



2023

วารสาร

# สารานุกรมสุขและสุขภาพศึกษา

Thai Journal of Public Health and Health Education



ปีที่ 3 ฉบับที่ 3  
กันยายน - ธันวาคม 2566  
ISSN 2985-251X (Online)



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี  
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
<https://scphub.ac.th>



## วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health Education)

### นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาเป็นวารสารรับตีพิมพ์บทความทางวิชาการ และบทความวิจัย ด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข ด้านการพยาบาล ด้านสุขภาพศึกษา ด้านสหวิทยาการพฤติกรรมสุขภาพ และด้านสหวิทยาการวิทยาศาสตร์สุขภาพและนวัตกรรม

### กระบวนการพิจารณาบทความ

บทความทุกบทความจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีเชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อซึ่งกันและกัน (Double-blind review)

### ประเภทของบทความ

- บทความวิจัย (Research Article)
- บทความวิชาการ (Academic Article)
- บทความปริทัศน์ (Review Article)

### กำหนดการเผยแพร่ กำหนดการตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ

- ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน
- ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม

### ติดต่อกองบรรณาธิการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี 187 หมู่ 3 ถนนสถลมารค ตำบลเมืองศรีไค  
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์มือถือ : 0 813 8991 46 , 0 945 2098 23 , 0 850 4547 22, 045-2102709 ต่อ 251



## คณะกรรมการวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

### บรรณาธิการวารสาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภคิน ไชยช่วย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

### รองบรรณาธิการวารสาร

อาจารย์แก้วใจ มาลีลัย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

### บรรณาธิการที่ปรึกษา

ดร.นิธิศ ธาณี

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร  
จังหวัดอุบลราชธานี

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญชม ศรีสะอาด

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.จำลอง วงษ์ประเสริฐ

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

นายแพทย์สุรพร ลอยหา

มหาวิทยาลัยมหิดล

### กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วารเดช

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา พนมเขต

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี บุตรสอน

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา ลิมปทีปปราการ

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ดร.อรุณ บุญสร้าง

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิงรัชฎา ฉายจิต

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร กรุงไกรเพชร

มหาวิทยาลัยบูรพา



## กองบรรณาธิการ

ดร.ภูเบศ แสงสว่าง

ดร.นพวรรณ พิณีจจรเดช

ดร.สินีนาด แต่เจริญกุล

ดร.มณฑิรา จันทวารีย์

ดร.กชพงศ์ สารการ

ดร.ปาริชาติ นัตนราช

ดร.นุสรุา ประเสริฐศรี

ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา

ดร.มาสริน ศุกลปักษ์

ดร.วราภรณ์ ยศทวี

ดร.พงศ์พิชญ บัญดา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์

ดร.สุพัฒน์ อาสนะ

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์

ดร.สฤณี ผาอาจ

ดร.อุบลทิพย์ ไชยแสง

ดร.อวิรุทธ์ สิงห์กุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล

ดร.สรรพร วิรัตน์โกคิน

ดร.วรรษญา อรุโณทยานันท์

ดร.ถนอมศักดิ์ บุญสุ่

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

กาญจนนาภิเษก

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

กาญจนนาภิเษก

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

กาญจนนาภิเษก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี





## กองบรรณาธิการ

ดร.เกศินี หาญจั่งสิทธิ์

ดร.รับขวัญ เชื้อลี

ดร.กิ่งแก้ว มาพงษ์

ดร.ปณิตา ครองยุทธ

ดร.ปิยะณัฐก์ จันทวารีย์

ดร.นฤมล กิ่งแก้ว

ดร.ศุภชัย ยานะเรือง

อาจารย์อนุสรณ์ บุณทรง

ดร.จามรี เชื้อชัย

นายสมบัติ ชัดโพธิ์

นายไมตรี แก้วมงคล

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาอุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

## ฝ่ายสนับสนุนวารสาร

อาจารย์ศตายุ ผลแก้ว

นางสีอมร โกสีย์บุตร

นายศรเพชร ไตรศรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

## บทบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 ของปีที่ 3 ที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดทำขึ้นในรูปแบบ Online มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ โดยมุ่งเน้นในด้านการวิชาการ ด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข ด้านการพยาบาล ด้านสุขภาพศึกษา ด้านสหวิทยาการ พฤติกรรมสุขภาพ ด้านสหวิทยาการวิทยาศาสตร์สุขภาพและนวัตกรรม

กระบวนการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิปีที่ 1 ฉบับที่ 1 และ 2 มีผู้ทรงคุณวุฒิประเมินและให้คำชี้แนะในการปรับปรุงบทความเรื่องละ 2 ท่าน เพื่อให้วารสารทันสมัย ทันเหตุการณ์ ตามประกาศก.พ.อ. เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ (ฉบับที่ 4 ) พ.ศ. 2564 ประกาศ ณ วันที่ 26 เมษายน 2564 ใจความสำคัญ คือ “ผลงานทางวิชาการต้องได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการระดับชาติ ซึ่งวารสารวิชาการระดับชาติต้องเป็นวารสารวิชาการที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการในสาขาวิชานั้น ๆ หรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง โดยวารสารวิชาการนั้นต้องมีการตีพิมพ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี และมีการตรวจสอบคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบบทความ (peer reviewer) ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกจากหลากหลายสถาบัน อย่างน้อย 3 ท่าน ทั้งนี้วารสารวิชาการนั้นอาจเผยแพร่เป็นรูปเล่มสิ่งพิมพ์ หรือเป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ที่มีกำหนดการเผยแพร่อย่างแน่นอนชัดเจน” ดังนั้น วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ตั้งแต่ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 เป็นต้นไป จะมีข้อกำหนดในการตรวจสอบคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบบทความ (peer reviewer) ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกจากหลากหลายสถาบัน อย่างน้อย 3 ท่าน จึงเรียนมาเพื่อทราบ

บรรณาธิการ

## สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม <i>ประภาภรณ์ เพชรมาก และวิชุดา ศรีวรสาร.....</i>	1
ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการจัดการความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 <i>ประภาภรณ์ เพชรมาก และอดิศักดิ์ บัวศรียอด.....</i>	15
ผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงเฒ่า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี <i>บังอร ทองคุณ.....</i>	18
ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน <i>ธนวัฒน์ คงธรรม.....</i>	42
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโสธร <i>อมรรัตน์ สุนทรพุทธศาสตร์.....</i>	59
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อและการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของผู้สำเร็จการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี <i>ปานทิพย์ ปุราณนันทน์ ปิยะรัตน์ หยกสุริยันต์ กุลิสรา ขุนพินิจ และกรรณก บัญญัติประถัมภ์.....</i>	73
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี <i>ชนม์ชนกต์ ยงกุลวณิชนนท์.....</i>	91



## สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การวิจัยแบบผสมผสานปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พัชรนันท์ วิวรากานนท์ ปานทิพย์ ปุราณนท์ จิตอารี ชาติมนตรี วนิดา อินทราชา และพวงเพชร มีศิริ.....	107
ผลการประยุกต์ใช้เทคนิค KYT เพื่อความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่ รถเข็นของผู้ดูแลในศูนย์การดูแลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ทศพร รานุรักษ์ ปวีณา มีประดิษฐ์ และทงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข.....	128
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ฉวีวรรณ จิตต์สาคร วิภา เอี่ยมลำอางค์ จารามิลโล และพัชรนันท์ วิวรากานนท์.....	142

## ประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ประภาภรณ์ เพชรมาก<sup>1\*</sup> และวิชุดา ศรีวรสาร<sup>1</sup>

<sup>1</sup>โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

(วันที่รับบทความ: 12 มิถุนายน 2566; วันที่แก้ไข: 6 สิงหาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 3 กันยายน 2566)

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากหญิงตั้งครรภ์แรกอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จำนวน 50 คน โดยหญิงตั้งครรภ์เข้าร่วมทำกิจกรรมในโปรแกรมพร้อมสามี ทำการศึกษาวิจัยดำเนินการและเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ตามกิจกรรมตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบวัดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ แบบประเมินแบบประเมินความเครียด (SPST-20) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้ Paired-samples t-test ผลการศึกษาคะแนนความรู้และความเครียดในระยะตั้งครรภ์ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในระยะตั้งครรภ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการสอน, โรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสร, สื่อสังคมออนไลน์, หญิงตั้งครรภ์แรก

**\*ผู้รับผิดชอบบทความ:** ประภาภรณ์ เพชรมาก; dr.prapaporn@gmail.com



## Effectiveness of Chitprapatsorn Parents School Teaching Program through Social Media Applications for Primigravida Women during the Ante-natal, Det Udom Royal Crown Prince Hospital

Prapaporn Petchmark<sup>1\*</sup> and Vichuda Sriwarasan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Det Udom Royal Crown Prince Hospital

(Received: 12 June 2023; Revised: 6 August 2023; Accepted: 3 September 2023)

### Abstract

This quasi-experimental one-group pretest-posttest research aimed to study the effectiveness of teaching program for ante-natal primigravida women and husbands. The purposive samples of 50 twelve-week-period ante-natal primigravida women of Det Udom Royal Crown Prince Hospital. The pregnant women participated in the activities in the program with their husbands. The research was conducted from September 1, 2020 to September 30, 2021. The tools used in the research include teaching programs via social media according to training lessons for professional Chitprapatsorn parent schools. The research data collection tools were general information, practice knowledge testing during pregnancy, and stress assessment (SPST-20). Data were analyzed by using descriptive statistics. Paired samples t-test was employed to compare the knowledge and stress during pregnancy before and after the program. The study found that knowledge and stress scores during the ante-natal period between before and after the experiment of the selective participants had an increasing level of the average knowledge score, while the stress score during pregnancy was significantly decreasing on the level of  $p < .05$ .

**Keywords:** teaching program, Chitprapatsorn parent school, social media, ante-natal primigravida women

**\*Corresponding author:** Prapaporn Petchmark; dr.prapaporn@gmail.com

## บทนำ

โรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ เป็นบริการที่จัดขึ้นสำหรับให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามีในการเตรียมตัวเป็นพ่อแม่มืออาชีพ มีวัตถุประสงค์ให้หญิงตั้งครรภ์มีการเตรียมพร้อมด้านร่างกายและจิตใจในการทำหน้าที่ของพ่อแม่ มีความรู้ความเข้าใจถึงวิธีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพกายและจิตใจตนเอง ทารกในครรภ์และครอบครัว (สายน้ำผึ้ง รัตนงาม และคณะ, 2561) โดยเน้นการสอนที่เป็นความรู้ในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและกระบวนการฝึกปฏิบัติเพื่อช่วยพัฒนาด้านจิตวิญญาณภายในตามหลักพุทธศาสนา ได้แก่ การเตรียมตัวเป็นพ่อแม่มืออาชีพ การเจริญสติ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาบำรุง การดูแลสุขภาพช่องปาก การกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์ และการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดในหญิงตั้งครรภ์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องจะสามารถดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจในระยะตั้งครรภ์ได้ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลดีต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพกายใจที่แข็งแรงด้วย หากหญิงตั้งครรภ์ไม่มีความรู้ก็จะส่งผลให้ปฏิบัติตนได้ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ไม่ได้สัดส่วนตามที่ร่างกายต้องการ ได้รับอาหารน้อยเกินไป หรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการก็อาจส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อย และหากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองจะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความเครียดในระหว่างตั้งครรภ์ได้ ซึ่งจิวรรณ บัวแย้ม และคณะ (2564) ศึกษาความเครียดระหว่างตั้งครรภ์และสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีพบว่าสภาวะเหงือกอักเสบและฟันผุอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคลอดทารกน้ำหนักน้อย (Low Birth weight)

งานวิจัยของสุรางรัตน์ โฆษิตธนสาร และคณะ (2563) ทำการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ในหญิงตั้งครรภ์แรกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น โรงเรียนพ่อแม่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและมีความเครียดลดลงกว่าก่อนการทดลอง ( $p < .001$ ) ส่วนคะแนนความรู้และความเครียดในระยะตั้งครรภ์ภายหลังการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p = .385$  และ  $.191$ ) การใช้วิธีการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์สามารถส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เพิ่มขึ้น มีความเครียดลดลงได้เท่ากับการเรียนในห้องเรียนโรงเรียนพ่อแม่ตามปกติ และมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีข้อดีคือประหยัดเวลา ไม่เสียค่าใช้จ่าย การศึกษาของเมทิกา ใหม่หลวงภาค และคณะ (2562) ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โรงเรียนพ่อแม่ออนไลน์ ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โรงเรียนพ่อแม่ออนไลน์ (ANChpc.com) กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ( $9.52, \pm SD 2.95$ ) ( $10.15, \pm SD 3.04$ ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t$ -test  $1.952, p = .057$ ) จากการศึกษาทั้งสองเรื่องข้างต้นพบว่าการจัดโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ได้ผลดีเป็นที่น่าพอใจ ผู้วิจัยเห็นว่าการจัดโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์น่าจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 เนื่องจากไม่สามารถจัดกิจกรรมแบบรวมกลุ่มเหมือนเดิมได้

