (CVI) score of which was .99, and the reliability was .85 Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

The result revealed as follows. After receiving the program, low-birth-weight infant preventive behaviors of women in the experimental group were significantly better than before receiving the program ( $M = 3.67, SD = .12$ ;  $M = 2.82, SD = .33$ ), and their behavior was also better than those of women in the comparative group ( $M = 3.67, SD = .12$ ;  $M = 3.07, SD = .18$ ) ( $p < .001$ ).

The result showed that the program for self-awareness and health empowerment promotion could help high-risk pregnant women improve preventive behaviors for low-birth-weight rate. Therefore, it is recommended to apply the program at antenatal clinic. This could enhance high risk pregnant women's self-care behaviors and decrease low birth weight rat.

**Keywords:** *Self-awareness, Health Empowerment, Low Birth Weight Infant, Preventive Behavior, High-Risk Pregnant Women*

## บทนำ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกและประเทศไทย งานอนามัยแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุขได้มุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารก จึงกำหนดเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (2560-2564) ที่จะลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่ให้เกินร้อยละ 7 จากรายงานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่า มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยร้อยละ 10.91, 9.92 และ 9.52 ตามลำดับ (กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ข้อมูลของจังหวัดอุดรธานี พบอัตราการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยลดลงแต่ยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ 19.92, 9.91 และ 9.06 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2564) และจากรายงานของห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 พบว่า มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยร้อยละ 7.67, 6.94 และ 10.54 ตามลำดับ (กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง, 2563) ซึ่งจะเห็นว่า อัตราการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิด กล่าวคือ เสี่ยงต่อการตายในระยะประกำเนิด (กรมรี แพงดี, 2558) และเสี่ยงต่อการ

เจ็บป่วย เช่น ติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในอนาคต ภาวะทุพโภชนาการ และการมีพัฒนาการล่าช้าในทุกด้าน (Mathewson, Schmidt & Van Lieshout, 2017; ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558; UNICEF-WHO, 2019) นอกจากนี้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ มีสติปัญญาต่ำ ทำให้ประสบปัญหาเรื่องการเรียน และการทำงานในอนาคต ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรและงบประมาณในการดูแลสุขภาพ ไม่ต่ำกว่าปีละ 2,000 ล้านบาท (วราภรณ์ แสงทวีสิน, ศุภวัชร บุญกษิต์เดช, วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล, และสุนทร อ้อเผ่าพันธุ์, 2557) สำหรับสาเหตุหลักของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยองค์การอนามัย เชื่อว่าเกิดจาก 2 สาเหตุ ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนดและการเจริญเติบโตช้าของทารกในครรภ์ โดยมีปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ปัจจัยทางมารดา ประกอบด้วยอายุน้อยกว่า 17 ปี หรือมากกว่า 35 ปี ตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ (อรพินท์ กอสนาน, 2556; ปุญญพัฒน์ ไชยเมลล์ และคณะ, 2560) เคยคลอดทารกน้ำหนักน้อยในครรภ์ก่อน

มีการเพิ่มของน้ำหนักหรือมีภาวะโภชนาการขณะตั้งครรภ์ไม่เหมาะสม ติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ หรือ มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ และการสูบบุหรี่ (รุ่งนภา รุ่งชอบ, นิตยา สีนสุกใส, วรรรณา พาหุพัฒนกร, และดิฐกานต์ บริบูรณ์ศิริยุทธ, 2558; วรรณญา เก้าเอียน, 2563) ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ความผิดปกติของทารกในครรภ์ทางโครงสร้าง และโครโมโซม (อรพินท์ กอสนาน, 2556) และปัจจัยด้านรก ได้แก่ รกมีขนาดเล็กกว่าปกติ รกเกาะต่ำ เนื่องจากรกเป็นต้น (Pillitteri, 2013; Cunningham, Levono, Bloom, Jeanne, 2014) ปัจจุบันโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ได้ดำเนินการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยจัดให้มีบริการอนามัยแม่และเด็กที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึง มีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย และได้รับการฝากครรภ์ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ และการดูแลเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ มีเป้าหมายเพื่อ “ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย” นำนโยบายด้านอนามัยแม่และเด็กสู่การปฏิบัติ ติดตาม กำกับ และประเมินผล ผลการดำเนินการในปี พ.ศ. 2561-2562 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น กล่าวคือ มาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 5-6 เดือน เนื่องจากต้องทำงานเพื่อหารายได้ และเป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซึ่งมีการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร อีกทั้งการสอนสุขศึกษาหรือโรงเรียนพ่อแม่จะสอนการปฏิบัติตัวทั่วไป ไม่เน้นในการป้องกันทารกน้ำหนักน้อย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2564) หรือฝึกทักษะที่จำเป็นเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ด้วยเหตุนี้อัตราการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจึงยังคงสูงถึง ร้อยละ 10.91 และ 9.92 ตามลำดับ ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กำหนดคือ ร้อยละ 7

ดังนั้นจึงมีการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในหญิงตั้งครรภ์

จากการศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ได้ใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้ และตระหนัก ตลอดจนพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา การแสวงหาและการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง (ปิยะพร กองเงิน และคณะ, 2559) การส่งเสริมสุขภาพ (จิตต์ระพี บุรณศักดิ์ และคณะ, 2563) จัดกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการแก้ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดความตระหนัก การโทรศัพท์ติดตามอาการ เป็นต้น ซึ่งสามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความตระหนักรู้ในตนเองของควาลล์และวิกแลนด์ (Duval & Wicklund, 1972) ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลมีความตระหนักรู้ในตนเอง จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวทางการเสริมสร้างพลังสุขภาพของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี (2552) ประกอบด้วย พลังสมอง (Head) พลังใจ (Heart) และพลังปฏิบัติ (Hand) เป็นการสร้างความแข็งแกร่งทางด้านสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อป้องกันการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บหรือปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรง และก่อให้เกิดสุขภาวะแก่บุคคลนั้น โดยการให้

ความรู้และข้อมูลที่ต้องการ การฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น เพื่อนำไปใช้ในการป้องกันทารกน้ำหนักน้อย ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และการสร้างพลังใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้คำปรึกษาทางไลน์ เพื่อเป็นแรงผลักดันหรือจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสามารถตัดสินใจและเลือกแนวทางปฏิบัติ เกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับตนเองได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยที่ถูกต้องเหมาะสม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

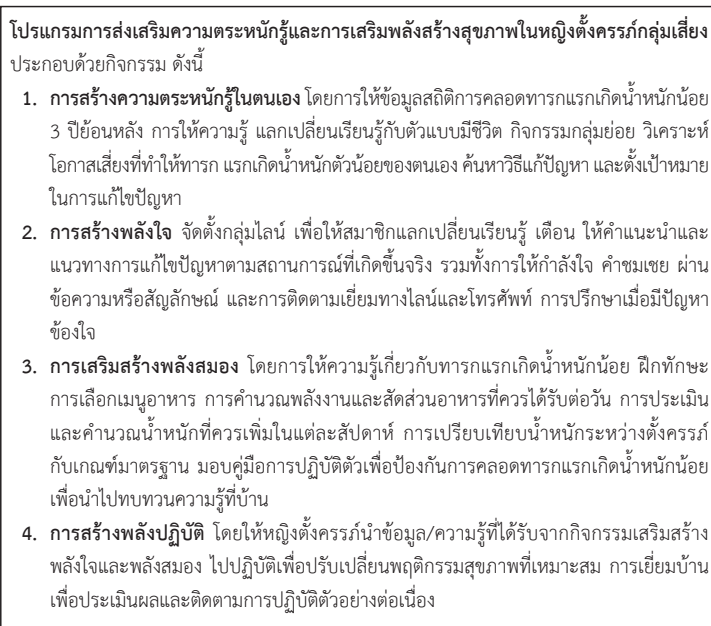
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความตระหนักรู้ในตนเองและการเสริมพลังสร้างสุขภาพในการป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยประยุกต์ทฤษฎีความตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness theory) ของดูวาลล์และวิกแลนด์ (Duval & Wicklund, 1972) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมพลังสร้างสุขภาพ (health empowerment) ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2552) ประกอบด้วย พลังสมอง (Head) พลังใจ (Heart) และพลังปฏิบัติ (Hand) (ดังภาพที่ 1)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ตั้งครรภ์เดี่ยว มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 16-28 สัปดาห์ ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ผ่านการรับรองเมื่อวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2564 (เลขที่รับรอง 7/2564) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการวิจัย ให้อ่านเอกสารชี้แจง การรักษา

ความลับของกลุ่มตัวอย่าง และ เซ็นยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

3.1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างคือ แบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ของกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี (กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี, 2557)

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความตระหนักรู้และการเสริมพลังสร้างสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีความตระหนักรู้ในตนเองของ Duval & Wicklund (1972) ร่วมกับแนวคิดการเสริมพลังสร้างสุขภาพ (Health Empowerment) ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2552) ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง การเสริมสร้างพลังสมอง การสร้างพลังใจ และการสร้างพลังปฏิบัติ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบปลายเปิด จำนวน 9 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดของ ปิยะพร กองเงิน และคณะ (2559) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ (1-4) มี 4 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้งปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวนทั้งหมด 37 ข้อ

การแปลผลคะแนน ใช้วิธีแบ่งแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ (Boom, 1971) ดังนี้ 1) ค่าเฉลี่ย 3.20-4.00 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยระดับมาก 2) ค่าเฉลี่ย 2.40-3.19 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยระดับปานกลาง 3) ค่าเฉลี่ย 1.00-2.39 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยระดับน้อย

#### 4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ คู่มือการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความตระหนักรู้และการเสริมพลังสร้างสุขภาพ คู่มือปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่พัฒนาขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมเกี่ยวกับรูปแบบ ระยะเวลา และกิจกรรมส่วนเครื่องมืออื่น ๆ ตรวจสอบครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับการวัดตัวแปร ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .99 ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .85

#### 5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ระยะ ได้แก่

5.1 ระยะก่อนทดลอง เตรียมสถานที่และผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ ผู้ช่วยวิจัย ตัวแบบมีชีวิต และกลุ่มตัวอย่าง โดยนัดพบกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง

1 สัปดาห์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอม

5.2 ระยะทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองพร้อมกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมร่วมกับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลกลุ่มเปรียบเทียบสลับกันไปสัปดาห์เว้นสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

5.2.1 กลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างความตระหนักรู้ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถิติและผลกระทบของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ชมวิดีโอทัศน์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตัวแบบมีชีวิตด้านลบ ทำกิจกรรมกลุ่มย่อย สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมเสริมสร้างพลังสมอง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย มอบคู่มือการปฏิบัติตัว ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเรื่องโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ โดยโภชนาการ สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมสร้างพลังใจ โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตัวแบบมีชีวิตด้านบวก สร้างกลุ่มไลน์การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือทางไลน์ส่วนตัว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 4, 5 และ 7 กิจกรรมสร้างพลังปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติในการดูแลตนเองที่บ้าน โดยมีครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือ/สนับสนุน และสมาชิกในกลุ่มไลน์กระตุ้นเตือน ชักชวนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ปัญหา/อุปสรรค และให้ความรู้เพิ่มเติมตามสภาพปัญหา

5.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ สัปดาห์ที่ 1 ชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมตามโปรแกรม และตอบแบบสอบถามก่อนทดลอง สัปดาห์ที่ 2-7 ได้รับการดูแลตาม

ปกติจากเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ตามนัดและปฏิบัติตัวตามกิจวัตรประจำวัน

5.3 ระยะเวลาหลังทดลอง สัปดาห์ที่ 8 ประเมินผลหลังการทดลอง ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยหลังการทดลอง ส่งเสริมและให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และปิดการวิจัย

6. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อย ภายใต้วงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired T-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า อายุเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใกล้เคียงกัน คือ 24.87 ปี และ 25.20 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.67 และ 30.00 ตามลำดับ จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 46.70 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 96.7 และ 90.00 ตามลำดับ ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 40.00 และ 56.70 ตามลำดับ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.70 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม มีรายได้ไม่เพียงพอ

ต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 70.00 และ 56.70 ตามลำดับ มาฝากครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 93.33 และ 63.33 อายุครรภ์ปัจจุบันอยู่ในช่วง 16-24 สัปดาห์ ร้อยละ 83.33 และ 63.33 ตามลำดับ ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 18.5-22.9 คิดเป็นร้อยละ 43.33 และ 40.00 และค่าฮีโมโกลบินกลุ่มทดลอง น้อยกว่า 12 g/dl ร้อยละ 53.33 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในช่วง 12-15 g/dl ร้อยละ 63.33 ค่าฮีมาโตคริตมากกว่าหรือเท่ากับ 33% ร้อยละ 96.67 และ 90.00 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มมีความตั้งใจในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ร้อยละ 56.70 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 90.00 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ภายใต้วงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ( $M = 2.82, SD = .33; M = 3.62, SD = .12$  ตามลำดับ) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง แต่อยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม ( $M = 2.87, SD = .30; M = 3.07, SD = .18$  ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง (n = 30)			หลังการทดลอง (n = 30)			Paired t-test	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	2.82	.33	ปานกลาง	3.67	.12	มาก	-14.826	.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.87	.30	ปานกลาง	3.07	.18	ปานกลาง	-4.825	.000

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม และแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ดังตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)			Independent t-test	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนการทดลอง	2.82	.33	ปานกลาง	2.87	.30	ปานกลาง	-.655	.515
หลังการทดลอง	3.67	.12	มาก	3.07	.18	ปานกลาง	18.908	.000

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้เนื่องจาก หญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความตระหนักรู้ในตนเองและการเสริมพลังสร้างสุขภาพหรือพลังอำนาจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยนำแนวคิดความตระหนักรู้ของคูวาลล์ และวิกคลินด์ (Duval & Wicklund, 1972) ที่อธิบายว่า ความตระหนักรู้ในตนเองเป็นการรู้จักและเข้าใจตนเอง โดยการสำรวจภายในตนเอง ทำให้เข้าใจตนเองทั้งความนึกคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งการที่บุคคลเน้นให้ความสนใจตนเองโดยตรงจะช่วยในการประเมินตนเองเปรียบเทียบกับมาตรฐานหรือพฤติกรรมที่ถูกต้อง จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐาน เกิดการพัฒนาตนเองและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อเกิดความตระหนักรู้ในตนเอง และแนวคิดการเสริมพลังสุขภาพของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (2552) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เชื่อว่า บุคคลมีความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลตระหนักในความสามารถของตน โดยสามารถถึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ พลังใจ (Heart) พลังสมอง (Head) และพลังปฏิบัติ (Hand) ผู้วิจัยได้สร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ โดยให้ความรู้และให้ชมวิดิทัศน์เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อย ผลกระทบของการคลอดทารกน้ำหนักร้อยเปรียบเทียบกับสถิติของการคลอดทารกน้ำหนักร้อยย้อนหลัง 3 ปีที่ผ่านมา และให้ตัวแบบมีชีวิตด้านลบ คือมารดาที่ผ่านการคลอดทารกน้ำหนักร้อยใน 3 เดือนที่ผ่านมา และทารกมีปัญหาระบบทางเดินหายใจ

ต้องนอนโรงพยาบาลในห้องผู้ป่วยวิกฤตเป็นเวลานาน 1 เดือน มาเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งให้วิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยของตนเอง ทำให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าใจสภาพการณ์ที่เป็นจริงของตนเอง รับรู้ผลกระทบของการคลอดทารกน้ำหนักร้อย ตระหนักว่าเป็นหน้าที่ของตนเองที่จะต้องปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักร้อย เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีการค้นพบโอกาสเสี่ยงในการคลอดทารกน้ำหนักร้อยจากสถานการณ์จริงของตนเองแล้ว ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังสมอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางในการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักร้อย พฤติกรรม ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด เน้นเกี่ยวกับโภชนาการ โดยเชิญ โภชนากร มาบรรยาย และฝึกปฏิบัติการคำนวณพลังงาน และสัดส่วนอาหารที่ควรได้รับต่อวัน การจัดเมนูอาหาร การคำนวณดัชนีมวลกายของตนเอง และการบันทึกกราฟโภชนาการลงในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก การคำนวณน้ำหนักร้อยที่ควรเพิ่มในแต่ละสัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักในความสามารถของตนเอง เกิดความมั่นใจในความรู้และความสามารถของตนมากขึ้น และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักร้อยได้ และมอบคู่มือการป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อย เป็นการสร้างความตระหนักในการพัฒนาตนเอง และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้ข้อมูล/ความรู้เพิ่มเติมทางไลน์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเกิดการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ได้สร้างพลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบมารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อยและสามารถป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักร้อย

น้อยได้ ทำให้น้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ ทำให้เกิดการยอมรับได้ง่ายและมีความกลัวไม่ยากให้เกิดเหตุการณ์นั้นกับตนเอง และเห็นผลดีของการป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และมีการจัดตั้งกลุ่มไลน์ชื่อ “ลูกน้ำหนักน้อยป้องกันได้” เพื่อใช้สื่อสารให้ข้อมูลต่าง ๆ เช่น เมนูอาหารประจำวัน วิธีการออกกำลังกาย วิธีการลดความเครียด ในรูปเอกสารแผ่นพับหรือวีดิทัศน์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามปัญหาสุขภาพและอาการผิดปกติต่าง ๆ โดยผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันนำเสนอแนวทางแก้ไข ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และให้แรงเสริมซึ่งกันและกัน ทำให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงรับรู้ถึงการเอาใจใส่ มีผู้ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาก่อนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการทาน้ำหนักน้อย โดยการเยี่ยมบ้าน ประเมินการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพจากการสอบถามและการสังเกต โดยผู้วิจัยให้ความรู้/คำแนะนำเพิ่มเติมตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง และครอบครัวหรือตามปัญหาที่พบ ซึ่งวิธีการเหล่านี้สามารถเพิ่มความรู้อ การรับรู้ และการตระหนักรู้มากยิ่งขึ้นนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม โดยพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นในแต่ละสัปดาห์เป็นไปตามเกณฑ์ ในรายที่พบว่า พฤติกรรมด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกายไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ชอบอาหารหมักดองไม่รับประทานผักและผลไม้ เป็นต้น ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เพิ่มเติมตามสถานการณ์จริงของแต่ละราย เน้นย้ำถึงความสำคัญของโภชนาการขณะตั้งครรภ์ที่มีต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย พร้อมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจ หรือคอยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน

ทารกน้ำหนักน้อย เช่น ชวนออกกำลังกาย เตือนให้รับประทานยาบำรุงครรภ์ จัดหาอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เป็นต้น

อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองยังได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่หน่วยฝากครรภ์ ได้รับคำแนะนำและการสอนเป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับการมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ 2 ครั้งขึ้นไปถึงร้อยละ 66.7 จึงได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ซ้ำ ๆ กัน หลายครั้งเกิดการรับรู้ที่ดียิ่งขึ้น เมื่อมีการรับรู้ตนเองสูงก็ทำให้ความตระหนักรู้ดีขึ้น หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงหรือปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยได้ ผลการศึกษาจึงพบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพสุดา น้อยแมน (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมของสามจังหวัดชายแดนใต้ ผลการวิจัย พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพแผนกฝากครรภ์เพียงอย่างเดียว กิจกรรมที่ได้รับเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ร่วมกับการมีประสบการณ์การตั้งครรภ์มาแล้ว 2 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 53.3 และมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 25-28 สัปดาห์ (ไตรมาส 3) เป็น 2 เท่าของกลุ่มทดลอง ทำให้ได้รับความรู้คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการปฏิบัติทุกสัปดาห์ ร่วมกับมีความตั้งใจในการมีบุตรร้อยละ 56.70 ทำให้มีการดูแลเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี ดังนั้นผลการศึกษา จึงพบว่า

กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหลังทดลองสูงกว่า ก่อนทดลองและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่าง กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ย ของกลุ่มเปรียบเทียบต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการ ส่งเสริมความตระหนักรู้และการเสริมพลังสร้างสุขภาพ ไม่มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและ ประสบการณ์ระหว่างสมาชิกและตัวแบบ ไม่ได้ฝึกทักษะ ต่าง ๆ เช่น การคำนวณพลังงานและสัดส่วนอาหารที่ ควรได้รับต่อวัน การจัดเมนูอาหารที่ควรรับประทานใน แต่ละวันให้เหมาะสม และการคำนวณน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น แต่ละสัปดาห์ เป็นต้น อีกทั้งไม่มีแรงจูงใจหรือแรงผลักดัน ที่จะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารก แรกเกิดน้ำหนักน้อย เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ มารดาหลังคลอดที่เคยมีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดทารก น้ำหนักน้อยในช่วงตั้งครรภ์ การให้กำลังใจ ชมเชย เป็นต้น ด้วยเหตุผลดังกล่าว หลังการทดลอง กลุ่มทดลองจึงมี คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับ การศึกษาของ ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา และกาญจนา สมบัติศิริพันธ์ (2559) ที่พบว่า หลังได้ รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด กลุ่มทดลองมี พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการคลอด ก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีจำนวนการคลอดก่อนกำหนดและคลอดทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมการส่งเสริมความตระหนักรู้ และการเสริมพลังสร้างสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับหญิง ตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย โดย จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากร สาธารณสุขที่รับผิดชอบในงานอนามัยแม่และเด็ก พร้อมทั้ง แจกคู่มือการใช้โปรแกรม
2. ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำคลินิก ฝากครรภ์ หรือคณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล นำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการวางแผนจัดบริการหรือส่งเสริม สุขภาพทางด้านโภชนาการ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมการทางกาย และการจัดการความเครียด แก่ หญิงตั้งครรภ์ทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง หรือประยุกต์ในการ เรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อป้องกัน การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในหญิงตั้งครรภ์