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นการระบาดอย่างเป็นวงกว้าง ประเทศไทยและทั่วโลกได้รับผลกระทบอย่างมาก เป็นเหตุให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก จนกระทั่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (กรมควบคุมโรค, 2563) (World Health Organization, 2020) จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้การจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมจำเป็นต้องงดการนัดทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อเว้นระยะห่างตามนโยบายของการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งรูปแบบปกติการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์จะนัดหญิงตั้งครรภ์มาให้ความรู้ที่คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาล การดำเนินการโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมนั้น โปรแกรมการสอนจัดให้มีการอบรมทั้งหมด 3 ระยะ คือระยะระหว่างฝากครรภ์ ระยะห้องคลอด และระยะหลังคลอด

เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยจึงได้ปรับใช้โปรแกรมการอบรมทั้งสามระยะ โดยปรับเป็นรูปแบบการสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของหญิงตั้งครรภ์ หากต้องเดินทางมายังโรงพยาบาลเพื่อรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์ครั้งนี้ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถนำมาใช้เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การใช้ชีวิตในช่วงระบาดของโรคโควิด-19 หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการอบรมเรียนรู้ได้ตลอดเวลาตามวัน เวลา และสถานที่ที่สะดวก เพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นพ่อแม่เมื่ออาชีพ ผลจากการศึกษาวิจัยการนำสื่อสังคมออนไลน์ไปใช้จัดกิจกรรมโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพของการตั้งครรภ์แรกแม้อยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

### ระเบียบวิธีวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) เป็นการศึกษาโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในช่วงสถานการณ์ระบาดของเชื้อโควิด-19 ตามแนวคิดของแม็คสันสันนิยเสถียรสุด ต้นแบบมาจากโครงการจิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ ซึ่งเป็นโครงการของเสถียรธรรมสถาน ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984)

### ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2563 ถึง 30 กันยายน 2564

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากหญิงตั้งครรภ์แรกฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จำนวน 50 คน

### เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

- 1) หญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุ 20-35 ปี นับถึงวันกำหนดคลอด มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ และอายุครรภ์ไม่เกิน 12 สัปดาห์
- 2) มีโทรศัพท์มือถือ (Smartphone) สามารถเชื่อมต่อเครือข่ายอินเทอร์เน็ตและเป็นผู้ใช้งานไลน์
- 3) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในขณะที่ตั้งครรภ์มาก่อน
- 4) หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้พร้อมสามีจนครบหลักสูตรโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่อนอนอยู่ในครรภ์

### เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดระยะเวลาทำการศึกษา
- 2) ย้าย/เปลี่ยนสถานที่รับฝากครรภ์

### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดความเชื่อมั่นในการทดลองร้อยละ 96.50 ใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาของ เฉลิมพร ฤทธิย์ผาด และพรธณี บัญชรหัตถกิจ (2555) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารในสตรีตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดขอนแก่น มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการรับประทานอาหารระหว่างตั้งครรภ์เท่ากับ 9.12 มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.96 นำมาคำนวณโดยใช้สูตรผ่านแอปพลิเคชัน n4Studies ที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 คำนวณได้ขนาดตัวอย่างน้อยสุดที่มากเพียงพอที่จะแทนประชากร (Representativeness) ได้จำนวน 25 คน และเนื่องจากเป็นการวิจัยที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความยุ่งยากในการประสานงานและสามต้องเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมหญิงตั้งครรภ์ทุกครั้ง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างทดลองในอัตราร้อยละ 100 เนื่องจากในการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) ในรูปแบบ Quasi-Experimental design จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรจะมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน 50 คน

## เครื่องมือการวิจัย

1. โปรแกรมการสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ตามกิจกรรมตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ ประกอบด้วย เนื้อหาแผนการสอนเรื่องการเตรียมตัวเป็นพ่อแม่มีอาชีพ การเจริญสติ ความเครียดกับการตั้งครรภ์ การกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์ การรับประทานยาบำรุงครรภ์ การดูแลสุขภาพช่องปาก การเลือกรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ และการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดในหญิงตั้งครรภ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบวัดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยความรู้ด้านการเตรียมตัวเป็นพ่อแม่ (จำนวน 4 ข้อ) ความรู้เรื่องโภชนาการ (จำนวน 6 ข้อ) ความรู้เรื่องยา (จำนวน 3 ข้อ) ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากและฟัน (จำนวน 3 ข้อ) และความรู้เรื่องการกระตุ้นพัฒนาการทารกและการสังเกตอาการผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ (จำนวน 4 ข้อ) ลักษณะคำถามเป็นแบบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียด (SPST-20) จำนวน 20 ข้อ จากกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2555) โดยข้อคำถามสร้างขึ้นตามหลักการสร้างข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบประเมินความเครียด มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

0-23 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับระดับเล็กน้อย

24-41 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับระดับปานกลาง

42-61 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับระดับสูง

62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดในระดับรุนแรง

3. แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ ระดับความเข้มข้นของเลือดครั้งแรก และครั้งที่ 2 จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ตามกิจกรรมตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาล หัวหน้างานแผนกฝากครรภ์ นักโภชนาการ เภสัชกร และทันตแพทย์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแผนการสอน (Content Validity) แล้วปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม และตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาล หัวหน้างานแผนกฝากครรภ์ นักโภชนาการ เภสัชกร และทันตแพทย์ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และค่า KR-20 เท่ากับ 0.84



3. สื่อการสอน การหาคุณภาพของสื่อทดลองถ่ายทอดการสอนผ่านสื่อออนไลน์ทางไลน์เพื่อประเมินคุณภาพของสื่อการสอนในเรื่องภาพและเสียง โดยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพของสื่อที่ถ่ายทอด โดยการทดลองแบบกลุ่มย่อย 15 ราย (Small group testing) โดยมีเกณฑ์คะแนนภาพและเสียงคือ 0 คะแนน หมายถึงคุณภาพของภาพและเสียงต้องปรับปรุง 1 คะแนน หมายถึงคุณภาพของภาพและเสียงดี นำผลการประเมินมาปรับปรุงคุณภาพของภาพและเสียงตามข้อเสนอแนะจนผ่านเกณฑ์ดี

3.1 การหาประสิทธิผลของสื่อการสอน โดยหาค่าดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index: EI) ได้ค่าดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index: EI) เท่ากับ 0.54 โดยใช้สูตร

$$EI = \frac{P2 - P1}{\text{Total} - P1}$$

โดยที่ P1 แทนผลรวมคะแนนก่อนเรียนทุกคน

P2 แทนผลรวมคะแนนหลังเรียนทุกคน

Total แทนผลรวมของจำนวนนักเรียนกับคะแนนเต็ม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงโครงการกับทีมพยาบาลแผนกฝากครรภ์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอีก 1 ท่านซึ่งเป็นพยาบาลคลินิกฝากครรภ์ผู้รับผิดชอบงานโรงเรียนพ่อแม่ของโรงพยาบาล เป็นผู้ดำเนินการทดลองด้วยตนเองโดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างเช่นตียินยอมเข้าร่วมวิจัย ตอบแบบสอบถาม ลงข้อมูล และทำการทดสอบความรู้ ประเมินความเครียดครั้งแรกก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และเก็บข้อมูลความเข้มข้นของเลือดครั้งที่ 1 จากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

2. อธิบายรายละเอียดของโปรแกรมการสอนออนไลน์ให้กลุ่มตัวอย่าง แนะนำถึงขั้นตอนการสมัครเข้ากลุ่มไลน์ เพื่อการเรียนรู้และเป็นช่องทางในการเข้าร่วมโปรแกรม การสอบถาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับชมวิดีโอตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยส่งเชื่อมโยงในกลุ่ม 3 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกของการฝากครรภ์ ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 20 ของการฝากครรภ์ ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 32 ของการฝากครรภ์ สามารถเปิดดูได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ไม่จำกัดเวลา มีการอบรมกลุ่มทางไลน์ 3 ครั้ง นัดหมายตามแผนการสอนและสามารถสอบถามข้อมูลย้อนกลับผ่านกลุ่มไลน์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น มีการกระตุ้นเตือนทุกสัปดาห์ และสื่อสารตอบข้อซักถามผ่านไลน์ โดยมีขั้นตอนใส่ (Feed) เนื้อหาสื่อการสอน ได้แก่ วิดีโอ มีการอบรมกลุ่มทางไลน์ข้อความภาพกระตุ้นเตือน สนทนาผ่านกระดานข้อความโต้ตอบโดยมีการส่งสื่อการสอน ดังนี้

ครั้งที่ 1 เปิดสมองลูกด้วยรัก “ฝากครรภ์ครั้งแรก” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง (สัปดาห์แรกของการฝากครรภ์)

1) สร้างทัศนคติของพ่อแม่เรื่องการมอบ “ต้นทุนชีวิต” ให้ลูกตั้งแต่ในครรภ์ โดยการสร้างสมองและจิตใจไปพร้อมกันเพื่อการเป็นพ่อแม่มืออาชีพ

2) ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์และสามีเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ แนวทางปฏิบัติเพื่อการดูแลแม่และลูกในครรภ์

3) ฝึกทักษะเบื้องต้นในการใช้ลมหายใจและบทเพลงแห่งสติในการสร้างความสุขและพัฒนาสมองและจิตใจของลูกในครรภ์

4) ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่หญิงตั้งครรภ์และสามีเกี่ยวกับการรับประทานยาบำรุง การเลือกรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพช่องปาก

ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ที่ 20-26 สัปดาห์ “สร้างสมองลูกด้วยรัก” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 20 ของการฝากครรภ์)

1) สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความร่วมมือกันของหญิงตั้งครรภ์และสามีในการพัฒนาสมองและจิตใจของลูกในครรภ์

2) พัฒนาทักษะการสื่อสารด้วยหัวใจผ่านการพูดฟังและกายสัมผัสของพ่อและแม่

3) การกระตุ้นพัฒนาการของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์

4) ให้ความรู้เรื่องความเครียดกับการตั้งครรภ์พัฒนาการทารกในครรภ์และการกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์

ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ “ลมหายใจของแม่คือลมหายใจของลูก” ใช้เวลา 3 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 32 ของการฝากครรภ์)

1) ฝึกฝนเรื่องการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของร่างกายและการใช้ลมหายใจควบคุมความเจ็บปวดทางกาย

2) การเตรียมความพร้อมก่อนคลอด และแนะนำแนวทางการปฏิบัติตัวหลังคลอดของแม่

3) พัฒนาทักษะการหายใจ การผ่อนคลายร่างกายในไตรมาสสุดท้ายและในช่วงคลอด

4) สร้างความมั่นใจ เสริมพลังใจในการคลอดและการเลี้ยงลูกหลังคลอด

5) การเตรียมความพร้อมให้หญิงตั้งครรภ์และสามีสำหรับเริ่มเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด

3. หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ที่กำหนดแล้ว ในการนัดพบแพทย์อัลตราซาวด์ ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง ติดตามผลความเข้มข้นของเลือดในการเจาะเลือดครั้งที่ 2 และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้ Paired-samples t-test

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2565-009) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย

เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่ระบุชื่อ ใช้เฉพาะการศึกษาเท่านั้น และในระหว่างการวิจัยหากต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถบอกเลิกได้โดยมีต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น หลังกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นต์ยินยอม

## ผลการวิจัย

### 1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์มีอายุเฉลี่ย 27 ปี (S.D.=3.87, Min=20.00, Max=34.00) อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก 9 สัปดาห์ (S.D.=1.96, Min=4.00, Max=11.00) ส่วนใหญ่เรียนจบระดับอนุปริญญา ร้อยละ 42 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 38 ปริญญาตรี ร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 สามารถให้สามีเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีการใช้สื่อโซเชียลมีเดีย (Social media) ทั้ง Line และ Facebook ร้อยละ 97 รองลงมาคือ YouTube ร้อยละ 3 ส่วนใหญ่ศึกษาข้อมูลก่อนตั้งครรภ์ถึงการปฏิบัติตัวระหว่างตั้งครรภ์จากอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 67 จากเพื่อนหรือญาติ ร้อยละ 28 และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 5 ช่วงเวลาที่ใช้โทรศัพท์เพื่อติดต่อสื่อสารผ่านโซเชียลมีเดียมากที่สุดคือ ช่วงเวลา 18.01 น. - 20.00 น. คิดเป็น ร้อยละ 46 ช่วงเวลา 09.01 น.-12.00 น. คิดเป็น ร้อยละ 30 และช่วงเวลา 20.01 น. -24.00 น. คิดเป็น ร้อยละ 24

### 2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่อนอนอยู่ในครรภ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรก