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่ม เสี่ยงหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความตระหนักรู้ และการเสริมพลังสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนถึง ระยะเวลาคลอด เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม จาก ผลลัพธ์ของน้ำหนักทารกแรกคลอด
2. จากการศึกษาพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น สูงถึง ร้อยละ 20 ดังนั้นควรมีการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่น เนื่องจากพบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีจำนวนมากขึ้น ทุกปี และมีความต้องการด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในตัวเอง เพื่อให้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ตลอดการตั้งครรภ์
3. จากการศึกษาและการเยี่ยมบ้านพบว่า หญิง ตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นต่อสัปดาห์ต่ำกว่า เกณฑ์สูงถึงร้อยละ 41.67 จึงควรมีการพัฒนาโปรแกรม โดยเฉพาะด้านโภชนาการ เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม น้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์ เพื่อ ป้องกันการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- กรมรี แพงดี. (2558). การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย โรงพยาบาลศรีสงคราม. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 3(1), 28-37.
- กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง. (2563). *สรุปผลการดำเนินงานกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง*. อุดรธานี: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง.
- กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี. (2558). *คู่มือแนวทางการบริหารจัดการปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยแบบมืออาชีพ*. อุบลราชธานี: ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี.
- กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงาน Service Plan สาขาแม่และเด็ก*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2552). Empowerment กับการเสริมพลังสร้างสุขภาพ. *นิตยสารหมอชาวบ้าน*, 368. สืบค้นจาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/10287>.
- จิตต์ระพี บุรณศักดิ์, พุทธิภรณ์ หังสวนัส, วิไล ไรวา, ฤดี ปุ๋งบางกะดี, และนัยนา แซดกิง. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(2), 434-442.
- ทิพสุดา น้อยแมน. (2554). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมลล์, สมเกียรติยศ วรเดช, ภาณุมาศ พิกุล, อนุชิต ชุมคง, สุทธิพงษ์ รักเล่ง, และพีรวัฒน์ มุขทาร์ตัน. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกคลอด อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(3), 517-524.
- ปิยะพร กองเงิน, วิไลลักษณ์ วงศ์อาษา, และกาญจนา สมบัติศิรินันท์. (2559). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวนของการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(3), 67-82.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2564). ฐานข้อมูล HDC ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม. สืบค้นจาก <https://udn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- สุนทร อ้อเผ่าพันธ์. (2558). *Newborn*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
- รุ่งนภา รุ่งชอบ, นิตยา สีนสุกใส, วรณา พาหุวัฒน์กร, และดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2558). ปัจจัยทำนายการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 33(3), 18-29.
- วรัณญา แก้วเอี่ยม. (2563). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่มีผลต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการแพทย์เขต* 11, 34(3), 63-72.
- วราภรณ์ แสงทวิสิน, ศุภวัชร บุญกษิต์เดช, วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล, และสุนทร อ้อเผ่าพันธ์. (2557). *ทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm)*. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.

- อรพินท์ กอสนาน. (2556). ผลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว. ฉะเชิงเทรา. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30(4), 287-299.
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L. ... and Jeanne, S. (2014). *Williams obstetrics* (24th ed.). New York: McGraw Hill Education.
- Duval, T.S. & Wicklund, R.A. (1982). *A theory of objective self-awareness*. New York: Academic
- Mathewson, K., Schmidt, L., & Van, L.R. (2017). Extremely low birth weight babies at higher risk of mental health problems. *Midwives*, 20(2), 38-39.
- Pillitteri, A. (2013). *Maternal and Child Health Nursing: Care of the childbearing and childrearing family* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- United Nations Children's Fund and World Health Organization. (2019). *UNICEF-WHO Low birth weight estimates: Levels and trends 2000-2015*. Geneva: Switzerland.



การศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์  
ของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัด  
ในประเทศไทย

**A Study of Knowledge, Attitude, and Evidence-based Practice of  
Physical Therapists After Postgraduate Physical Therapy Program  
in Thailand**

วิธวิทย์ วิริยะสกุลพันธ์ุ, วท.บ., Witawit Wiriyasakunphan, B.S.<sup>1</sup>

มัญญา วงศ์ศรีนวรรตน์, ปร.ด., Mantana Vongsirinavara, Ph.D.<sup>2</sup>

ไชยยงค์ จรกฤ, ปร.ด., Chaiyong Jorrakate, Ph.D.<sup>3</sup>

ปานดา เตชทรัพย์อมร, ปร.ด., Panada Taechasubamorn, Ph.D.<sup>4</sup>

ปริญญา เลิศสินไทย, ปร.ด., Parinya Lertsinthai, Ph.D.<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร,  
จังหวัดพิษณุโลก

*Master of Science program in Physical Therapy, Faculty of Allied health sciences,  
Naresuan University, Phitsanulok*

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์ ดร., คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา จังหวัดนครปฐม  
*Associate Professor, Ph.D., Faculty of Physical Therapy, Mahidol University, Salaya,  
Nakhon Pathom*

<sup>3</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
จังหวัดพิษณุโลก  
*Assistant Professor, Ph.D., Department of Physical therapy, Faculty of Allied health sciences,  
Naresuan University, Phitsanulok*

<sup>4</sup>รองศาสตราจารย์ ดร., ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก  
*Associate Professor, Ph.D., Department of Physical therapy, Faculty of Allied health sciences,  
Naresuan University, Phitsanulok*

*\*Corresponding Author Email: Parinyal@nu.ac.th*

Received: December 14, 2021

Revised: May 1, 2022

Accepted: June 22, 2022

## บทคัดย่อ

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) มีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการรักษารักษาผู้ป่วยในทางกายภาพบำบัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สำรวจระดับความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรม (KAP) เกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวของนักกายภาพบำบัดที่ผ่านการเรียนการสอนและการปฏิบัติตาม EBP จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัด ในประเทศไทย และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP โดยสำรวจความคิดเห็นด้วยแบบสอบถามผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 215 คน มีผู้ตอบกลับจำนวน 82 คน (อัตราตอบกลับ 38.14%) รายงานผลการตอบกลับด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนและสถิติไคสแควร์ใช้ทดสอบค่าความสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่านักกายภาพบำบัดมีระดับความรู้ระดับทศนคติอยู่ในระดับดีมาก และระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตาม EBP อยู่ในระดับบ่อยมาก ระดับความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกทั้งระดับทศนคติ (ระดับปานกลาง,  $r_s = 0.724$ ,  $p < 0.001$ ) และ ระดับพฤติกรรม (ระดับต่ำ,  $r_s = 0.454$ ,  $p < 0.001$ ) ระดับทศนคติพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับระดับพฤติกรรมตาม EBP ( $r_s = 0.749$ ,  $p < 0.001$ ) และพบว่าคุณลักษณะบุคคลและการทำงาน (ได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะการทำงาน จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน) มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ระดับทศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP ของนักกายภาพบำบัดที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัด (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2562) ในประเทศไทย ดังนั้นการบรรจุรายวิชาการปฏิบัติตาม EBP ในหลักสูตรแกนของระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดจึงมีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการรักษารักษาผู้ป่วยในระบบการศึกษาทางกายภาพบำบัด

**คำสำคัญ:** การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ กายภาพบำบัด หลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา การสำรวจ

## Abstract

The use of evidence-based practice (EBP) is an important component to improve the quality of treatment in physical therapy. This study aimed to: 1. explore the level of knowledge, attitude, and practice (KAP) of EBP and to identify the relationship between these variables among Thai physical therapists after completing a postgraduate physical therapy programme in Thailand; and 2. to study the associations between personal-work characteristics and the level of knowledge, attitude, and practice of EBP. An online questionnaire was used to obtain information from the samples of 215 physical therapists. Completed questionnaires were returned by 82 physical therapists (response rate of 38.14%). Descriptive statistics were used to report the responses. Spearman's rank correlation statistic and Chi-Square test were used to determine the association. The results indicate that the physical therapists' levels of knowledge, attitude, and practice of EBP were good,

excellent, and excellent, respectively. Knowledge had a significantly positive correlation with both attitude (moderate level,  $rs=0.724$ ,  $p < 0.001$ ) and practice of EBP (low level,  $rs=0.454$ ,  $p < 0.001$ ). Attitude had a significant moderate positive correlation with practice of EBP ( $rs=0.749$ ,  $p < 0.001$ ). The personal-work characteristics, such as degree of education, workplace, and average number patients per day, were significantly correlated with the level of knowledge, attitude, and practice of EBP among physical therapists after completing a postgraduate physical therapy programme (from 2002 to 2019) in Thailand. Therefore, embedding EBP education coursework in the core curriculum for postgraduate physical therapy programme is an important component to improve the quality of treatment in the physical therapy educational system.