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 13.94 (S.D.=9.64) คิดเป็นร้อยละ 69.70 (ผลคะแนนอยู่ในระดับค่อนข้างดี) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 15.00 (S.D.=4.20) คิดเป็นร้อยละ 75 (ผลคะแนนอยู่ในระดับดีมาก) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของหญิงตั้งครรภ์หลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  ดังตารางที่ 1

### ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่อนอนอยู่ในครรภ์

ความรู้การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	13.94	9.64		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	15.00	4.20	3.96	.000*

\* $p < .05$

2.2 ผลการเปรียบเทียบความเครียดในระยะตั้งครรรค์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 29.06 (S.D.=7.52) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในระยะตั้งครรรค์เท่ากับ 27.88 (S.D.=11.65) พบว่าความเครียดในระยะตั้งครรรค์หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของหญิงในระยะตั้งครรรค์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรรค์

ความเครียดของหญิงในระยะตั้งครรรค์	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	29.06	7.52		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	27.88	11.65	4.02	.000*

\* $p < .05$

ผลการเปรียบเทียบระดับความเครียดของหญิงตั้งครรรค์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรรค์ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหญิงตั้งครรรค์มีความเครียดระดับปานกลางจำนวน 41 คน (ร้อยละ 82) มีความเครียดเล็กน้อยจำนวน 9 คน (ร้อยละ 18) หลังเข้าร่วมโปรแกรมหญิงตั้งครรรค์ที่มีความเครียดปานกลางลดลงเหลือจำนวน 19 คน (ร้อยละ 38) (ในกลุ่มนี้ส่งให้คำปรึกษารายบุคคลกับนักจิตวิทยา) หญิงตั้งครรรค์มีความเครียดเล็กน้อยจำนวน 31 คน (ร้อยละ 62) พบว่าหญิงตั้งครรรค์จำนวน 22 คน (ร้อยละ 44) มีระดับความเครียดที่ลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบระดับความเครียดของหญิงตั้งครรรค์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรรค์

ความเครียดของหญิงตั้งครรรค์	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเล็กน้อย (0-23 คะแนน)	9	18	31	62
ระดับปานกลาง (24-41 คะแนน)	41	82	19	38
ระดับสูง (42-61 คะแนน)	0	0	0	0
ระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)	0	0	0	0

### 3. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ครั้งที่ 1 ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 22) มีค่าต่ำกว่า 33% (ถือว่ามีความโลหิตจางระหว่างตั้งครรรค์) ตรวจพบเป็นพาหะโรคธาลัสซีเมียซึ่งมีภาวะขาดธาตุเหล็กร่วมด้วย 6 ราย (ร้อยละ 54.55) อีก 5 รายมีภาวะขาดธาตุเหล็กอย่างเดียว รับประทานธาตุเหล็กและโพลีคเพิ่มเพื่อรักษาภาวะโลหิตจางจำนวน 11 ราย จากการติดตามครั้งที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ค่าความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้น

มากกว่าหรือเท่ากับ 33 % จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 72.73) กลุ่มตัวอย่างที่ผลความเข้มข้นของเลือดปกติในการเจาะเลือดครั้งแรกจำนวน 39 คน มีค่าความเข้มข้นเลือดลดลงจากเดิมแต่ไม่ต่ำกว่า 33 % จำนวน 8 คน (ร้อยละ 20.51) ซึ่งกลุ่มตัวอย่งนี้ไม่พบมีค่าความเข้มข้นเลือดต่ำกว่า 33 % ในการเจาะเลือดครั้งที่ 2 พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางลดลงในการตรวจเลือดครั้งที่ 2 (ครั้งแรก ร้อยละ 22 และครั้งที่ 2 ร้อยละ 6) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความเข้มข้นของเลือดครั้งแรกที่ฝากครรภ์และครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 32 สัปดาห์

ความเข้มข้นของเลือด (%)	ครั้งแรกที่ฝากครรภ์	ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 32 สัปดาห์
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
น้อยกว่า 33	11 (22)	3 (6)
ตั้งแต่ 33 ขึ้นไป	39 (78)	47 (94)

### อภิปรายผล

จากการศึกษาผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และความเครียดในระยะตั้งครรภ์ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในระยะตั้งครรภ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$  หญิงตั้งครรภ์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความรู้จากเกณฑ์ค่อนข้างดี หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความรู้ที่พัฒนาขึ้นเป็นระดับเกณฑ์ดีมาก ผลการเปรียบเทียบระดับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดเล็กน้อย พบว่าหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 44 มีระดับความเครียดที่ลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรางรัตน์ โฆษิตธนสาร (2563) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่าคะแนนความรู้และความเครียดในระยะตั้งครรภ์ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในระยะตั้งครรภ์ลดลง ซึ่งผลการศึกษากลุ่มทดลองไม่ต่างจากกลุ่มควบคุมที่อบรมโรงเรียนพ่อแม่แบบเดิมซึ่งจัดอบรมในโรงพยาบาลอย่างเดียว และสอดคล้องกับการศึกษาของเมทิกา ใหม่หลวงภาค และคณะ (2562) ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์โรงเรียนพ่อแม่ออนไลน์ (ANChpc.com) โดยศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังอบรมหญิงตั้งครรภ์ในการใช้โปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่ออนไลน์ (ANChpc.com) พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม มีเนื้อหาที่จำเป็นและครอบคลุมความรู้ที่หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องรู้ และปฏิบัติให้ถูกต้องในระหว่างตั้งครรภ์ มีเนื้อหาแผนการสอน การเตรียมตัวเป็นพ่อแม่มีอาชีพ การฝึกเจริญสติความเครียดกับการตั้งครรภ์ การกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์ การรับประทานยาบำรุงครรภ์ การดูแลสุขภาพ



ช่องปาก การเลือกรับประทานอาหาร และการสังเกตอาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ วิธีการสอนโดยผู้วิจัยได้นัดอบรมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ หญิงตั้งครรภ์และสามีจะเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกัน เหตุผลของการให้หญิงตั้งครรภ์เข้าร่วมโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่อนอนอยู่ในครรภ์พร้อมสามีคือสามีจะช่วยเป็นผู้สนับสนุนดูแลให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์ได้ และยังเป็น การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว เนื่องจากการตั้งครรภ์เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ หญิงตั้งครรภ์มีความกังวลเกี่ยวกับเรื่องทารกในครรภ์กลัวว่าจะไม่แข็งแรง ในด้านครอบครัวเกรงว่าสามีจะไม่รักและนอกใจเนื่องจากรูปร่างที่เปลี่ยนไป รวมทั้งความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่างๆ สามีจึงเป็นคนสำคัญต้องเข้าใจว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่วนหนึ่งเกิดจากการตั้งครรภ์ การเอาใจ ใส่ดูแลแสดงความรักความห่วงใย ใ้ถามถึงความไม่สบายใจและความไม่สุขสบายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยบรรเทาความกังวลของหญิงตั้งครรภ์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์สบายใจขึ้น สภาพร่างกายดีขึ้น อารมณ์แจ่มใส เบิกบาน ย่อมทำให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม ตลอดถึงมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพ่อแม่ลูกอีกด้วย สามารถลดปัญหาขัดแย้งในครอบครัวและลดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ลงได้ ผู้วิจัยแสดงวิดีโอการเรียนรู้อันแต่ละเรื่องลงในกลุ่มไลน์ส่งให้หญิงตั้งครรภ์ทุกสัปดาห์ หากไม่เข้าใจหญิงตั้งครรภ์สามารถไปดูซ้ำได้บ่อยเท่าที่ต้องการ มีการสอบถามข้อมูลที่ไม่เข้าใจผ่านช่องทางกลุ่มไลน์ ซึ่งเปิดโอกาสให้ซักถามโดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยช่วยตอบคำถามตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจคลายความวิตกกังวลความเครียดในเรื่องต่างๆและเข้าใจเนื้อหาได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีข้อความภาพกระตุ้นเตือนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนผ่านระบบออนไลน์อยู่เป็นระยะๆ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจและสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับ วราพร สุภา (2559) ศึกษาการมีส่วนร่วมของสามีในกระบวนการดูแลครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ พบว่าสามีมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลครรภ์ เมื่อมีการฟังเสียงหัวใจทารก สามีจะรีบเข้ามาฟังด้วย ช่วยประคับประคองหญิงตั้งครรภ์ขณะลูกจากเตียง แสดงถึงความผูกพันที่มีต่อภรรยาและทารกในครรภ์ สามีมีบทบาทสำคัญในการช่วยประคับประคองสายสัมพันธ์ในครอบครัว ดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจที่แข็งแรงและสมบูรณ์

การเข้าร่วมโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่อนอนอยู่ในครรภ์ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพ่อแม่เมื่อใหม่ครรภ์แรก การอบรมแบบเดิมในโรงพยาบาลหรือทางออนไลน์ล้วนมีประโยชน์ในการเสริมสร้างความมั่นใจของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมพร้อมเป็นพ่อแม่ที่มีคุณภาพของทารกในครรภ์ ในช่วงระบาดของโรคโควิด-19 เป็นช่วงเวลาที่ข้อจำกัดในการทำกลุ่มโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่อนอนอยู่ในครรภ์ การสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์จึงสามารถทดแทนการสอนแบบเดิมที่โรงพยาบาลได้ แม้จะไม่ได้อบรมที่โรงพยาบาล ซึ่งสามารถประเมินการตอบสนองแบบมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ แต่การเข้าร่วมโปรแกรมการสอนออนไลน์สะดวกกว่าในแง่ไม่ต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่าย ในการเดินทางมาโรงพยาบาล สามารถนัดหมายเวลารวมกลุ่มในเวลาที่เหมาะสม ส่งข้อมูลซ้ำๆ เพื่อกระตุ้นได้ทุกสัปดาห์ ตอบคำถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาเมื่อมีอาการผิดปกติ สามารถปรึกษาได้ทันทีที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับสามีขณะอยู่ที่บ้าน จึงสามารถลดความวิตกกังวลและความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ลงได้เป็นอย่างดี

การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การจัดโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มีประสิทธิภาพเพียงพอสำหรับการพัฒนาความรู้ในการเตรียมพร้อมสำหรับการเป็นพ่อแม่และการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ และสามารถลดความเครียดระหว่างตั้งครรภ์ลงได้

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

โปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ สามารถส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตัวเองเพิ่มขึ้นและทำให้ความเครียดในระยะตั้งครรถลดลงได้ ดังนั้นการนำสื่อสังคมออนไลน์ไปใช้จัดกิจกรรมโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์จะทำให้บุคลากรสามารถให้ความรู้ต่างๆ ได้ครบถ้วนตามเกณฑ์หลักสูตร หญิงตั้งครรภ์และสามารถเข้าถึงโปรแกรมได้ง่ายขึ้น ได้รับความสะดวกมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาเนื้อหาโรงเรียนพ่อแม่อื่นๆ ในการสอนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ให้น่าสนใจยิ่งขึ้น ระยะเวลาในการเรียนแต่ละเรื่องไม่ควรนานเกินไป มีการพัฒนาสื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพ เช่น วิดีโอสั้นๆ ไม่ควรเกิน 3 นาที ครอบคลุมเนื้อหาในการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรถรวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ควรมีการศึกษาวิจัยในส่วนของสามีของหญิงตั้งครรภ์ในแง่ของบทบาทในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์และความพึงพอใจของสามีต่อโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ร่วมด้วย เพื่อการปรับปรุงหลักสูตรและกิจกรรมให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป และควรจะมีกิจกรรมนัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เป็นระยะสำหรับผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรม หากทำการศึกษาวิจัยเพิ่มควรมีกิจกรรมกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรแบบดั้งเดิมมาเป็นกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อศึกษาดูว่าแบบไหนมีประสิทธิภาพมากกว่ากัน แต่ในทางปฏิบัติในการทำงานผู้ปฏิบัติสามารถนำข้อดีของทั้งสองรูปแบบทั้ง onsite และ online มาใช้ผสมผสานร่วมกัน และอาจใช้สื่อสังคมออนไลน์ช่องทางอื่นร่วมด้วยเช่น Facebook Zoom Cisco Webex ฯลฯ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่จิตประภัสสรตั้งแต่นอนอยู่ในครรภ์ให้น่าสนใจและสะดวกในการติดตามมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2555). *คู่มือคลายเครียดฉบับปรับปรุงใหม่*. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค. (2563). *คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย*. [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g\\_other/G42\\_1.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/G42_1.pdf)

เฉลิมพร ธิตย์ผาด และพรธณี ปัญชรหัสถกิจ. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารในสตรีตั้งครรถต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ขณะตั้งครรถที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลตติยภูมิจังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 27(4), 347-353