**Keywords:** Evidence-based practice, Physiotherapy, Postgraduate program, Surveys

## บทนำ

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice; EBP) เป็นกระบวนการตัดสินใจวิธีการรักษาหรือดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยพิจารณาจากหลักฐานที่ดีที่สุดซึ่งมีความชัดเจนและมีเหตุมีผลที่มีอยู่ในขณะนั้นอย่างรอบคอบ โดยวิชาชีพกายภาพบำบัดเริ่มนำ EBP มาใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นมา (Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2000) รวมถึงสมาพันธ์กายภาพบำบัดโลก (World Confederation for Physical Therapy, WCPT) ได้แนะนำให้มีการเพิ่มเนื้อหา EBP ในหลักสูตรกายภาพบำบัด (World Confederation for Physical Therapy, 2011) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การปฏิบัติจริงอาจไม่ได้มีการนำความรู้ของ EBP มาใช้ในการตัดสินใจทางคลินิกตามความคาดหวัง เช่นการศึกษาของ Manns และคณะ (2015) ศึกษาพฤติกรรมการใช้การปฏิบัติตาม EBP เพื่อการตัดสินใจทางคลินิกของนักกายภาพบำบัด (Physical therapist, PT) ในประเทศแคนาดา พบว่า PT ไม่ได้ นำความรู้ที่ได้รับมาประยุกต์ใช้จริงในการตัดสินใจทางคลินิก

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำ EBP ไปใช้ในการตัดสินใจทางคลินิกสามารถอธิบายได้จากทฤษฎีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ (Knowledge Attitude and Practices; KAP) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้รับสาร โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงจาก 3 ตัวแปรที่สำคัญในลักษณะต่อเนื่อง คือ เมื่อผู้รับสารได้รับสารจะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นสุดท้ายคือก่อให้เกิดการปฏิบัติจริง (Sota, 2011)

โดยในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาใดที่ทำการศึกษาถึงผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติตาม EBP ของ PT ที่ผ่านการเรียนการสอนและการปฏิบัติตาม EBP จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทย ที่มีการบรรจุการสอนรายวิชาการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในหลักสูตรและรายวิชาสถิติตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัด (Office of The Higher Education Commission, n.d.) ซึ่งคาดหวังว่า PT ที่ผ่านการเรียนการสอนในรายวิชาจะมีความรู้มากกว่า PT ที่จบการศึกษาจากระดับปริญญาตรี และสามารถนำไปปฏิบัติใช้ทางคลินิกได้ดีขึ้นภายหลังสำเร็จรายวิชา

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวของ PT ที่ผ่านการเรียนการสอนและการปฏิบัติตาม EBP จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัด ในประเทศไทย

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลคุณลักษณะบุคคลกับระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรม เกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP

## ประโยชน์ของการศึกษานี้

1. ทราบถึงระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับพฤติกรรมและความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตาม EBP ของ PT ที่ผ่านการเรียนการสอนและการปฏิบัติตาม EBP ในประเทศไทย

2. ทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบันในการนำการปฏิบัติตาม EBP มาใช้ทางคลินิกของ PT ระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทย

3. การสะท้อนข้อมูลแก่สถาบันที่มีหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาสาขากายภาพบำบัดให้เห็นความสำคัญในการส่งเสริมให้นักศึกษานำการปฏิบัติตาม EBP มาใช้ทางคลินิกมากขึ้น

## สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP ของ PT ที่ผ่านการเรียนและการปฏิบัติตาม EBP จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา อยู่ระดับปานกลาง-ดี ปฏิบัติบางครั้ง และตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก

2. มีความสัมพันธ์กันระหว่างข้อมูลคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP

## วิธีดำเนินการวิจัย

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Cross-sectional study ประชากร คือ PT ที่ผ่านการเรียนการสอนและการปฏิบัติตาม EBP จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัด ในประเทศไทย จาก 7 สถาบัน ระหว่างปีการศึกษา พ.ศ. 2548 ถึง 2562 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดมาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปีหลังจากสำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา และ 2) มีใบประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดที่มีอายุใช้งานได้ในปัจจุบัน และเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ผู้ตอบแบบสอบถามที่สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดจากสถาบันต่างประเทศ 2) ผู้ตอบแบบสอบถามที่ประกอบวิชาชีพอื่นซึ่งไม่ใช่วิชาชีพกายภาพบำบัด นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลการตอบกลับส่วนคุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามเพื่อคัดแบบสอบถามที่ตอบซ้ำออกให้เหลือเพียงชุดเดียว

จากการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตจากฐานข้อมูลระบบงานทะเบียนนิสิตของแต่ละมหาวิทยาลัย และการสอบถามจากประธานหลักสูตรและผู้เกี่ยวข้องในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชากายภาพบำบัด ในแต่ละมหาวิทยาลัย ด้วยวิธีการสอบถามทางวาจา การส่งเอกสารสอบถาม และทางอีเมล ได้ข้อมูลจำนวน PT ที่สำเร็จระดับปริญญาโทและปริญญาเอกในประเทศไทย รวม 393 คน (สืบค้นถึงวันที่ 2 มิถุนายน 2563) การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Cochran (1963) ในการคำนวณ Finite population correction (Israel, 1992) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังสมการ

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{(n_o - 1)}{N}}$$

เมื่อ $n$ หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (Sample size, คน)	(Proportional sampling) ตามสัดส่วนของ PT ที่ผ่านการเรียนการสอนและการปฏิบัติตาม EBP จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโท (วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) และปริญญาเอก (ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต) สาขากายภาพบำบัด ในประเทศไทยจากแต่ละมหาวิทยาลัย การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่โครงการ P10137/63 เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 (ดังตารางที่ 1)
$n_0$ หมายถึง	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากสูตร Cochran's master formula (385 คน)	
$N$ หมายถึง	จำนวนประชากร (393 คน) คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 195 คน และพิจารณาเพิ่มร้อยละ 10 (กรณีข้อมูลการตอบกลับไม่ครบถ้วน) จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 215 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน	

**ตารางที่ 1** การสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนของ 7 สถาบันอุดมศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชากายภาพบำบัด

สถาบันอุดมศึกษา <sup>1</sup>	จำนวนนักกายภาพบำบัดระดับปริญญาโท และปริญญาเอก	ร้อยละต่อจำนวนประชากร	จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ
1. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	50	13	28
2. มหาวิทยาลัยนเรศวร	13	3	6
3. มหาวิทยาลัยมหิดล	196	50	106
4. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	1	0.2	1
5. มหาวิทยาลัยขอนแก่น	103	26	55
6. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	19	4.8	10
7. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	11	3	6
รวม	393	100	215

**หมายเหตุ**

<sup>1</sup>หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด (คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์)

หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชากายภาพบำบัด (คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ)

## 2. เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามออนไลน์ผ่านกูเกิ้ลฟอร์ม (Google Form) โดยแบบสอบถามนี้ถูกพัฒนาขึ้นจากการอ้างอิงการศึกษาของหน้าของ Jette และคณะ (2003) และการศึกษาของ Alrowayeh, Buabbas, Alshatti, AlSaleh, and Abulhasan (2019) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 15 ข้อ (เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถาบันที่สำเร็จการศึกษา) ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตาม EBP ส่วนที่ 2.1 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP จำนวน 10 ข้อ (10 คะแนน) คำถามปลายปิดประกอบด้วยคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการใช้การปฏิบัติตาม EBP คำถามที่ใช้เป็นข้อสอบปรนัยแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก โดยมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 10 ส่วนที่ 2.2 ทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP จำนวน 8 ข้อ คำตอบของแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ระดับตาม Likert rating scale ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8 ถึง 40 ส่วนที่ 2.3 พฤติกรรมการปฏิบัติตาม EBP จำนวน 6 ข้อ คำตอบของแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ระดับตาม Likert rating scale ได้แก่ บ่อยครั้ง (5 คะแนน) บ่อย (4 คะแนน) บางครั้ง (3 คะแนน) ไม่บ่อย (2 คะแนน) ไม่เคย (1 คะแนน) ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6 ถึง 30

ดำเนินการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) (Moolsin, 2012) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านกายภาพบำบัด 5 ท่าน แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้อเท่ากับ 0.6 ถึง 1 และทำการทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามใน PT ที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยทดสอบแบบสอบถามในนักศึกษากายภาพบำบัดชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการเรียนหัวข้อการ

ปฏิบัติตาม EBP และผ่านการฝึกปฏิบัติงานทางคลินิก จำนวน 15 คน และ PT ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีที่เคยได้รับการอบรมการปฏิบัติตาม EBP จำนวน 15 คน ทำการทดสอบ 2 ครั้ง โดยมีระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ แล้วจึงวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) (Moolsin, 2012) 1) การทดสอบความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายในแบบสอบถามส่วนความรู้มีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Cohen's kappa coefficient จำนวน 30 คน เท่ากับ 0.82 และส่วนทัศนคติและส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติตาม EBP มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค จำนวน 30 คน เท่ากับ 0.98 และ 0.97 ตามลำดับ 2) การทดสอบความเชื่อมั่นความคงที่ส่วนของความรู้ ส่วนทัศนคติ และส่วนพฤติกรรมการปฏิบัติตาม EBP มีค่าความสัมพันธ์แบบ Pearson correlation ระหว่างครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 จำนวน 30 คนเท่ากับ 0.95, 0.98 และ 0.97 ตามลำดับ

## 3. การแปลผลระดับคะแนน

การแปลผลระดับคะแนนความรู้และระดับทัศนคติ โดยอ้างอิงช่วงร้อยละของคะแนนจากการศึกษาของ Joseph (2011) มีเกณฑ์ระดับคะแนน 4 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับดีมาก คือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนน 2) ระดับดี คือ ร้อยละ 79-60 ของคะแนน 3) ระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 59-50 ของคะแนน และ 4) ระดับน้อย คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 49 ของคะแนนรวม

ในส่วนของระดับคะแนนพฤติกรรมมีเกณฑ์ระดับคะแนน ดังนี้ 1) ระดับบ่อยมาก คือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนน 2) ระดับบ่อย คือ ร้อยละ 79-60 ของคะแนน 3) ระดับบางครั้ง คือ ร้อยละ 59-50 ของคะแนน และ 4) ระดับไม่บ่อย คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 49 ของคะแนนรวม

## 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ดำเนินการวิจัยจัดส่งแบบสอบถาม Google Form ให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านทางช่องทางอินเทอร์เน็ต

เช่น เฟสบุ๊ก ไลน์ และอีเมล เป็นต้น ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยและกดยืนยันส่งคำตอบโดยผู้วิจัยมีการกระตุ้นผ่านการประชาสัมพันธ์ตามทางช่องทางอินเทอร์เน็ตและติดตามผลการตอบแบบสอบถามในทุก ๆ 2 สัปดาห์ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล คือตั้งแต่ พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามกลับทั้งหมด 83 คน และมีผู้ตอบแบบสอบถามที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์จำนวน 1 คน ดังนั้นมี PT ตอบกลับแบบสอบถามสมบูรณ์ทั้งสิ้น 82 คน คิดเป็นร้อยละ 38.14 ของกลุ่มตัวอย่าง

### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม รายงานด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ใช้สถิติ Spearman's rank correlation วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตาม EBP การแปลผลค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพื่อแสดงทิศทางและระดับความสัมพันธ์ ใช้เกณฑ์ของ Hinkle (1998) โดยค่าความสัมพันธ์ระดับสูงมาก เท่ากับ 0.90-1.00 ระดับสูง เท่ากับ 0.70-0.89 ระดับปานกลาง เท่ากับ 0.50-0.69 ระดับต่ำ เท่ากับ 0.30-0.49 และระดับต่ำมาก เท่ากับ 0.00-0.29 และใช้สถิติ Chi-square วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรม โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS version 17.0

### ผลการวิจัย

#### 1. คุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากข้อมูลพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามจากทั้ง 7 มหาวิทยาลัย จำนวน 82 คน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม (n=82)

คุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม (n=82)	จำนวนคน (ร้อยละ)
1. เพศ	
หญิง	62 (75.61)
ชาย	20 (24.39)
2. อายุ	
21-30 ปี	39 (47.56)
31-40 ปี	40 (48.78)
41-50 ปี	3 (3.66)
3. ระดับการศึกษาสูงสุด	
ปริญญาโท	64 (78.05)
ปริญญาเอก	18 (21.95)
4. สถาบันอุดมศึกษา	
มหาวิทยาลัยมหิดล	51 (62.19)
มหาวิทยาลัยนเรศวร	14 (17.07)
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	9 (10.98)
มหาวิทยาลัยอื่น ๆ (จำนวน 4 แห่ง, มหาวิทยาลัยละ 2 คน)	8 (9.76)

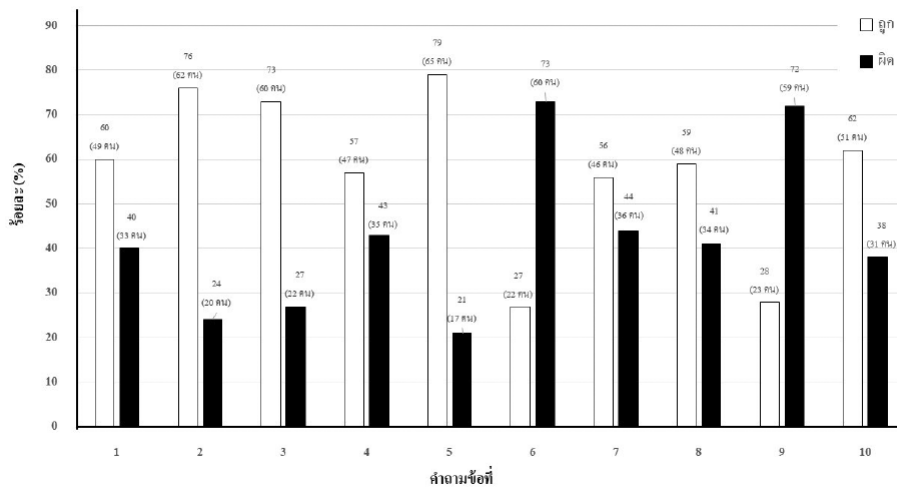
ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม (n=82)	จำนวนคน (ร้อยละ)
5. เคยเรียน EBP ในระดับบัณฑิตศึกษา	
เคย	82 (100)
6. รูปแบบการเรียน EBP ในระดับบัณฑิตศึกษา	
การสัมมนา	18 (21.95)
การบรรยาย	16 (19.51)
การทำวิทยานิพนธ์	31 (37.81)
อื่น ๆ	17 (20.73)
7. ระยะเวลาในการประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด	
น้อยกว่า 5 ปี	49 (59.76)
5-10 ปี	28 (34.15)
11-15 ปี	5 (6.09)
8. ประเภทของสถานที่ทำงาน	
สถานพยาบาลภาครัฐ	32 (39.02)
สถานพยาบาลภาคเอกชน	11 (13.41)
มหาวิทยาลัย	29 (35.37)
บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	10 (12.20)
9. จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน	
น้อยกว่า 5 คน/วัน	36 (43.91)
5-10 คน/วัน	32 (39.01)
มากกว่า 10 คน/วัน	14 (17.08)
10. ลักษณะการทำงาน	
การรักษาผู้ป่วย	42 (51.22)
การทำงานวิจัย	12 (14.63)
การสอน	28 (34.15)
11. อาจารย์พิเศษทางคลินิก	
ใช่	30 (36.59)
ไม่ใช่	52 (63.41)

## 2. ระดับความรู้ของนักรายภาพบำบัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความรู้อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 47.56, 39 คน) รองลงมาคือระดับน้อย (ร้อยละ 25.61, 21 คน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 20.73, 17 คน) และระดับดีมาก (ร้อยละ 6.10, 5 คน) ตามลำดับ โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเท่ากับ  $5.62 \pm 1.45$

(ค่าสูงสุด 8, ค่าต่ำสุด 3) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน โดยมีคำถามข้อที่ 6 และ ข้อที่ 9 ที่มีร้อยละผู้ที่ตอบผิดมากกว่าผู้ที่ตอบถูก โดยคำถามข้อที่ 6 สอบถามเกี่ยวกับการประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัย และข้อที่ 9 สอบถามเกี่ยวกับการแปลผลงานวิจัย ส่วนข้ออื่น ๆ นั้น ผู้ตอบแบบสอบถามมีร้อยละผู้ตอบถูกมากกว่าผู้ที่ตอบผิด (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 สัดส่วนผู้ตอบคำถามส่วนความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) จากคำถามจำนวน 10 ข้อ

หมายเหตุ: ข้อที่ 1-3 สอบถามเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติตาม EBP

ข้อที่ 4-5 สอบถามเกี่ยวกับฐานข้อมูลและการสืบค้นงานวิจัย

ข้อที่ 6-7 สอบถามเกี่ยวกับการประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ข้อที่ 8-9 สอบถามเกี่ยวกับการแปลผลงานวิจัย

ข้อ 10 สอบถามขั้นตอนประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติตาม EBP

### 3. ระดับทัศนคติของนักร่างกายภาพบำบัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 54.88, 45 คน) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 32.93, 27 คน) และทัศนคติอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 12.19, 10 คน) โดยที่ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถามได้คะแนนในระดับน้อย และไม่มีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP เฉลี่ยเท่ากับ  $30.71 \pm 4.54$  (ค่าสูงสุด 40, ค่าต่ำสุด 19) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน

### 4. ระดับพฤติกรรมของนักร่างกายภาพบำบัดเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP อยู่ในระดับบ่อยมาก (ร้อยละ 53.67, 44 คน) รองลงมาคือระดับบ่อย (ร้อยละ 30.48, 25 คน) นอกจากนี้มีผู้ตอบกลับร้อยละ 15.85 มีระดับพฤติกรรมระดับบางครั้ง (13 คน) และไม่มีผู้ตอบแบบสอบถามได้คะแนนในระดับไม่บ่อย โดยมีคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP เฉลี่ยเท่ากับ  $23.29 \pm 3.19$  (ค่าสูงสุด 30, ค่าต่ำสุด 18) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

### 5. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักร่างกายภาพบำบัด

ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตาม EBP ของ PT พบว่าระดับความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวก (Positive correlation) กับระดับทัศนคติในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = 0.724, p < 0.001$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = 0.454, p < 0.001$ ) และพบว่าระดับทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = 0.749, p < 0.001$ )

### 6. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของนักร่างกายภาพบำบัด

ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP ของ PT โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้ตอบกับระดับความรู้เกี่ยวกับ EBP พบเฉพาะระดับการศึกษา [ $\chi^2 (1 \text{ df}, N = 82) = 3.83, p = 0.049$ ] และลักษณะการทำงาน [ $\chi^2 (1 \text{ df}, N = 82) = 7.24, p = 0.027$ ] มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้อย่างมีนัยสำคัญ จากข้อมูลจำนวนคนของระดับความรู้เกี่ยวกับ EBP พบว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทมีจำนวนคนที่มีความรู้ดี-ดีมาก จำนวนสูงกว่าจำนวนคนของผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก และผู้ตอบแบบสอบถามที่มีลักษณะการทำงานส่วนใหญ่เป็นการสอนจะมีจำนวนคนที่มีความรู้ดี-ดีมากสูงที่สุด รองลงมาคือผู้ที่มีลักษณะการทำงานเป็นการรักษาและการทำวิจัย ตามลำดับ (ตารางที่ 3) คุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP พบว่า จำนวนผู้ป่วย โดยเฉลี่ยต่อวันและระดับทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP [ $\chi^2 (2 \text{ df}, N = 82) = 6.53, p = 0.038$ ] และลักษณะการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถามและระดับทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP [ $\chi^2 (2 \text{ df}, N = 82) = 9.73, p = 0.008$ ] มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย PT ที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันจำนวนน้อยจะมีระดับทัศนคติดีกว่า PT ที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก นอกจากนี้ผู้ที่มีลักษณะการทำงานเป็นการสอนจะมีระดับทัศนคติดีกว่าผู้ที่มีลักษณะการทำงานเป็นการรักษาและการทำวิจัย (ตารางที่ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามกับระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP พบว่าจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันมี

ความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ [ $\chi^2$  (2 df, N = 82) = 6.27, p = 0.044] โดย PT ที่มีจำนวนผู้ป่วย (ดังตารางที่ 3) ต่อวันน้อยจะมีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP บ่อยกว่า PT ที่มีจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันมาก

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละของระดับความรู้ ระดับทัศนคติ ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม หลักฐานเชิงประจักษ์กับคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถาม ระดับความรู้ (Knowledge)

คุณลักษณะ		ร้อยละระดับความรู้ ดี-ดีมาก (คน)	ร้อยละระดับความรู้ ปานกลาง-น้อย (คน)	p-value
ระดับการศึกษา	ป.โท	46.4 (38)	31.7 (26)	0.049*
	ป. เอก	7.3 (6)	14.6 (12)	
ลักษณะการทำงาน	การรักษา	18.3 (15)	22.0 (18)	0.027*
	การทำวิจัย	4.9 (4)	11.0 (9)	
	การสอน	30.5 (25)	13.4 (11)	
คุณลักษณะ		ร้อยละระดับทัศนคติ ดี-ดีมาก (คน)	ร้อยละระดับทัศนคติ ปานกลาง-น้อย (คน)	p-value
จำนวนผู้ป่วย เฉลี่ยต่อวัน	<5 คน	43.9 (36)	22.0 (18)	0.038*
	5-10 คน	17.1 (14)	2.4 (2)	
	>10 คน	6.1 (5)	8.5 (7)	
ลักษณะการทำงาน	การรักษา	28.0 (23)	12.2 (10)	0.008*
	การทำวิจัย	4.9 (4)	11.0 (9)	
	การสอน	34.1 (28)	9.8 (8)	
คุณลักษณะ		ระดับพฤติกรรม บ่อย-บ่อยมาก (คน)	ระดับพฤติกรรม บางครั้ง-ไม่บ่อย (คน)	p-value
จำนวนผู้ป่วย เฉลี่ยต่อวัน	<5 คน	56.1 (46)	9.8 (8)	0.044*
	5-10 คน	12.2 (10)	7.3 (6)	
	>10 คน	8.5 (7)	6.1 (5)	

หมายเหตุ: \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, สถิติที่ใช้ Chi-Square

## ผลการวิจัย

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า PT ที่สำเร็จการศึกษา ระดับบัณฑิตศึกษา สาขากายภาพบำบัดในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2562 ส่วนใหญ่มีความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP ในระดับดี มีทัศนคติในระดับ ดีมากเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP และมีพฤติกรรมการ นำการปฏิบัติตาม EBP ไปใช้ในการให้บริการทาง คลินิกอยู่ในระดับน้อยมาก นอกจากนี้คุณลักษณะ บุคคลและการทำงาน (ได้แก่ ระดับการศึกษา ลักษณะ การทำงาน จำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับ พฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP

## อภิปรายผลการวิจัย

นักกายภาพบำบัด (PT) ที่ผ่านการเรียนการปฏิบัติ ตาม EBP จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า PT มีความรู้เกี่ยวกับ EBP ในระดับดี (Jette et al, 2003) (Manns et al, 2015) (Alrowayeh et al, 2019) โดยการศึกษานี้พบว่า PT มีความรู้ในขั้นตอนการสร้างคำถาม การสืบค้น การใช้ งานวิจัย และการประเมินผลลัพธ์การรักษาดี แต่ยังคงขาด ความรู้ในส่วนของการประเมินคุณภาพงานวิจัย ซึ่งเห็น ได้จากร้อยละผู้ตอบคำถามส่วนความรู้ในข้อ 6 และ 9 ที่เป็นคำถามเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพ งานวิจัยและการแปลผลที่มีสัดส่วนร้อยละผู้ตอบผิด จำนวนมากกว่าผู้ตอบถูก ในขณะที่คำถามเกี่ยวกับความรู้ ส่วนอื่น ๆ มีสัดส่วนร้อยละผู้ตอบคำถามถูกมากกว่าตอบ ผิดอย่างชัดเจน ผลสำรวจนี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่า PT ขาดความรู้ด้านการประเมินคุณภาพงาน วิจัย สถิติ และการวิพากษ์บทความวิจัย (Bajracharya, Tharu, & Bokialial, 2019) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจาก

การเรียนในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาที่มีการเรียน ด้านการประเมินบทความวิจัยอาจยังไม่เพียงพอที่จะ ทำให้ PT สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับนำมาประยุกต์ ใช้จริงในทางคลินิกได้ รวมถึงเนื้อหา-รูปแบบการสอน จำนวนชั่วโมง จากแต่ละสถาบันอาจมีความแตกต่างกัน จึงทำให้ PT มีความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือและวิธีการ ประเมินคุณภาพต่างกัน

ในการศึกษานี้ PT ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ใน ระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าในหลาย ๆ ประเทศที่พบว่า PT มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตาม EBP (Alrowayeh et al, 2019) (Vongsirinavarat et al, 2020) สัดส่วนร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามด้านทัศนคติ เชิงบวกได้แสดงให้เห็นว่า PT ในปัจจุบันตระหนักถึง คุณประโยชน์ของ EBP และควรเพิ่มการใช้ EBP ในการ ให้บริการทางคลินิกมากขึ้นซึ่งอาจเป็นผลมาจากปัจจัย ส่วนบุคคล เช่น การสร้างทัศนคติเชิงบวกจากหลักสูตร ระดับบัณฑิตศึกษาที่เรียน ความสนใจส่วนบุคคล หรือ สภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน เป็นต้น นอกจากนี้ใน แบบสอบถามด้านทัศนคติเชิงลบพบว่าร้อยละของ PT มีความคิดเห็นไปในทิศทางไม่เห็นด้วย ยกเว้นในส่วน ของทัศนคติเชิงลบที่การปฏิบัติตาม EBP เพิ่มความ ชับซ้อนของงานกายภาพบำบัดมากขึ้นที่ PT ส่วนใหญ่ เห็นด้วย โดยอาจเป็นผลมาจากกระบวนการปฏิบัติตาม EBP จำเป็นต้องเพิ่มวิธีปฏิบัติบางประการ เช่น การอ่าน และการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของบทความนั้น ๆ ซึ่งเป็นกระบวนการในการเพิ่มประสิทธิภาพความน่าเชื่อถือ ของการให้บริการที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ จึงอาจทำให้ ตัว PT รู้สึกว่าการทำงานมีความซับซ้อนมากขึ้นจาก งานปกติ

การศึกษานี้ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับ พฤติกรรมการปฏิบัติตาม EBP อยู่ในระดับน้อยมาก

ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา (Alrowayeh et al, 2019) (Vongsirinavarat et al, 2020) ที่พบว่า PT มีการปฏิบัติตาม EBP น้อย ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาที่ได้เรียนรายวิชาเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม EBP และสถิติในหลักสูตรจึงทำให้มีพื้นฐานความรู้และทักษะเกี่ยวกับ EBP ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (Vongsirinavarat et al, 2020) ผลการศึกษานี้จึงแสดงให้เห็นถึงความสำคัญและประสิทธิภาพการเรียนการสอนการปฏิบัติตาม EBP ของหลักสูตรกายภาพบำบัดในระดับบัณฑิตศึกษาที่ทำให้ PT มีการนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานทางคลินิกมากกว่า PT ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (Vongsirinavarat et al, 2020)

ในส่วนคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามพบว่าระดับการศึกษาและลักษณะการทำงานของ PT มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าพบว่า PT ที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมีแนวโน้มมีความรู้เกี่ยวกับ EBP ดีกว่า (Jette et al, 2003) (Vongsirinavarat et al, 2020) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทมีจำนวนคนในระดับความรู้ดี-ดีมากมากกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก ทั้งนี้อาจเนื่องจากจำนวนผู้ตอบของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทมีจำนวนมากกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกและจากข้อมูลการตอบกลับของผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกพบว่าส่วนใหญ่ (95%) ทำงานหลักเป็นงานวิจัยหรืองานปฏิบัติงานด้านการรักษา จึงอาจทำให้ไม่ได้มีการทบทวนองค์ความรู้เพื่อที่ต้องถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้อื่นเหมือนลักษณะงานด้านการสอน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าลักษณะการทำงานหลักของผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานด้านการสอนเป็นส่วนใหญ่

จะมีระดับความรู้ที่ดีกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานด้านการรักษาและการทำวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ปฏิบัติงานด้านการสอนเป็นหลักจำเป็นต้องมีการสืบค้นข้อมูลและสรุปองค์ความรู้ที่มากกว่าการปฏิบัติงานประเภทอื่น ๆ เพื่อถ่ายทอดความรู้แก่ผู้เรียนจึงอาจเป็นเหตุผลทำให้มีระดับความรู้ที่ดีกว่าลักษณะการทำงานอื่น ๆ

ระดับทัศนคติ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าเมื่อ PT มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับ EBP ก็จะมีผลให้มีการนำ EBP มาใช้ในทางคลินิก ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้เกี่ยวกับ EBP เนื่องจากความรู้ที่มีอยู่นั้นจะทำให้เกิดความมั่นใจในการนำ EBP มาใช้ให้บริการทางคลินิก ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติกับคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามพบว่ามีความสัมพันธ์ในด้านจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันและลักษณะการทำงาน โดย PT ที่มีจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวันน้อยจะมีระดับทัศนคติที่ดีกว่า ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่ PT อาจมีเวลาว่างจากการทำงาน อาจมีเวลาในการอ่านหาความรู้ ค้นหาบทความวิจัย และวิเคราะห์บทความวิจัยได้มากขึ้น มีเวลาในการพิจารณาใช้เหตุผลทางคลินิกและการปฏิบัติตาม EBP ได้สมบูรณ์แบบมากขึ้นจึงอาจส่งผลให้มีระดับทัศนคติที่ดี และยังพบว่า PT ที่มีการทำงานด้านการสอนเป็นส่วนใหญ่จะมีระดับทัศนคติที่ดีกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานด้านการรักษาและการทำวิจัย ซึ่งอาจเกิดจากที่ PT มีการทำงานด้านการสอนจำเป็นต้องมีการถ่ายทอดองค์ความรู้จากการศึกษาบทความวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ต่าง ๆ รวมถึงผู้สอนจำเป็นต้องมีทัศนคติต่อการใช้ EBP ที่ดีเพื่อแสดงให้เห็นเป็นต้นแบบแก่ผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนมั่นใจและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้และมีทักษะในการปฏิบัติงานได้

ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับ EBP พบความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามในด้านจำนวน

ผู้ป่วยที่ดูแลโดยเฉลี่ยต่อวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามากกว่าเมื่อจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลโดยเฉลี่ยต่อวันสูงขึ้นจะทำให้เกิดอุปสรรคด้านเวลาและส่งผลให้ PT มีการปฏิบัติตาม EBP น้อยลง (Jette et al, 2003) (Vongsirinavarat et al, 2020) เพราะเมื่อ PT มีภาระงานในการรักษาผู้ป่วยที่มากก็จะทำให้มีระยะเวลาในการค้นหาวางานวิจัย ความรู้ อ่านงานวิจัย หรือวิเคราะห์บทความวิจัยน้อยลงซึ่งจะส่งผลต่อการนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกได้น้อยลง

การศึกษานี้พบว่าระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตาม EBP ของ PT ที่ผ่านการเรียนการสอนและการปฏิบัติตาม EBP จากหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาสาขาพยาบาลบำบัดในประเทศไทยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลอง KAP (Bloom, 1975) โดยผู้ที่มีความรู้จะส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดี ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาโดยมีทัศนคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ ดังนั้นทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันทั้งทางตรงและทางอ้อม (Sota, 2011)

## ข้อเสนอแนะการศึกษาต่อไป

การศึกษานี้ยังการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อหาข้อเท็จจริงที่มีผลต่อพฤติกรรมเชิงลึกตามบริบทสภาพแวดล้อมของแต่ละสถานศึกษาซึ่งจะทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

## ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษานี้มีอัตราการตอบกลับเพียงร้อยละ 38.14 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทน

ของประชากรที่ดีได้ (ควรมากกว่าร้อยละ 50) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 20 ที่เพียงพอและยอมรับได้ในการวิเคราะห์ผลทางสถิติ (Rattanamane, & Phasunon, 2019) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากประชากรในการศึกษานี้มีลักษณะที่เฉพาะเจาะจง และการสำรวจใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่านกูเกิ้ลฟอร์ม (Google form) จึงทำให้ยากในการคาดคะเนอัตราการตอบกลับ

2. จำนวนผู้ตอบกลับส่วนใหญ่มาจากมหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยนเรศวร จึงอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่หลากหลาย

3. ผู้ตอบกลับส่วนใหญ่มีประสบการณ์วิชาชีพน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งอาจอยู่ระดับปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเน้นงานการให้บริการทางคลินิกเป็นหลัก และอยู่ในช่วงเวลาที่เก็บเกี่ยวสร้างประสบการณ์ทางคลินิก จึงอาจทำให้มีเวลาและความสนใจในการปฏิบัติตาม EBP