## เอกสารอ้างอิง

- จิรวรรณ บัวแย้ม, ศรัณญา ตันเจริญ และนาถสุดา โชติวัฒนากุลชัย. (2564). การดูแลสุขภาพช่องปากในสตรีตั้งครรภ์ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด. *เวชบัณฑิตศิริราช*, 14(1), 35-40.
- เมทิกา ใหม่หลวงภาค และวันทนา จินตวง. (2562). ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ โรงเรียนพ่อแม่ออนไลน์ (ANChpc.com).  
<https://hpc2service.anamai.moph.go.th/kmhpc2/myfile/117.pdf>.
- วราพร สุภา. (2559). การมีส่วนร่วมของสามีในกระบวนการดูแลครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. [https://km.anamai.moph.go.th/th/cluster-motherandchild/download?id=76599&mid=35275&mkey=m\\_document&lang=th&did=25800](https://km.anamai.moph.go.th/th/cluster-motherandchild/download?id=76599&mid=35275&mkey=m_document&lang=th&did=25800).
- สายน้ำผึ้ง รัตนงาม และทวีวัฒนา ทุนคุ้มทอง. (2561). ผลของโครงการจิตประภัสสรตั้งแต่ก่อนอยู่ในครรภ์วิถีพุทธของเสถียรธรรมสถาน. *วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์*, 2(2), 35-44.
- สุรางรัตน์ ไชยรัตนสาร วิไลลักษณ์ ปิยะวัฒนพงษ์ นงลักษณ์ แสนกิจตะ และอภิสรมา มาประจักษ์. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในหญิงตั้งครรภ์แรกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 13(1), 74-87.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York, Springer Publishing Company.
- World Health Organization. (2020). *COVID 19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global research and innovation forum: towards a research roadmap*.  
[https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum)

## ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการจัดการความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประภาภรณ์ เพชรมาก<sup>1\*</sup> และอดิศักดิ์ บัวศรียอด<sup>1</sup>

<sup>1</sup>โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

(วันที่รับบทความ: 3 พฤษภาคม 2566; วันที่แก้ไข: 6 สิงหาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 16 กันยายน 2566)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการจัดการความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ประกอบด้วยบุคลากรทางสุขภาพของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จำนวน 38 คน ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 - เดือนเมษายน 2566 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการจัดการความเครียดตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาร่วมกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดและความสามารถจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ Check in-Check out สติตื่นรู้ การฟังอย่างใคร่ครวญ อริยสัจ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด (SPST-20) และแบบประเมินความสามารถจัดการความเครียด ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 2 สัปดาห์ๆ ละ 4 วัน เก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาเมื่อครบ 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและความสามารถจัดการความเครียดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาโดยใช้ Paired sample t-test ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดและระดับความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถจัดการความเครียดโดยรวมและรายด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ:** โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา, การจัดการความเครียด, บุคลากรทางสุขภาพ

**\*ผู้รับผิดชอบบทความ:** ประภาภรณ์ เพชรมาก; dr.prapaporn@gmail.com

## The Effect of Contemplative Education Program on Stress Management among Health Personnel during the Coronavirus 2019 Pandemic in Det Udom Royal Crown Prince Hospital

Prapaporn Petchmark<sup>1\*</sup> and Adisak Buasriyod<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Det Udom Royal Crown Prince Hospital

(Received: 3 May 2023; Revised: 6 August 2023; Accepted: 16 September 2023)

### Abstract

This quasi-experimental research, one group pre and post-test aimed to study the effectiveness of the contemplative education program on stress management among health personnel at Det Udom Royal Crown Prince Hospital in the Coronavirus disease 2019 pandemic. The purposive sampling was conducted that consists of 38 health personnel from Det Udom Royal Crown Prince Hospital. This study was conducted between December 2022 to April 2023. The contemplative education program for stress management uses contemplative education and Lazarus & Folkman concepts for stress theory and stress management skills. There are 4 activities in the contemplative education program, check in-check-out, mindfulness, listening contemplatively, and the Four Noble Truths. Data collection tools were general collection tools, stress assessment form (SPST-20), and stress management skill assessment form. Participation time in the contemplative education program was 2 weeks, 4 days per week, followed up at the 12<sup>th</sup> week. The data were analyzed using descriptive statistics. Data were analyzed to compare differences in the mean score of stress and stress management ability before and after participating in the program using a Paired sample t-test. The study found that the mean stress scores and stress levels of health personnel after post participating in the contemplative education program were lower than before participating in the contemplative education program ( $p < .05$ ). Moreover, the mean score of overall and individual stress management skills of the health personnel after participating in the contemplative education program is significantly higher than before participating in the contemplative education program ( $p < .05$ ).

**Keywords:** contemplative education, stress management, health personnel

**\*Corresponding author:** Prapaporn Petchmark; dr.prapaporn@gmail.com



## บทนำ

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (เชื้อไวรัสโควิด-19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ มีการแพร่ระบาดอย่างเป็นวงกว้าง ประเทศไทยและทั่วโลกได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดในครั้งนี้ โดยมีผู้ป่วยติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจายของโรคจึงมีมาตรการให้รักษาระยะห่างอย่างเคร่งครัด บางพื้นที่ที่มีการระบาดมากจะใช้วิธีการจำกัดการเดินทาง จำกัดเวลาในการออกจากบ้าน จัดระเบียบการขายสินค้า รวมทั้งปิดพื้นที่สาธารณะเพื่อป้องกันการระบาด ส่งผลกระทบหลายอย่างต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จากเหตุการณ์การสูญเสียที่ไม่คาดคิด การรับข่าวสารทางสื่อต่าง ๆ รวมถึงสถานภาพทางการเงินของครอบครัว และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวัน ล้วนเป็นสาเหตุของการเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต (กรมควบคุมโรค, 2563) (World Health Organization, 2020) มีรายงานบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ร้อยละ 3.2 มีความเครียดในระดับสูง ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญคือคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี นอนหลับยากและนอนหลับน้อยกว่าวันละ 6 ชั่วโมง (Yin et al, 2019) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้บุคลากรสุขภาพมีความเครียดเพิ่มขึ้นจากการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 คือจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ที่สูง บุคลากรที่มีเด็กในครอบครัวจะเกิดความวิตกกังวลสูง จะเห็นว่าการที่ต้องเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว การทำงานหนัก พักผ่อนน้อย และการที่ต้องพบกับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ที่ไม่ได้วางแผนมาก่อนเป็นปัจจัยให้เกิดความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพ (Mo et al, 2020)

การสำรวจระดับความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพของประเทศไทยตามเขตสุขภาพในภาวะวิกฤติช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ครั้งที่หนึ่งวันที่ 12-18 มีนาคม 2563 จำนวน 605 คน และครั้งที่สองจำนวน 578 คน วันที่ 30 มีนาคม ถึงวันที่ 5 เมษายน 2563 พบว่าในระยะเวลาสองสัปดาห์ผ่านไป ระดับความเครียดของบุคลากรเพิ่มขึ้นจากความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 24.00 ในการสำรวจครั้งที่หนึ่งเพิ่มเป็นร้อยละ 34.80 ในครั้งที่สอง และความเครียดระดับมากและมากที่สุดจากร้อยละ 6.40 เป็นร้อยละ 7.80 ส่วนภาวะหมดไฟจากความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ รู้สึกหมดพลังสูญเสียพลังทางใจแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยเนื่องจากเป็นระยะเริ่มต้นของการระบาดของโรคโควิด-19 (พันธุ์ธนาภักดิ์ กิตติรัตน์ไพบุลย์ และคณะ, 2563) นอกจากนี้ยังพบความเครียดในช่วงวิกฤติโรคโควิด-19 ของบุคลากรทางสุขภาพอำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าปัญหาส่วนบุคคลที่ก่อให้เกิดความเครียดส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัญหาเศรษฐกิจมากที่สุด รองลงคือปัญหาการทำงาน ปัญหาสุขภาพและปัญหาครอบครัว ตามลำดับ บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเครียดน้อย รองลงมาคือเครียดปานกลาง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะความเครียดในช่วงวิกฤติโรคโควิด-19 ของบุคลากรทางสุขภาพ คือ อายุ ปัญหาสุขภาพและปัญหาการทำงาน (ทรงวุฒิ ชนะอุดมสุข และธีระวุธ ธรรมกุล, 2565)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 350 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงวิกฤติการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ทำให้บุคลากรทำงานหนักมากขึ้นและมีความเครียดมากขึ้น เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบกับการที่ต้องทำงานให้บริการกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ดังนั้นเพื่อเป็น

การป้องกันและดูแลช่วยเหลือบุคลากรทางสุขภาพให้สามารถคงความเข้มแข็งทางจิตใจ มีพลัง และความหวังที่จะฝ่าข้ามวิกฤตไปได้อย่างมีสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมองเห็นถึงความสำคัญของการจัดการความเครียด จึงได้ออกแบบโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาเพื่อการจัดการความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพขึ้น ตามแนวคิดด้านจิตตปัญญาศึกษา (Contemplative education) ของ ประเวศ วะสี (2550) ที่มีแนวคิดในการพัฒนาบุคคลจากภายในตนเอง โดยผ่านการมีประสบการณ์ตระหนักรู้และใคร่ครวญจนเกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์เกิดการเรียนรู้และยกระดับจิตใจ ร่วมกับการศึกษาของวิจักขณ์ พานิช (2550) ที่ได้อธิบายถึงกระบวนการเอาใจใส่จิตใจในกระบวนการเรียนรู้ซึ่งสามารถทำได้ 3 ลักษณะคือ 1) การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep Listening) คือการฟังด้วยหัวใจ ด้วยความตั้งใจอย่างสัมผัสได้ถึงรายละเอียดของสิ่งที่ฟังอย่างลึกซึ้งด้วยจิตที่ตั้งมั่น รวมถึงการรับรู้ในทางอื่น ๆ เช่น การมอง การอ่าน และการสัมผัส 2) การน้อมสู่ใจอย่างใคร่ครวญ (Contemplation) เป็นกระบวนการต่อเนื่องจากการฟังอย่างลึกซึ้งร่วมกับประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตทางอื่น ๆ เมื่อเข้ามาสู่ใจแล้วมีการน้อมนำมาคิดใคร่ครวญอย่างลึกซึ้ง ซึ่งต้องอาศัยความสงบเย็นของจิตใจเป็นพื้นฐาน 3) การเฝ้ามองเห็นตามที่เป็นจริง (Meditation) การปฏิบัติธรรมหรือภาวนา คือการเฝ้าดูธรรมชาติที่แท้ของจิตคือการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ ความบิบบิ้นที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงและสภาวะของการเป็นกระแสแห่งเหตุปัจจัยที่ไหลต่อเนื่องซึ่งการปฏิบัติภาวนาฝึกสังเกตธรรมชาติของจิตจะทำให้เราเห็นความเชื่อมโยงจากภายในสู่ภายนอกพร้อมกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดและความสามารถจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) โดยเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 Check in – Check out กิจกรรมที่ 2 สติตื่นรู้ กิจกรรมที่ 3 การฟังอย่างใคร่ครวญ และกิจกรรมที่ 4 อริยสัจ 4

จิตตปัญญาศึกษาเป็นกระบวนการเรียนรู้ด้วยใจอย่างใคร่ครวญ เน้นการพัฒนาความคิด จิตใจ อารมณ์ภายในตนเองอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง รู้คุณค่าของสิ่งต่างๆ โดยปราศจากอคติ เกิดความรัก ความเมตตา อ่อนน้อมต่อธรรมชาติ มีจิตสำนึกต่อส่วนรวมและสามารถประยุกต์เชื่อมโยงกับศาสตร์ต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างสมดุลและมีคุณค่า ด้วยเหตุนี้จิตตปัญญาศึกษาจึงเป็นทั้งแนวคิดและแนวปฏิบัติ ที่มีจุดมุ่งหมายให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงภายในตน การเปลี่ยนแปลงภายในองค์กรและการเปลี่ยนแปลงภายในสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ใช่เป็นการเปลี่ยนแปลงเล็กๆ น้อยๆ แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานอย่างลึกซึ้ง (ปราณี อ่อนศรี, 2557)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามาประยุกต์ใช้ในการศึกษาการจัดการความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการลดความเครียดและเสริมสร้างความสามารถในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ด้วยความรู้จักตนเอง มีสติสามารถวิเคราะห์ตนเองและปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น เข้าใจบุคคลอื่น ลดความเครียด ลดความวิตกกังวล คิดและมองด้านบวกมากขึ้น เกิดกำลังใจ แม้อยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

### วัตถุประสงค์การวิจัย

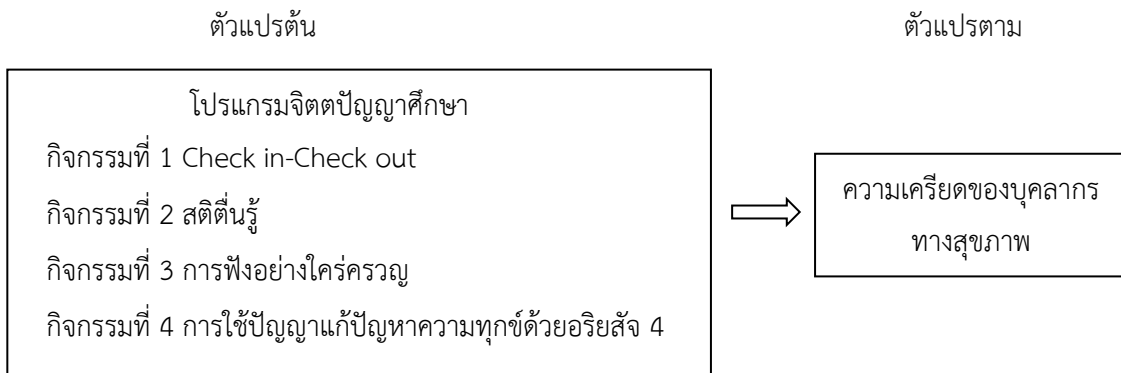
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา

### สมมติฐานการวิจัย

1. บุคลากรทางสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลง
2. บุคลากรทางสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้น

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดกิจกรรม จากแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาของ ประเวศ วะสี (2550) และวิชักษณ์ พานิช (2550) ได้อธิบายถึงกระบวนการเอาใจใส่จิตใจในกระบวนการเรียนรู้ที่มีแนวคิดในการพัฒนาบุคคลจากภายในตนเอง โดยผ่านการมีประสบการณ์ตระหนักรู้และใคร่ครวญจนเกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการที่ตนเกิดการเรียนรู้และยกระดับจิตใจ รวมทั้งแนวคิดทฤษฎีความเครียดและความสามารถจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman(1984) ซึ่งกล่าวถึงความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เป็นภาวะของความไม่สมดุลซึ่งเกิดจากการกระบวนการรับรู้หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาว่าเป็นสิ่งคุกคาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง การทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

แบบแผนการวิจัย

กำหนดให้ Q<sub>1</sub> คือ การจัดการความเครียดก่อนได้รับโปรแกรม

Q<sub>2</sub> คือ การจัดการความเครียดหลังได้รับโปรแกรม

X คือ โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา

X X

สัปดาห์ที่	Q <sub>1</sub>											Q <sub>2</sub>
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือบุคลากรทางสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 866 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรทางสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอดุสิต จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีภาวะเครียดจากการประเมินด้วยแบบประเมินความเครียด (SPST-20) มีคะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป (ระดับความเครียดปานกลางถึงระดับสูง) จำนวน 38 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย โดยคำนวณขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) โดยใช้สูตรของโคเฮน  $N = \lambda^2 f^2$  ที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 คำนวณได้ขนาดตัวอย่างน้อยสุดที่มากเพียงพอที่จะแทนประชากร (Representativeness) ได้จำนวน 26 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างทดลองในอัตราร้อยละ 15 เนื่องจากในการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ในรูปแบบ Quasi-Experimental Design จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรจะมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ไดจากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด ฉะนั้นในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 38 คน

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

1. มีภาวะเครียดจากการประเมินด้วยแบบประเมินความเครียด (SPST-20) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป (ระดับความเครียดปานกลางถึงระดับสูง)
2. ให้ความร่วมมือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ

1. เคยเข้าร่วมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษามาก่อนหน้านี้ในรอบ 3 เดือน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

การศึกษานี้ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2566

## เครื่องมือการวิจัย

### 1. โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา

โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้ออกแบบสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของตามแนวคิด จิตตปัญญาศึกษา (Contemplative education) ประเวศ วะสี (2550) และวิกัลกซ์ พานิซ (2550) ร่วมกับแนวคิด ทฤษฎีความเครียดและความสามารถจัดการความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) โดยเนื้อหากิจกรรม โปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 Check in – Check out ฝึกการสังเกตความรู้สึก เห็นและเข้าใจตัวเอง

กิจกรรมที่ 2 สติตื่นรู้ ฝึกเจริญสติและการตระหนักรู้ อยู่กับปัจจุบัน

กิจกรรมที่ 3 การฟังอย่างใคร่ครวญ ฟังด้วยหัวใจ ทำให้เข้าใจและเห็นใจผู้อื่น

กิจกรรมที่ 4 อริยสัจ 4

กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 4 วัน วันละ 6 ชั่วโมง จำนวน 2 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกันตามตารางที่กำหนดไว้ที่แตกต่างกันในแต่ละวัน ทั้ง 8 วัน ที่เข้าร่วมโปรแกรมโดยให้ครบทั้ง 4 กิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขึ้นตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด (SPST-20) (กรมสุขภาพจิต, 2555) จำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์การ แปลผล ดังนี้

0-23 คะแนน หมายถึงมีความเครียดในระดับระดับเล็กน้อย

24-41 คะแนน หมายถึงมีความเครียดในระดับปานกลาง

42-61 คะแนน หมายถึงมีความเครียดในระดับระดับสูง

62 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีความเครียดในระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถจัดการความเครียด จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด ของ Lazarus & Folkman (1984) และแบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจของสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2562) ประกอบด้วย ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (จำนวน 10 ข้อ) ด้านการปรับความคิด (จำนวน 5 ข้อ) และด้านการจัดการกับปัญหา (จำนวน 5 ข้อ) มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

เกณฑ์การแปลผลความสามารถจัดการความเครียด			
ความสามารถจัดการความเครียด	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	น้อยกว่า 27 คะแนน	27-34 คะแนน	มากกว่า 34 คะแนน
ด้านการปรับความคิด	น้อยกว่า 14 คะแนน	14-19 คะแนน	มากกว่า 19 คะแนน
ด้านการจัดการกับปัญหา	น้อยกว่า 13 คะแนน	13-18 คะแนน	มากกว่า 18 คะแนน
รวมทุกด้าน	น้อยกว่า 55 คะแนน	55-69 คะแนน	มากกว่า 69 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา ผู้วิจัยนำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.82
2. ความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) แบบประเมินการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) และแบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจ ของสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.72

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยแจกแบบวัดความเครียดและแบบประเมินการจัดการความเครียดให้กับให้กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา เป็นการเก็บข้อมูลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา
3. จัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ๆ ละ 4 วัน ในการดำเนินกิจกรรม โดยแต่ละวันกลุ่มตัวอย่าง จะเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกันตามตารางกิจกรรมที่กำหนดไว้
4. เมื่อครบจำนวนวันที่กำหนดคือสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยแจกแบบวัดความเครียดและแบบประเมินการจัดการความเครียดให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความเครียดและการจัดการความเครียดหลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาอีกครั้ง

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดและความสามารถในการจัดการความเครียด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาโดยใช้สถิติทดสอบ Paired sample t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

## จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี หนังสือเลขที่ SSJ.UB 2565-227 มีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ก่อนขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยการลงลายมือชื่อ ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆ ข้อมูลจะเก็บเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อ

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไป

บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79 รองลงมาคือเพศชาย ร้อยละ 21 และส่วนใหญ่มีอายุการปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61

### 2. ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการจัดการความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพ

ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการจัดการความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่าบุคลากรทางสุขภาพมีระดับความเครียดลดลง และบุคลากรทางสุขภาพมีความสามารถจัดการความเครียดเพิ่มขึ้น ดังนี้

#### 2.1 การประเมินความเครียด

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ที่ระดับ 39.50 ความเครียดในระดับระดับปานกลาง หลังเข้าโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดอยู่ที่ระดับ 18.20 (0-23 คะแนน) ความเครียดในระดับระดับเล็กน้อย หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา (n=38)

โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา	ความเครียด		ระดับความเครียด	t	p-value
	$\bar{x}$	S. D.			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	39.50	8.19	ปานกลาง		< .05
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	18.20	8.18	เล็กน้อย	17.27*	

\* $p < .05$



## 2.2 ความสามารถจัดการความเครียด

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถจัดการความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาด้านความมั่นคงทางอารมณ์ คะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 14.17 (น้อยกว่าเกณฑ์ปกติ) หลังเข้าร่วมโปรแกรม 21.04 (น้อยกว่าเกณฑ์ปกติ) ด้านการปรับความคิดคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 10.38 (น้อยกว่าเกณฑ์ปกติ) หลังเข้าร่วมโปรแกรม 19.82 (มากกว่าเกณฑ์ปกติ) และด้านการจัดการกับปัญหาคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 10.30 (น้อยกว่าเกณฑ์ปกติ) หลังเข้าร่วมโปรแกรม 16.60 (เกณฑ์ปกติ) โดยภาพรวมความสามารถจัดการความเครียดคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 34.93 (น้อยกว่าเกณฑ์ปกติ) หลังเข้าร่วมโปรแกรม 57.46 (เกณฑ์ปกติ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถจัดการความเครียดโดยรวมและรายด้านของบุคลากรทางสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา (n=38)

	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		<i>t</i>	<i>p</i> -value
	$\bar{x}$	S. D.	$\bar{x}$	S. D.		
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	14.17	3.63	21.04	3.50	8.73*	<.05
ด้านการปรับความคิด	10.38	3.37	19.82	3.50	18.48*	<.05
ด้านการจัดการกับปัญหา	10.38	2.59	16.60	2.15	12.56*	<.05
ภาพรวม	34.93	8.23	57.46	12.25	15.07*	<.05

\**p* < .05

## อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของบุคลากรทางสุขภาพหลังเข้าโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลง หลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถจัดการความเครียดโดยภาพรวมและรายด้านพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาบุคลากรทางสุขภาพมีความสามารถจัดการความเครียดที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามีกระบวนการที่ทำให้บุคลากรทางสุขภาพที่เข้าร่วมโปรแกรมมีสมาธิ มีสติเกิดการตระหนักรู้ ทำให้เห็นตัวเอง เข้าใจตัวเอง และยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ดีขึ้น กระบวนการของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 4 วันๆ ละ 6 ชั่วโมง จำนวนทั้งหมด 2 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 Check in – Check out เป็นกิจกรรมที่ฝึกให้บุคลากรทางสุขภาพเกิดการสังเกตความรู้สึกเห็นและเข้าใจตัวเองมากขึ้น กิจกรรมที่ 2 สติตื่นรู้ โดยกิจกรรมนี้บุคลากรทางสุขภาพจะถูกฝึกให้เจริญสติและการตระหนักรู้ อยู่กับปัจจุบัน กิจกรรมที่ 3 การฟังอย่างใคร่ครวญ โดยการฝึกฟังด้วยหัวใจ ทำให้เข้าใจและเห็นใจผู้อื่นมากขึ้น และกิจกรรมที่ 4 อริยสัจ 4 เป็นหลักคำสอนที่สำคัญของพระพุทธศาสนา

ได้แก่ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ และมรรค ส่งผลให้บุคลากรทางสุขภาพมองเห็นวิธีการดับทุกข์ สามารถลดความเครียด และจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ โดยผ่านการเรียนรู้ตลอดช่วงระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา ทำให้เกิดการพัฒนาคำสุขสงบจากภายในใจของบุคลากรทางสุขภาพได้

จากการเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาก่อให้เกิดผลลัพธ์ คือเกิดการค้นพบตนเองในระดับที่ลึกซึ้ง พร้อมกับพัฒนาทักษะความสามารถในการสังเกต วิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมิน เพิ่มการใช้วิจารณญาณ การหยั่งรู้ (Insight) และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างกลมกลืน บุคลากรทางสุขภาพที่ผ่านการอบรมจะสามารถเข้าใจตัวเอง เข้าใจผู้อื่น อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดีขึ้น และเข้าใจความเป็นจริงของชีวิตมากขึ้น เมื่อมีสถานการณ์ต่างๆ ทั้งดีและไม่ดี จะสามารถสังเกตเห็นสภาวะอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นและสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นได้เร็วขึ้น ไม่สะสมจนกลายเป็นสภาวะเครียดเรื้อรังจนเกิดโรคทางด้านจิตใจตามมา โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าที่พบมากขึ้นในปัจจุบัน ดังนั้นการนำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามาประยุกต์ใช้ในการจัดการความเครียด สำหรับบุคลากรทางสุขภาพ ช่วยส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน ตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจคนอื่นมากขึ้น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน กับผู้ป่วยและญาติ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น และเกิดความสุขในการทำงานมากขึ้นแม้ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษาสอดคล้องกับ ปิยะพงศ์ สอนลบ และคณะ (2563) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเองและความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเองและความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลหลังเรียนด้วยโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การนำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามาประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้ภาคปฏิบัติการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจคนอื่นมากขึ้น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน กับครู ทีมการพยาบาล และเกิดความสุขในขณะการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม และสอดคล้องกับ ยุพิน ศรีชาติ (2562) ศึกษาการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้วยกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาสำหรับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังเข้าร่วมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานในตนเองในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ โดยนักเรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจ และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความหมายและลักษณะของผู้มีความฉลาดทางอารมณ์ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และสามารถสร้างความสุขสงบทางใจให้เกิดขึ้นกับตนเองได้อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลมาลย์ ศรีรุ่งเรือง (2557) ศึกษาการใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาสอนนักศึกษาแพทย์ในรายวิชาสุขภาพกายและจิต ที่ต้องเจอกับสถานการณ์ที่กดดัน พบว่านักศึกษาแพทย์มีสมาธิเพิ่มขึ้น มีประสิทธิภาพในการเรียนสามารถนำไปใช้ในชีวิต ช่วยให้อะไรๆ ง่ายขึ้นได้เร็ว มองโลกในแง่ดีมีเหตุผลและความสัมพันธ์กับเพื่อนดีขึ้น สามารถจัดการความเครียดได้ดีขึ้น มีระดับความเครียดที่ลดลง

## การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา ไปปรับใช้กับบุคลากรทางสุขภาพในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล โดยจัดในลักษณะเป็นโครงการเฉพาะ หรือจัดสอดแทรกในกิจกรรมอื่นๆ เพื่อให้บุคลากรของโรงพยาบาลสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพของโรงพยาบาลมีความสุขในการปฏิบัติหน้าที่
2. สามารถนำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา ไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ในการจัดการความเครียดของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล และหน่วยงานอื่นๆ

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาถึงสาเหตุ ปัจจัยส่งเสริม และวิธีการเผชิญความเครียดในเชิงลึก ที่มีความเฉพาะเจาะจงในรายบุคคล เพื่อหาแนวทางในการวางแผนการช่วยเหลือบุคลากรทางสุขภาพที่มีความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2563). *คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย*. [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g\\_other/G42\\_1.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/G42_1.pdf)
- กรมสุขภาพจิต. (2555). *คู่มือคลายเครียดฉบับปรับปรุงใหม่*. กระทรวงสาธารณสุข.
- ทรงวุฒิ ชนชอุดมสุข และธีระวุธ ธรรมกุล. (2565). ภาวะความเครียดในช่วงวิกฤตโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอปราณบุรี จังหวัดระจวบคีรีขันธ์. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10, 20(1)*, 63-76.
- พันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. (2563). *คู่มือการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต*. <https://dmh-elibrary.org/items/show/161>.
- ปราณี อ่อนศรี. (2557). จิตตปัญญาศึกษา: การศึกษาเพื่อการพัฒนามนุษย์ในศตวรรษที่ 21. *วารสารพยาบาลทหารบก, 15(1)*, 7-11.
- ประเวศ วะสี. (2550). *มหาวิทยาลัยกับจิตตปัญญาศึกษาและไตรยางค์แห่งการศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยพงศ์ สอนลบ, เบญญาภา พรหมพุก, นันทวรรณ ชีรพงศ์ (2563). ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเอง และความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ, 26(1)*, 41-53

## เอกสารอ้างอิง

- ยุพิน ศรีชาติ. (2562). *ศึกษาการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้วยกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาสำหรับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิจักขณ์ พานิช (2550). *เรียนรู้ด้วยใจอย่างไรใคร่ครวญการศึกษาตั้งเส้นทางแสวงหาทางวิญญาณ* (พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพมหานคร: ศูนย์จิตตปัญญาศึกษาร่วมกับสวนเงินมีมา.
- วิมลมาลย์ ศรีรุ่งเรือง. (2557). *การใช้นวัตกรรมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาในนักศึกษาแพทย์ สำหรับรายวิชาสุขภาพะกายและจิต*. *Tracks & Trends in Healthcare*; 6-8 สิงหาคม 2557 คณะแพทยศาสตร์; สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2562). *แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ*.  
<https://mhc8.dmh.go.th/Files/MentalhealthFile.pdf>
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York, Springer Publishing Company.
- Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., Lang, Q., Liao, C., Wang, N, et al. (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against the COVID-19 epidemic. *Journal of Nursing Management*, 10.1111/jonm.13014.
- Yin, Q., Sun, Z., Liu, T., Ni, X., Deng, X., Jia, Y., et al. (2019). Posttraumatic stress symptoms of health care workers during the Coronavirus disease. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 27, 384-395.
- World Health Organization. (2020). *COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global research and innovation forum: towards a research roadmap*.  
[https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum)

## ผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงเฒ่า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

บังอร ทองคุณ\*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงเฒ่า ตำบลห้วยนา อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 18 กรกฎาคม 2566; วันที่แก้ไข: 18 กันยายน 2566; วันที่ตอบรับ: 26 กันยายน 2566)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงเฒ่า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 231 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน แบบสอบถาม และแบบวัดความเข้าใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการทำ content analysis

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 87.9 รองลงมาคือกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 10.8 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 1.3 การวัดความเข้าใจต่อการส่งเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล พบว่าผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกัน ภาพรวมผลการประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติ ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย หรือ 4 Smart ของกลุ่มติดสังคมระดับมาก (Mean=3.83, S.D.=0.52) กลุ่มติดบ้านระดับมาก (Mean=3.69, S.D.=0.61) ผลการวัดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ พบว่าภาพรวมกลุ่มติดสังคมอยู่ระดับมากที่สุด (Mean=4.36, S.D.=0.33) กลุ่มติดบ้านระดับมาก (Mean=3.74, S.D.=0.80) และกลุ่มติดเตียงระดับปานกลาง (Mean=3.25, S.D.=0.36) ผู้ดูแลในชุมชนเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุระดับมาก (Mean=3.56, S.D.=0.99) ผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเกิดมีมาตรการการดำเนินงานต่างๆในพื้นที่ สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นทำให้เกิดมีตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขึ้น

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ, กระบวนการมีส่วนร่วม, การดูแลสุขภาพ

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: บังอร ทองคุณ; Phafun@windowslive.com

## The Effects of Community Participation Process in Elderly Health Care Ban Muang Thao Health Promoting Hospital, Khemmarat District, Ubon Ratchathani Province

Bangon Thongkun\*

Ban Muang Thao Tambon Health Promotion Hospital Ban Muang Thao Tambon Health Promotion Hospital

(Received: 18 July 2023; Revised: 18 September 2023; Accepted: 26 September 2023)

### Abstract

This participatory action research aimed to study the effect of community participation process development in elderly health care. Participants included 231 elderly in Ban Muang Thao Health Promoting Hospital, Khemmarat district, Ubon Ratchathani province. Data were analysed using descriptive statistics: frequency, percentage and standard deviation. Employed content analysis to analyse qualitative data.

The findings revealed that the majority of the elderly were social-bound elderly (87.9%), followed by the homebound elderly (10.8%), and the bed-bound elderly (1.3%). Measuring understanding towards promoting the ability to carry out daily activities Barthel Activities of Daily Living (ADL) found that each group of elderly has different practical abilities. Overall, results of the evaluation behavior of 4 Smart (Smart walk, Smart brain, Smart sleep & emotional, Smart eat) of social bound elderly at high (Mean=3.83, S.D.=0.52), and homebound elderly at high (Mean=3.69, S.D.=0.61). The results of measuring understanding of mental health care through the 5-dimensional happiness model found that the overall social-bound elderly was at the highest level (Mean=4.36, S.D.=0.33), homebound elderly at a high level (Mean=3.74, S.D.=0.80) and bed-bound elderly at a moderate level (Mean=3.25, S.D.=0.36). Community care is those who actively contribute to the health care of the elderly (Mean=3.56, S.D.=0.99). As a result of developing the effect of the community participation process in elderly health care, there are operational measures in the area. The results can be expanded to another region and creating long-term care.

**Keywords:** elderly, community participation process, health care

**\*Corresponding author:** Bangon Thongku; Phafun@windowslive.com

## บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ประชากรมีอายุสูงขึ้นเนื่องจากอัตราเกิดที่ลดลง และมีอัตราอายุยืนยาวขึ้น โลกจึงกลายเป็นสังคมสูงอายุ (Aged society) ในปี 2563 ประชากรสูงอายุได้เพิ่มเป็น 12.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.1 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2565 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาไทย, 2564) เมื่ออายุมากขึ้น สภาพร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ ผู้สูงอายุจึงต้องมีการเตรียมตัวเพื่อยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ สังคม รวมทั้งสิ่งแวดล้อม (กรมอนามัย, 2562)

ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มวัยที่ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพราะผู้สูงอายุส่วนมากนอกจากจะมีความเสื่อมของร่างกายตามวัยแล้ว ยังอาจมีโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแล เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ มากมายที่ผู้สูงอายุและครอบครัวต้องเผชิญ ทั้งเรื่องของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุบางรายปรับตัวไม่ได้ต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว บางรายเกิดการคับข้องใจในตนเอง จนก่อให้เกิดความขัดแย้งกับลูกหลานหรือคนใกล้ชิด สะสมนานวันเข้าก็จะเป็นที่มาของความเครียด โรคซึมเศร้า และการไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิตในที่สุด (โรงพยาบาลย่นฮี, 2566) อีกทั้งพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือด (ชัยสิทธิ์ เรื่องโรจน์, 2566) ปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิต ดวงตา การได้ยิน ภาวะพลัดตกหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก ปัญหาด้านภาวะโภชนาการ และปัญหาด้านความสุขในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากอยู่บ้านตามลำพัง มีการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะและขาดการออกกำลังกาย (ศุณาลัยลักษณ์ สุรภักดิ์, 2560)

การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพ กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงสนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่การแลกเปลี่ยนและสร้างความเข้าใจร่วมกันของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรูปแบบของการมีส่วนร่วมประกอบด้วย การร่วมตัดสินใจ ร่วมในการดำเนินการ พัฒนาสุขภาพ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล (รัตนานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ, 2561) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับหมู่บ้านและระดับตำบลควรมีการวางแผนพัฒนาร่วมกัน (ธนกร สิริสุคันธา และคณะ, 2562) การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น คือการให้ความสำคัญและสร้างการมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายในพื้นที่และกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้เกิดมีความรับผิดชอบในประเด็นปัญหาและมีจิตสำนึกว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องมีความรับผิดชอบร่วมกัน (ขวัญรัตน์ บัณฑิตชัยศิลป์ และคณะ, 2562) ดังนั้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จึงควรพัฒนาศักยภาพทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการเสริมพลังในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและการปรับพฤติกรรมการมีส่วนร่วม (วคินี วีระไวทยะ, 2566)



จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงเฒ่า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่และเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงเฒ่า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action research) โดยศึกษาระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน 2566

ประชากร คือผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงเฒ่า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 2,231 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงเฒ่า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2565 ทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) โดยผู้วิจัยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 231 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้จัดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่
  - 1.1) การจัดกระบวนการกลุ่มในการวิเคราะห์บริบทชุมชน
  - 2.2) การกำหนดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการประชาคมเพื่อแจ้งผลกลับและทบทวนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมิน แบบสอบถาม และแบบวัดความเข้าใจ ดังนี้
  - 2.1) แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน พ.ศ. 2564 ของกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)
  - 2.2) แบบวัดความเข้าใจต่อการส่งเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า Rating Scale 5 ระดับ

2.3) แบบประเมินพฤติกรรมกาปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซิมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยในรอบ 1 สัปดาห์ มีพฤติกรรมกาปฏิบัติ ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาไม่เคยปฏิบัติเลย 2 คะแนน หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมกาปฏิบัติตัว 1-2 วัน ต่อสัปดาห์ 3 คะแนน หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมกาปฏิบัติตัว 3-5 วัน ต่อสัปดาห์ 4 คะแนน หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมกาปฏิบัติตัว 5-6 วัน ต่อสัปดาห์ และ 5 คะแนน หมายถึง ท่านมีพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวทุกวัน มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

- 4.21-5.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมกาปฏิบัติเหมาะสม ระดับมากที่สุด
- 3.41-4.20 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมกาปฏิบัติเหมาะสม ระดับมาก
- 2.61-3.40 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมกาปฏิบัติเหมาะสม ระดับปานกลาง
- 1.81-2.60 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมกาปฏิบัติเหมาะสม ระดับน้อย
- 1.00-1.80 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมกาปฏิบัติ ระดับต้องปรับปรุง

2.4) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบความสุข 5 มิติ

ผู้วิจัยทบทวนและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า Rating Scale 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก และ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

- 4.21-5.00 คะแนน หมายถึง มีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิต ระดับมากที่สุด
- 3.41-4.20 คะแนน หมายถึง มีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิต ระดับมาก
- 2.61-3.40 คะแนน หมายถึง มีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิต ระดับปานกลาง
- 1.81-2.60 คะแนน หมายถึง มีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิต ระดับน้อย
- 1.00-1.80 คะแนน หมายถึง มีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิต ระดับน้อยที่สุด