4. การศึกษานี้ไม่ได้สำรวจในผู้สำเร็จการศึกษาจากระดับหลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลบำบัด เนื่องจากในหลักสูตรไม่มีรายวิชาการปฏิบัติตาม EBP ชัดเจน

5. การศึกษานี้ไม่ได้สำรวจในผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลบำบัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เนื่องจากในหลักสูตรไม่มีรายวิชาการปฏิบัติตาม EBP และเป็นหลักสูตรนานาชาติ

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนักกายภาพบำบัดทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดีในการตอบแบบสอบถามกลับ และคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ให้การสนับสนุนในการจัดทำผลงานวิชาการนี้

## เอกสารอ้างอิง

- Alrowayeh, H.N., Buabbas, A.J., Alshatti, T.A., AlSaleh, F.M., & Abulhasan, J.F. (2019). Evidence-based physical therapy practice in the State of Kuwait: A Survey of attitudes, beliefs, knowledge, skills, and barriers. *JMIR Medical Education*, 5(1), e12795.
- Bajracharya, S., Tharu, N.S., & Bokalia, D. (2019). Knowledge, attitude and barrier to evidence-based practice among physiotherapists in selected districts of Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council*, 17(2), 215-221.
- Bloom, B.S. (1975). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals*. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay Company.
- Cochran, W.G. (1963). *Sampling technique* (2<sup>nd</sup> ed). New York: John Wiley and Sons.
- Hinkle, D.E. (1998). *Applied statistics for the behavioral sciences*. Boston: Houghton Mifflin.
- Israel, G.D. (1992). Sampling the evidence of extension program impact. Program evaluation and organizational development, IFAS, University of Florida, PEOD-6. Retrieved from: <https://www.tarleton.edu/academicassessment/documents/samplesize.pdf>
- Jette, D.U., Bacon, K., Batty, C., Carlson, M., Ferland, A., Hemingway, R.D., . . . Volk, D. (2003). Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Physical Therapy*, 83(9), 786-805.
- Joseph, P. M. (2011). *Knowledge, attitudes, and practices of physiotherapists regarding their role in health promotion in Gauteng Province, South Africa* (Doctoral dissertation, University of Limpopo (Medunsa Campus)).
- Manns, P. J., Norton, A. V., & Darrah, J. (2015). Cross-sectional study to examine evidence-based practice skills and behaviors of physical therapy graduates: is there a knowledge-to-practice gap?. *Physical Therapy*, 95(4), 568-578.
- Moolsin, W. (2012). *Principles of research and statistical analysis with SPSS for research purposes* (1<sup>st</sup>ed). Bangkok: Software Industry Promotion Agency.
- Office of The Higher Education Commission. (n.d.). National qualifications framework for higher education 2013. Retrieved from: <https://www.ops.go.th/images/2563/tqf-hed/46f2014123010571573.pdf>
- Rattanamane, N., & Phasunon, P. (2019). Response rate in quantitative research. *Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University*, 13(3), 181-188.

- Sackett, D.L., Strauss, D.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2<sup>nd</sup> ed). New York: Churchill Livingstone.
- Sota, C. (2011). *Concept theory and application for health behavioral development* (3<sup>rd</sup>ed). Khon Kean: Health education promotion program, Faculty of Public Health, Khon Kean University.
- Vongsirinavarat, M., Mathiyakom, W., Krityakiarana, W., Hengsomboon, N., & Kraiwong, R. (2020). Survey of attitudes, knowledge, and barriers to evidence-based practice among thai physical therapists. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 18(4), 1-15.
- World Confederation for Physical Therapy. (2011). Education, policy statement: EBP. Retrieved from: <https://world.physio/sites/default/files/2020-04/PS-2019-Education.pdf>





## ใบสมัครสมาชิกวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วันที่ .....เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า ..... นามสกุล .....

มีความประสงค์  ขอสมัครสมาชิกใหม่  ขอต่ออายุสมาชิก วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ตั้งแต่ ปีที่ ..... ฉบับที่ ..... ถึง ปีที่ ..... ฉบับที่ .....

ประเภทสมาชิก  รายปี (2 ฉบับ) เป็นเงิน 300 บาท (รวมค่าจัดส่งภายในประเทศ) ราย 3 ปี (6 ฉบับ/3 ปี) เป็นเงิน 800 บาท (รวมค่าจัดส่งภายในประเทศ)สมัครในนาม  ตนเอง  หน่วยงาน ชื่อ .....

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ชำระค่าสมาชิก จำนวน ..... บาท (.....) โดย

 เงินสด โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) สาขาโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์  
ชื่อบัญชี “วิทยาลัยเซนต์หลุยส์” เลขที่บัญชี 186-2-00542-6

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม .....

การจัดส่งวารสาร / ใบเสร็จ : ชื่อผู้รับ .....

ที่อยู่ .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

โทรศัพท์ ..... มือถือ ..... E-mail: .....

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร  
(.....)

หมายเหตุ : โปรดส่งใบสมัครและหลักฐานการชำระเงินค่าสมาชิกวารสาร (สำเนาการโอนเงิน) มาที่

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์: 0-2675-5304 -12 โทรสาร: 0-2675-5313 E-mail: jhhm@slc.ac.th

ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ <http://jhhm.slc.ac.th/> หรือที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/slc>

สำหรับเจ้าหน้าที่ :

ได้รับเงินแล้วจำนวน ..... บาท เลขที่ใบเสร็จรับเงิน ..... ลงวันที่ .....

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่รับเงิน  
(.....)

## คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพขอเชิญผู้สนใจส่งบทความทางวิชาการ บทความปริทัศน์ และบทความวิจัยทางด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้งด้านการบริหาร การศึกษา การบริการ และการวิจัย เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร โดยบทความที่พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจะต้องเป็นบทความที่มีคุณภาพ ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ หรือรอการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือเอกสาร/หนังสือประมวลบทความจากการประชุมทางวิชาการ (proceedings) อื่น ทั้งในรูปของสิ่งพิมพ์หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์มาก่อน และมีการจัดเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนดไว้

การเตรียมต้นฉบับบทความ มีรายละเอียด ดังนี้

1. **ขนาดของบทความ** บทความมีความยาวประมาณ 7-12 หน้ากระดาษ A4 ที่รวมภาพ ตาราง และเอกสารอ้างอิงแล้ว

2. **องค์ประกอบของบทความ** ประกอบด้วย

2.1 **ส่วนนำ** ได้แก่ ชื่อเรื่อง (title) ชื่อผู้เขียน (authors)/ ผู้วิจัย (researchers) และวุฒิการศึกษาสูงสุด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมทั้งตำแหน่ง สถานที่ทำงาน/สถานที่ติดต่อของผู้เขียน/ ผู้วิจัย (กรณีวิทยานิพนธ์ ให้ใส่ชื่อ ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของอาจารย์ที่ปรึกษาด้วย) บทคัดย่อ (abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวประมาณ 250 คำ พร้อมมีคำสำคัญ (key word) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละไม่เกิน 6 คำ และแต่ละคำคั่นด้วยเครื่องหมาย comma “ , ” ระหว่างคำในภาษาอังกฤษ ส่วนภาษาไทยใช้การเว้นวรรคแทนระหว่างคำ

2.2 **ส่วนเนื้อหา** มีดังนี้

2.2.1 **บทความวิชาการและบทความปริทัศน์** ประกอบด้วย คำนำ เนื้อเรื่อง และสรุป

2.2.2 **บทความวิจัย** ประกอบด้วย

1) **บทนำ (introduction)** บอกถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย และเอกสารและงานวิจัยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการวิจัย ซึ่งควรเขียนในรูปของความเรียงให้เป็นเนื้อเดียวกัน วัตถุประสงค์ของการวิจัย และสมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

2) **วิธีดำเนินการวิจัย (research methodology)** ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและตัวอย่างการวิจัย/ ผู้ให้ข้อมูล (กรณีการวิจัยเชิงคุณภาพ) เครื่องมือการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดลอง (กรณีการวิจัยเชิงทดลอง) การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล กรณีที่เป็นการวิจัยในมนุษย์ให้ใส่สาระเกี่ยวกับการให้คำยินยอมสำหรับงานวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ถูกวิจัย และหรือการผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3) **ผลการวิจัย (results)** ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย

4) **อภิปรายผลการวิจัย (discussion)**

5) **สรุปและข้อเสนอแนะการวิจัย (conclusion and recommendations)**

2.3 ส่วนท้าย ได้แก่ กิตติกรรมประกาศ (acknowledgements) (ถ้ามี) เอกสารอ้างอิง (references) ตามระบบ APA (American Psychological Association) 6<sup>th</sup> Edition

### 3. รูปแบบการพิมพ์ มีรายละเอียดการพิมพ์ ดังนี้

3.1 ภาษา ยึดตามหลักการใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ถูกต้อง กรณีคำศัพท์ภาษาอังกฤษและภาษาไทยให้ยึดตามหลักของราชบัณฑิตยสถานและภาษาทางการที่ใช้

3.2 ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ “TH Sarabun New” ขนาด 16

3.3 การตั้งค่าหน้ากระดาษ กำหนดขอบบนและขอบด้านซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบล่างและขอบด้านขวา 2.5 เซนติเมตร ส่วนการพิมพ์ย่อหน้าให้ห่างจากเส้นกั้นขอบกระดาษด้านซ้าย 1.5 เซนติเมตร

3.4 การกำหนดเลขหัวข้อ ควรเรียงลำดับหัวข้อให้ชัดเจนตามลำดับเนื้อหา โดยหัวข้อใหญ่ให้ขีดซ้ายติดเส้นกั้นขอบกระดาษ หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลข เลขข้อระบบทศนิยม เลขตามด้วยวงเล็บ ตัวอักษร และเครื่องหมาย “ - ” กำกับหัวข้อ ตามระดับหัวข้อ ดังตัวอย่างเช่น 1. ... 1.1 ... 1.1.1 ... 1) ... ก. ... (กรณีภาษาไทย) หรือ a. ... (กรณีภาษาอังกฤษ) และ - ... เป็นต้น

3.5 ตารางและภาพประกอบ (tables and illustrations) ให้จัดเรียงลำดับตารางและภาพประกอบให้สอดคล้องกับเนื้อหาตามหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ ทั้งนี้ให้ระบุชื่อตารางและภาพประกอบให้ชัดเจน โดยให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง ส่วนชื่อภาพให้ระบุไว้ใต้ภาพ กรณีภาพถ่ายให้ใช้ภาพที่มีความคมชัด มีขนาดอย่างน้อยโปสการ์ด และถ้าเป็นไฟล์ภาพควรใช้นามสกุล JPEGs กรณีภาพวาดให้เขียนลายเส้นให้ชัดเจนด้วยหมึกดำและมีขนาดที่เหมาะสม *กรณีนำตาราง หรือภาพของผู้อื่นมาใช้ประกอบเนื้อหา ต้องขออนุญาตจากเจ้าของงานก่อน และให้อ้างอิงแหล่งที่มาได้ตาราง และภาพประกอบนั้นๆ ให้ถูกต้องตามหลักการอ้างอิงตามระบบ APA 6<sup>th</sup> Edition*