2.5) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง (เก็บข้อมูลวิจัยเฉพาะกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง) เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า Rating Scale 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง เป็นจริงน้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง เป็นจริงน้อย 3 คะแนน หมายถึง เป็นจริงปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง เป็นจริงมาก และ 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

- 4.21-5.00 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ระดับมากที่สุด
- 3.41-4.20 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ระดับมาก
- 2.61-3.40 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ระดับปานกลาง
- 1.81-2.60 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ระดับน้อย
- 1.00-1.80 คะแนน หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ระดับน้อยที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษาผู้วิจัยกำหนดระดับคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ทำการตรวจสอบมาแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. หาความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือที่ได้ตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุตำบลเจียด อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา นำข้อมูลไปหา ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ แบบวัดความเข้าใจต่อการส่งเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) มีค่าเท่ากับ 0.7 แบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart มีค่าเท่ากับ 0.7 แบบวัดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ มีค่าเท่ากับ 0.7 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง มีค่าเท่ากับ 0.7

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์บริบทชุมชนและสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การวิเคราะห์บริบทชุมชน และศึกษาสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนการกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงเฒ่า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การกำหนดเป้าหมายการดูแล กำหนดบทบาทภาคีเครือข่าย กำหนดบทบาทในการดูแลและกำหนดกิจกรรมส่งเสริมให้มีการร่วมกิจกรรมในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามผลการดำเนินงานต่างๆ ได้แก่

3.1 การแบ่งความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) สภาวะสุขภาพพฤติกรรมปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

3.2 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) และสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ

ขั้นตอนที่ 4 แจกผลกลับและทบทวนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงเฒ่า

4.1 การประชาคมเพื่อแจ้งผลกลับและทบทวนกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน จิตอาสา ผู้สูงอายุและญาติของผู้สูงอายุ

4.2 การขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเขมราฐ ดังนี้

4.2.1 การสร้างความเข้าใจในบทบาทของตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

4.2.2 การสร้างความเข้าใจต่อแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การส่งเสริม

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) การประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติ 4 Smart และการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ

ขั้นตอนที่ 5 สรุปผลการดำเนินงาน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยหา Content analysis จากการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

### จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2566-026 รับรองระหว่างวันที่ 30 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 29 มีนาคม 2567

### ผลการวิจัย

#### 1. การศึกษาบริบทชุมชน

การศึกษาบริบทชุมชนผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงเฒ่า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 231 คน พบว่าสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (คะแนน ADL 12-20 คะแนน) เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ พบร้อยละ 87.9 กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (คะแนน ADL 5-11 คะแนน) เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง และสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง พบร้อยละ 10.8 และกลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง (คะแนน ADL ต่ำกว่า 5 คะแนน) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ พบร้อยละ 1.3 ตามลำดับ

#### 2. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

การประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง พบปัญหาสภาวะสุขภาพ ดังนี้

2.1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พบปัญหาสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับมากที่สุด ร้อยละ 98.5 รองลงมาคือ ภาวะกลั้นปัสสาวะร้อยละ 97.5 และดัชนีมวลกาย (ภาวะโภชนาการ) ร้อยละ 87.2 ตามลำดับ

2.2) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน พบปัญหาสภาวะสุขภาพ ได้แก่ ภาวะหกล้มพบมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาคือปัญหาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 88.0 และภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 36.0 ตามลำดับ

2.3) ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง พบปัญหาสภาวะสุขภาพ ร้อยละ 100 ได้แก่ ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ มีฟันหลัง 4 คู่สบ โรคซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะ(เล็ด) ปัญหาการนอน ข้อเข่าเสื่อม และ ดัชนีมวลกาย (ภาวะโภชนาการ)

### 3. การวัดความเข้าใจต่อการส่งเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

3.1) กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ส่วนใหญ่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ตามดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น แต่มีกิจวัตรประจำวันที่พบว่าผู้สูงอายุติดเตียงและกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ต้องได้รับการช่วยเหลือ ได้แก่ การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย ร้อยละ 5.4 รองลงมาคือ การกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) โดยกลืนไม่ได้บางครั้ง (น้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) ร้อยละ 4.4 และ การใช้ห้องน้ำ (Toilet use) พบว่าผู้สูงอายุทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง ร้อยละ 3.0 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย ร้อยละ 3.0 ตามลำดับ

3.2) กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน บางส่วนยังสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ตามดัชนีบาร์เธลเอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น แต่เริ่มมีกิจวัตรประจำวันบางอย่างที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ได้แก่ การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้ ร้อยละ 92.2 ความสามารถในการกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) กลืนไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) ร้อยละ 64.0 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้ ร้อยละ 60.0 การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) 2 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย ร้อยละ 60.0 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) ไม่สามารถทำได้ ร้อยละ 60.0 ตามลำดับ

### 4. การประเมินพฤติกรรมปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart

ผลการประเมินพฤติกรรมปฏิบัติ “ไม่ล้ม (Smart Walk) ไม่ลืม (Smart Brain) ไม่ซึมเศร้า (Smart Sleep & Emotional) กินข้าวอร่อย (Smart Eat)” หรือ 4 Smart ของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยภาพรวมอยู่ระดับมาก (Mean=3.83, S.D.=0.52) ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยภาพรวมอยู่ระดับมาก (Mean=3.69, S.D.=0.61) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการแปลผลการประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม” หรือ 4 Smart ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและติดบ้าน

พฤติกรรม 4 Smart	กลุ่มติดสังคม (n=203)			กลุ่มติดบ้าน (n=25)		
	Mean	S.D.	ระดับการแปลผล	Mean	S.D.	ระดับการแปลผล
1. Smart walk	3.70	0.96	มาก	3.69	0.68	มาก
2. Smart brain	3.57	0.90	มาก	3.67	0.70	มาก
3. Smart sleep & emotional	3.65	0.92	มาก	3.75	0.68	มาก
4. Smart eat	4.48	0.92	มากที่สุด	3.64	0.79	มาก
ภาพรวม	3.83	0.52	มาก	3.69	0.61	มาก

#### 4. การวัดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมส่วนใหญ่มีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ ระดับมากที่สุด (Mean=4.36, S.D.=0.33) รองลงมาคือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ ระดับมาก (Mean=3.74, S.D.=0.80) และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ ระดับปานกลาง (Mean=3.25, S.D.=0.36) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ (n=231)

การดูแลสุขภาพจิต รูปแบบความสุข 5 มิติ	กลุ่มติดสังคม (n=203)			กลุ่มติดบ้าน (n=25)			กลุ่มติดเตียง (n=3)		
	Mean	S.D.	ระดับการแปลผล	Mean	S.D.	ระดับการแปลผล	Mean	S.D.	ระดับการแปลผล
1. ด้านสุขสบาย (Health)	4.32	0.31	มากที่สุด	4.06	0.72	มาก	3.07	0.50	ปานกลาง
2. ด้านสุขสนุก (Recreation)	4.38	0.30	มากที่สุด	3.66	0.68	มาก	3.20	0.17	ปานกลาง
3. ด้านสุขสว่าง (Cognition)	4.33	0.31	มากที่สุด	3.69	0.86	มาก	3.33	0.29	ปานกลาง
4. ด้านสุขสงบ (Peacefulness)	4.44	0.42	มากที่สุด	3.62	0.90	มาก	3.33	0.58	ปานกลาง
5. ด้านสุขสง่า (Integrity)	4.33	0.31	มากที่สุด	3.69	0.86	มาก	3.33	0.29	ปานกลาง
ภาพรวม	4.36	0.33	มากที่สุด	3.74	0.80	มาก	3.25	0.36	ปานกลาง

#### 5. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผู้ดูแลในชุมชนเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ระดับมาก (Mean=3.56, S.D.=0.99) รองลงมาคืออาสาสมัครสาธารณสุข ระดับมาก (Mean=3.43, S.D.=0.96) และ แพทย์/พยาบาล ระดับปานกลาง (Mean=3.36, S.D.= 0.44) จิตอาสา ระดับปานกลาง (Mean=3.36, S.D.=0.66) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ

ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ	Mean	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ
1. แพทย์/พยาบาล	3.36	0.44	ปานกลาง
2. นักกายภาพบำบัด	3.32	0.79	ปานกลาง
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	3.15	0.68	ปานกลาง
4. อาสาสมัครสาธารณสุข	3.43	0.96	มาก
5. ผู้ดูแลในชุมชน	3.56	0.99	มาก
6. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.29	0.65	ปานกลาง
7. ผู้นำชุมชน	3.07	0.68	ปานกลาง
8. จิตอาสา	3.36	0.66	ปานกลาง

**6. ผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ**

ผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดมีมาตรการการดำเนินงานในพื้นที่ ดังนี้

- 6.1) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว/ประชุมชี้แจงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์สปสข เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบล Long Term Care
- 6.2) เกิดกระบวนการขับเคลื่อนงานโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- 6.3) การพัฒนาบุคลากร ได้แก่ การอบรม Care Manager อบรม Care Giver อบรมการใช้โปรแกรมของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสข.) เพื่อขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในการขอรับงบประมาณ สร้างความรู้สำหรับวิทยากรครู ก และแกนนำผู้สูงอายุติดสังคม หลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” สร้างความรู้สำหรับวิทยากรครู ข และแกนนำผู้สูงอายุติดสังคม หลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสว)
- 6.4) ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการประเมิน ADL Mini-mental state examination (MMSE) และ Geriatric Syndromes เพื่อแบ่งกลุ่มการดูแลผู้สูงอายุ
- 6.5) มีการประชุม Care conference สร้าง Care Manager Care Giver และจัดทำ Care Plan ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง
- 6.6) มีจัดสรรงบประมาณจากงบกองทุนเพื่อจัดหาอุปกรณ์ หรือวัสดุที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล เช่น อุปกรณ์กายภาพ เวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่อผู้ป่วย เป็นต้น
- 6.7) มีการพัฒนาระบบข้อมูล รายงานความก้าวหน้าในการบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุ และการจัดทำ Care Plan ทุกเดือน



## 7. การขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเขมราฐ ในเขตอำเภอเขมราฐ

การขยายผลโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้เข้าร่วมประชุมมาจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเขมราฐ ในเขตอำเภอเขมราฐ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 46 คน (2 คน/แห่ง) อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 115 คน (5 คน/แห่ง) ผู้ดูแลในชุมชน จำนวน 115 คน (5 คน/แห่ง) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 46 คน (2 คน/แห่ง) ผู้นำชุมชน จำนวน 46 คน (2 คน/แห่ง) จิตอาสา จำนวน 115 คน (5 คน/แห่ง) ผู้สูงอายุและญาติ จำนวน 230 คน (10 คน/แห่ง) และการสร้างความเข้าใจต่อแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การส่งเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชชีบาร์เรลเอตีแอล การประเมินพฤติกรรม การปฏิบัติ 4 Smart และการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ

### อภิปรายผล

บริบทชุมชนบ้านม่วงเด่า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี พบกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 3 กลุ่มซึ่งใช้เกณฑ์ดัชนีบาร์เรลเอตีแอล ได้แก่กลุ่มติดสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุดในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่น ช่วยเหลือชุมชนและสังคมได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเริ่มจะมีปัญหาสภาวะสุขภาพตามการเสื่อมถอยของร่างกาย ปัญหาที่พบมากที่สุดคือปัญหาการนอนไม่หลับ ปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง และสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ปัญหาสภาวะด้านสุขภาพมีมากขึ้น เช่น ภาวะหกล้มพบมากที่สุด ปัญหาการนอนไม่หลับ รวมทั้งหลายคนมีอาการของภาวะสมองเสื่อม ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ป็นกลุ่มที่พบน้อยที่สุดในชุมชน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ปัญหาสภาวะสุขภาพที่พบ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ มีฟันหลัง 4 คู่สบ มีภาวะโรคซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะ(เล็ด) ปัญหาการนอน ข้อเข่าเสื่อม และ ดัชชีมวลกาย (ภาวะโภชนาการ) ซึ่งพบได้ในผู้สูงติดเตียงทุกราย ซึ่งปัญหาสุขภาพดังกล่าวของผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เกิดจากอายุที่มากขึ้น เกิดการเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ความสามารถด้านต่างๆเริ่มลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ จริยา กฤติยวรรณ และสุชาตามณี บุญจรัส (2560) ที่พบว่าสภาวะปัญหาของผู้สูงอายุคือปัญหาด้านสุขภาพมีโรคประจำตัว และสุขภาพไม่แข็งแรง ปัญหาด้านจิตใจคือมีความเครียดเรื่องค่าใช้จ่าย ในครอบครัว และบางรายถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง และสอดคล้องกับกาญจนา ปัญญาธร และชลการ ทรงศรี (2562) ผู้สูงอายุพบมีโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ได้รับการดูแลเป็นครั้งคราวจากครอบครัวและชุมชน การดูแลสุขภาพอนามัยไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ได้รับอาหารไม่เหมาะสม พักผ่อนไม่เพียงพอ ปัญหาขาดผู้ดูแล และไม่มีเงินในการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุยังต้องการการดูแลและการช่วยเหลือด้านต่างๆผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น บุคลากรสุขภาพ บุตรหลาน และเพื่อนบ้าน