3.6 การอ้างอิงในเนื้อหา ให้อ้างอิงแทรกในเนื้อหาตามระบบ APA 6<sup>th</sup> Edition

## การส่งต้นฉบับ

การส่งต้นฉบับสามารถส่งทางอีเมล [jhhm@slc.ac.th](mailto:jhhm@slc.ac.th) หรือส่งทางเว็บไซต์วารสารออนไลน์ <https://tci-thaijo.org/index.php/slc> โดยส่งหนังสือนำส่งบทความเพื่อขอลงตีพิมพ์ในวารสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดและไฟล์ต้นฉบับบทความ ทั้งไฟล์ pdf และไฟล์ doc โดยให้ชื่อไฟล์เป็นภาษาอังกฤษ กรณีที่มีผู้เขียนหลายคนจะต้องให้ผู้เขียนทุกคนให้คำยินยอมในการลงตีพิมพ์บทความในหนังสือส่งบทความด้วย แล้วส่งต้นฉบับบทความมาที่กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กทม. 10120

## เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพบทความ

บทความที่ได้รับการพิมพ์เผยแพร่จะต้องได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้นๆ อย่างน้อย 2 คน โดยกองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาเลือกผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมิน และภายหลังการประเมิน กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาผลการประเมิน และอาจให้ผู้เขียนปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และทรงไว้ซึ่งสิทธิ์

ในการตัดสินใจพิมพ์เผยแพร่บทความในวารสารหรือไม่ก็ได้ โดยทั้งนี้กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืน

### การอุทธรณ์การสมัครสำหรับผู้เขียน

กองบรรณาธิการจะอุทธรณ์การวารสารฉบับที่ผลงานของผู้เขียนได้รับการตีพิมพ์ให้ผู้เขียน จำนวน 3 เล่ม กรณีมีผู้ร่วมเขียนหลายคน จะมอบให้แก่ผู้เขียนชื่อแรกเท่านั้น กรณีที่ผู้เขียนต้องการวารสารมากกว่า 3 เล่ม สามารถสั่งซื้อได้ราคาเล่มละ 150 บาท (รวมค่าจัดส่ง)



## หนังสือนำเสนอบทความตีพิมพ์ วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....

**เรื่อง** ขอส่งบทความและการให้ความยินยอมในการตีพิมพ์บทความของผู้เขียน

**เรียน** บรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย  ต้นฉบับบทความ จำนวน ..... ชุด  ไฟล์ต้นบทความ จำนวน .....ไฟล์  
 ไฟล์รูปภาพ จำนวน ..... ภาพ  อื่นๆ (ระบุ) .....

ข้าพเจ้า นาย/ นาง / นางสาว .....หมายเลขสมาชิก .....

สถานที่ติดต่อ .....

โทรศัพท์ .....มือถือ..... โทรสาร .....

อีเมล .....

มีความประสงค์ขอส่ง  บทความวิจัย  บทความวิชาการ  บทความปริทัศน์

**เรื่อง** .....

.....เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความที่นำมาตีพิมพ์นี้เป็นผลงานที่ข้าพเจ้าจัดทำขึ้นด้วยตนเอง โดยไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่  
 ในวารสารอื่น และ/หรือ Proceeding ในที่ประชุมวิชาการ และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น  
 และข้าพเจ้าให้ความยินยอมในการตีพิมพ์บทความดังกล่าวในวารสารนี้ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ชื่อผู้เขียน/ผู้วิจัยหลัก (ตัวบรรจง) ..... ลายเซ็น .....

ชื่อผู้เขียน/ผู้วิจัยร่วม (ตัวบรรจง)

1. .... ลายเซ็น .....

2. .... ลายเซ็น .....

3. .... ลายเซ็น .....

4. .... ลายเซ็น .....

**สำหรับเจ้าหน้าที่**  
 วันที่รับเอกสาร .....

รับตีพิมพ์  ไม่รับตีพิมพ์

วันที่ตอบกลับ .....

ลงตีพิมพ์ ปีที่ ..... ฉบับที่ .....

(.....)  
 ผู้ส่งบทความ  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความ วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ต้นสังกัด	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ		
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	รศ.ดร.วิชัย อึ้งพินิจวงศ์	รศ.ดร.พนิชฐา พานิชชาชีวะกุล	
	รศ.ดร.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล	รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง	
	ผศ.ดร.ซัจจนต์ แพรชาว	ผศ.ดร.วิณทนา ศิริธราธิวัตร	
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	ศ.ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์	ผศ.รท.หญิง ดร.อัญชลี เชี่ยวโสธรดวล	
	รศ.ดร.เปรมทิพย์ ทวีระธรรม	ผศ.ดร.สุจิตรา บุญหยง	
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	รศ.ดร.รสลีย์ กัลยาณพจน์พร		
	ศ.ดร.ดาราวรรณ ตี๋ปินตา	ผศ.ดร.นवलลออ ธวินชัย	
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	รศ.ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ		
	รศ.ดร.สุรัตนา อำนวยผล	รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา	
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต	รศ.ดร.พินัยลักข์ ตันติสิปกร เอิร์ด		
	ศ.ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ	รศ.ดร.สุวรรณมา จันทร์ประเสริฐ	
มหาวิทยาลัยบูรพา	ผศ.ดร.ฉันทนา จันทร์ทวงศ์		
	ผศ.ดร.พรพรรณ สมินทร์ปัญญา	ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ	
มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก	ศ.ดร.รุจา ภูไพบูลย์	รศ.ดร.ประยูร ฟองสถิตกุล	
	รศ.ดร.มณี อากานันท์กุล	รศ.ดร.วรรณระ ชลาายนเดชะ	
	รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข	รศ.ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู	
	รศ.ดร.รุ่งทิภา วัจนละขิตติ	รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา	
	รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา	ผศ.ดร.จตุพร วงศ์สาธิตกุล	
	ผศ.ดร.วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวนิชย์	รศ.ดร.ขวัญใจ อานาณาสัตย์เชื้อ	
	ผศ.ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์	ดร.ชวลิต วัชรอมรังสิมันต์	
	ดร.นพวรรณ พินิจขจรเดช	รศ.ดร.สุภาพ ไทยแท้	
	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	ผศ.ดร.ประทีป จินนี่	ผศ.ดร.รัมภา บุญสินสุข
		ผศ.ดร.สายธิดา ลาภอนันตสิน	
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	รศ.สราวุธ สุธรรมมาสา	ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริธรังสี	
	รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย	รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	
	รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง	รศ.ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิ์กุล	
	รศ.พรทิพย์ กิระพงษ์	รศ.ดร.มุกดา หนูยศรี	
	รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์	รศ.ดร.นิรนาท แสนสา	
	ดร.ชื่นจิตร โพธิ์สัพสุข	ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุวัฒน์เจริญ	
	ผศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์	ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย	
	ผศ.ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์		

ต้นสังกัด

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

มหาวิทยาลัยคริสเตียน	ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	ผศ.พอ.ดร.นงพิมล นิมิตรอนันท์
มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราชมงคล	ผศ.ดร.รัตนา จารุวรรณ	ผศ.ดร.สุณี เวชประสิทธิ์
วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ	รศ.พตอ.ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล	
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	พลตรีหญิง รศ.ดร.สายสมร เฉลยกิตติ	
นักวิชาการอิสระ	ศ.ดร.ศิริพร จิรวัดน์กุล	รศ.สุจิตรา ลี้อำนวยเลิศ
	รศ.ดร.พรรณราย ทวีพะประภา	รศ.ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์
	รศ.ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร	
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	ดร.สิริวัฒน์ อายุวัฒน์	ดร.อัสนี วันชัย
วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา	รศ.ดร.จิตรพรรณ ภูษาภักดิ์ทิพย์	
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์	เซอร์ ดร.สมศรี สุเมธ	รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัทร
	รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย	รศ.ดร.มาลีวัล เลิศสาครศิริ
	รศ.สมพร ชีโนรส	รศ.สุภาวดี เครือโชติกุล
	ผศ.ดร.ผกาภาณี พุ่มสุทัศน์	ผศ.ดร.สุวรรณา อนุสันติ
	รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ	รศ.ดร.สุวรรณี ละออปักษิน
	ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์	ดร.นงคราญ วงษ์ศรี
	ดร.ชูเกียรติ จากใจชน	ผศ.ดร.สมนึก สกลหงส์โสภณ
	รศ.ดร.กัญญาตา ประจุศิลป์	ดร.รัตนาภรณ์ ซ้อนเปียยุ่ง
	ดร.ชาติปต์ย์ เครือพานิชย์	รศ.พรศิริ พันธสี
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	รศ.สุรีย์ กฤษเจริญ	ผศ.ถนนอมศรี อินทนนท์
	ผศ.ดร.ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา	
มหาวิทยาลัยนเรศวร	ผศ.ดร.ระวีวรรณ พิไลเกียรติ	ผศ.ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี	ผศ.ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย	
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี	ผศ.ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ	
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม	รศ.เจษฎา บุญมาโฮม	
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์	รศ.ดร.อรพรรณ โตสิงห์	
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	ผศ.ดร.พัฒนสิน อารีอุดมวงศ์	
มหาวิทยาลัยปทุมธานี	อาจารย์ดร.ชัชวาล วงศ์สารี	
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ	อาจารย์ดร. สุทธิชาติรัตน์ เจริญพงศ์	



สถาบันอุดมศึกษาเอกชนชั้นนำในอาเซียน มุ่งผลิตบัณฑิตที่ปฏิบัติวิชาชีพด้วยความรู้ คู่ความดี  
**A leading ASEAN private higher educational institute producing compassionate graduates who possess academic excellence and professional ethical values.**



# เปิดรับสมัครนักศึกษาใหม่ ระดับปริญญาตรี

**รับสมัครตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป**  
**มีทุนการศึกษาสำหรับผู้เรียนดีในระดับปริญญาตรีทุกหลักสูตร**

## คณะพยาบาลศาสตร์

- หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
- หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
- สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

## คณะกายภาพบำบัด

- หลักสูตรกายภาพบำบัดบัณฑิต

## คณะจิตวิทยา

- หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
- วิชาเอกจิตวิทยาคลินิก
- วิชาเอกจิตวิทยาการปรึกษา
- วิชาเอกจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ



## วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120  
 โทรศัพท์ 02-675-5304 ถึง 12 โทรสาร 02-675-5313



www.slc.ac.th



@SLC2528  
 www.facebook.com/SLC2528