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม (Smart walk) ไม่ลืม (Smart brain) ไม่ซึมเศร้า (Smart sleep & emotional) กินข้าวอร่อย (Smart eat)” หรือ 4 Smart ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและติดบ้านโดยภาพรวมอยู่ระดับมาก ส่วนรายด้าน Smart Eat หรือ กินข้าวอร่อย ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม พบระดับมากที่สุด เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุนี้ยังเป็นกลุ่มที่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ สามารถเดินทางไหนได้ด้วยตนเอง ซื่ออาหารรับประทานเองได้ กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงเฒ่า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แบ่งการดูแลรายข้อและตามคะแนน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) โดยการกำหนดเป้าหมายการดูแล และดูแลตามอาการ ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กำหนดบทบาทภาคีเครือข่าย และบทบาทในการดูแล โดยอาศัยการมีส่วนร่วม ของครอบครัว และชุมชน โดยการกำหนดกิจกรรมส่งเสริมให้มีการร่วมกิจกรรมในชุมชนตามบริบท เกิดเป็นกิจกรรม “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart ได้แก่ 1) Smart walk 2) Smart brain 3) Smart sleep & emotional 4) Smart eat กิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ และการกำหนดมาตรการการดำเนินงานในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ จริยา กฤติยาวรรณ และสุชาตามณี บุญจรัส (2560) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนหนองแก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาทำให้มีการวางแผนกำหนดประเด็นในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนนั้นประกอบด้วยกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 5 กิจกรรม คือ โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง และกิจกรรมการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุและกองทุนเงินกู้ยืม ซึ่งการดำเนินงานในกิจกรรมดังกล่าวได้รับความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมายสามารถดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายทุกกิจกรรมและพบว่ายังคงดำเนิน นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ พิศสมัย บุญเลิศ และคณะ (2559) ที่ได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง พัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่าย

ผลจากระบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงเฒ่า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้เกิดการขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเขมราฐ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้เข้าร่วมประชุมมาจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลเขมราฐ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข คนผู้ดูแลในชุมชน จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน จิตอาสา ผู้สูงอายุและญาติ ผลความเข้าใจในบทบาทของตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ความเข้าใจในการส่งเสริมความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ความเข้าใจต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” หรือ 4 Smart และระดับความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตผ่านรูปแบบความสุข 5 มิติ การขยายผลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลในเขตอำเภอเขมราฐ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจตรงกันและไปในทิศทางเดียวกัน

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนางานต่างๆ ในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เป็นกลไกทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับรู้ และรู้สึกว่าเขาเป็นเจ้าของ และเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องร่วมกันแก้ไข สำหรับการทำงานร่วมกับชุมชนเพื่อให้เกิดความสำเร็จควรเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ที่จะวิเคราะห์วางแผนและร่วมดำเนินการแก้ปัญหาของเขาเอง โดยผู้เกี่ยวข้องทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก และให้การสนับสนุน การมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นกระบวนการที่ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องมีโอกาสได้เข้าร่วมในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ ร่วมแสดงทัศนคติร่วมเสนอปัญหาหรือประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิดแนวทาง ร่วมแก้ไขปัญหา ร่วมในกระบวนการตัดสินใจ และร่วมกระบวนการพัฒนาในฐานะหุ้นส่วนการพัฒนา มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ติดตามตรวจสอบ การมีส่วนร่วมรับประโยชน์ ร่วมเป็นเจ้าของนโยบายสาธารณะ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอเพื่อสร้างเครือข่าย และความเข้มแข็งของชุมชนในพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ยั่งยืน
2. ควรศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในทุกกลุ่มช่วงวัยของประชาชนในพื้นที่

### เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย*. <https://www.dop.go.th/th/know/15/466>
- กรมอนามัย. (2562). *การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ*. [https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/hp-ebook\\_08\\_mini/](https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/hp-ebook_08_mini/)
- กาญจนา ปัญญาธร และชลกร ทรงศรี. (2562). การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 2(2), 41-52.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการตัดครองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ* พ.ศ. 2564. [http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file\\_download/file\\_20210129131952.pdf](http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file_download/file_20210129131952.pdf)
- ขวัญรัตน์ บัววิชัยศิลป์, ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว และอรุณ บุญสร้าง. (2562). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนนำไปใหญ่ ตำบลมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 5(3), 49-61.

## เอกสารอ้างอิง

- จรรยา กฤติยารรณ และสุชาดามณี บุญจรัส. (2560). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนหนองแก อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2.
- ชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์. (2566). การศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 3(1), 1-14.
- ธนกร สิริสุคันธา, พรนภา บุญนำมา และนภาวรณ เนตรประดิษฐ์. (2562). แนวทางการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลนาโป่งอำเภอลำปาง. *วารสารสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย*, 2(1), 8-18.
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และศุภวดี แถวเพี้ย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคกอำเภอกษัตริย์ จังหวัดร้อยเอ็ด. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(2), 79-87.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. บริษัทอมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- รัถยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วระจก, วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาลิมา साแดงสาร และดลปภัฏ ทรงเลิศ. (2561). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*. 11(1), 231-238.
- โรงพยาบาลย่นฮี. (2566). *ดูแลผู้สูงอายุคุณภาพดีมิตรใกล้ชิดแพทย์*. <https://th.yanhee.net/>.
- วศินี วีระไวทยะ. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายในอำเภอสามร้อยยอดจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 3(1), 1-12.

## ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

ธนวัฒน์ คงธรรม\*

โรงพยาบาลปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

(วันที่รับบทความ: 30 มิถุนายน 2566; วันที่แก้ไข: 24 สิงหาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 30 กันยายน 2566)

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 214 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นระหว่าง 20 มีนาคม 2566 ถึง 30 เมษายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุแบบพหุโดยใช้การวิเคราะห์ Multiple logistic regression และการประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Adjusted Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ 0.26 เท่า (AOR=0.26, 95%CI=0.08-0.80) ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ 0.09 เท่า (AOR=0.09, 95%CI=0.01-0.93) ผู้สูงอายุที่ได้รับปัจจัยทางจิตวิทยาที่ไม่ดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับปัจจัยทางจิตวิทยาที่ดี 4.47 เท่า (AOR=4.47, 95%CI=1.04-19.11) ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 7.03 เท่า (AOR=7.03, 95%CI=2.38-20.75) และผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่ดี 0.18 เท่า (AOR=0.18, 95%CI=0.05-0.58) จากผลการวิจัยการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว

**คำสำคัญ:** ปัจจัย, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: ธนวัฒน์ คงธรรม; hooley\_2524@hotmail.com

## Predicting Factors of Depression among the Elderly in Pangmapha District, Mae Hong Son Province

Tanawat Kongtham\*

Pangmapha Hospital, Mae Hong Son Province

(Received: 30 June 2023; Revised: 24 August 2023; Accepted: 30 September 2023)

### Abstract

This analytical cross-sectional research aimed to investigate predictive factors of depression among the elderly in Pangmapha District, Mae Hong Son Province. The study included the participants of 214 elderly. Data were collected using a questionnaire developed by the researcher between March 20, 2023 and April 30, 2023. The data were analyzed using both descriptive statistics and inferential statistics, including multiple logistic regression analysis, to predict depression in the elderly while estimating the 95% confidence interval for the Adjusted Odds Ratio to determine significance at a 0.05 level. The results revealed the following associations: Elderly individuals engaged in agricultural occupations were 0.26 times less likely to develop depression than those in other occupations (AOR=0.26, 95%CI=0.08-0.80). Elderly individuals with caregivers were 0.09 times less likely to develop depression than those relying on self-help (AOR=0.09, 95%CI=0.01-0.93). Elderly individuals exposed to unfavorable psychological factors were 4.47 times more likely to develop depression than those experiencing positive psychological factors (AOR=4.47, 95%CI=1.04-19.11). Elderly individuals with unhealthy behaviors had a 7.03-fold increased likelihood of developing depression compared to those with good health behaviors (AOR=7.03, 95%CI=2.38-20.75). Moreover, elderly individuals engaged in daily activities were 0.18 times less likely to experience depression than older adults with limited daily activities (AOR=0.18, 95%CI=0.05-0.58). These findings underscore the significance of attending to these factors for the prevention of depression among the elderly in Pangmapha District, Mae Hong Son Province.

**Keywords:** factors, depression, elderly

**\*Corresponding author:** Tanawat Kongtham; hooley\_2524@hotmail.com



## บทนำ

สังคมไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลให้เข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) คาดการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกในปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มขึ้น 2 เท่าตัว โดยมีจำนวนกว่า 2,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลก และ ปี ค.ศ. 2100 ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีถึง 3,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 30.0 ของประชากรโลก (United Nations, 2017) ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนกว่า 10.7 ล้านคน หรือร้อยละ 15.3 ในปี พ.ศ. 2563 และในอีก 20 ปีข้างหน้า พ.ศ. 2573 จะเพิ่มมากกว่า 2 เท่าตัว (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ, 2554) ภาวะซึมเศร้าเป็นความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าที่แฝงอยู่ในตัว และจะถูกกระตุ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นวิกฤตของชีวิต (Beck et al, 1997) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่รู้ตนเอง แต่มาพบแพทย์ด้วยอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ที่เป็นอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ (ประสพสุข ศรีแสงปาง, 2561) และองค์การอนามัยโลกพบสถิติการเกิดภาวะซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก (World Health Organization, 2017)

จากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มประชากรในวัยอื่นโดยสามารถพบได้มากถึงร้อยละ 10.0-13.0 และพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปพบเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน ร่างกาย ด้านสังคม และด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความพลัดพราก เสียชีวิตจากคนรัก ญาติ การสูญเสีย ความภาคภูมิใจในตัวเอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวในการดำรงชีวิตอย่างมาก ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ผิดหวังต่อตนเองรู้สึกไร้ค่า จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ วัยสูงอายุจะเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมทางร่างกายและเกิดการเจ็บป่วยจากความเสื่อมถอยของร่างกายซึ่งจะส่งผลต่อการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ยิ่งกว่านั้นผู้สูงอายุที่ขาดความมั่นคงด้านมิติต่างๆ จะก่อผลกระทบจำนวนมาก เช่น ผู้ที่มีร่างกายไม่แข็งแรงจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนมากและกลายมาเป็นภาระของระบบสุขภาพของประเทศ (National Clinical Guideline Centre, 2010) การเปลี่ยนแปลงของประชากรเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (World Health Organization, 2023) จากการสำรวจพบผู้สูงอายุร้อยละ 15.0 มีปัญหาเรื่องโรคซึมเศร้าและพบภาวะความทรمانจากการป่วยด้วยโรคภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความบกพร่องทั้งด้านสุขภาพกาย การทำหน้าที่และการเข้าสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความรู้สึกทรمان มีความคิดอยากทำร้ายตัวเองเพิ่ม อัตราตาย และระดับคุณภาพชีวิตลดลง ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุจากการสูญเสีย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยความรุนแรงขึ้นอยู่กับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำลงจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และในทางกลับกันเมื่อความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร่าลดลงความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองก็จะมากขึ้น (Beck AT, 1967) โดยจากการวิจัยของ Orth และคณะได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตัวเองกับภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ ที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำก็เสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง (Orth U et al, 2009) การจัดลำดับขององค์การอนามัยโลกด้านความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงของสุขภาพที่รุนแรงที่สุด เมื่อเข้าไปดูถึงผลกระทบด้าน



สุขภาพ Years Live with Disability: YLDs ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยอันดับที่ 1 ของทั้งผู้ชายและผู้หญิง และเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของนประเทศที่ด้อยพัฒนาหรือมีรายได้ต่ำถึงปานกลางทางด้านการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) และเป็นสาเหตุอันดับที่ 1 ของชาติที่มีรายได้ปานกลางและชาติที่มีรายได้สูงคิดเป็นร้อยละ 5.1 และ 8.2 ตามลำดับ (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทยปัญหาภาวะซึมเศร่ายังคงเป็นภาระโรคที่สำคัญเมื่อเปรียบเทียบความสูญเสียจาก 135 ประเภท พบว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะลำดับที่ 4 ในผู้หญิงและเป็นลำดับที่ 9 ในผู้ชาย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคทางจิตเวชพบว่า ปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับที่ 1 และ จำนวนปีที่สูญเสียทางสุขภาพ เป็นเหตุของการการสูญเสียอันดับที่ 1 ในเพศหญิง และลำดับที่ 2 ในเพศชาย ผู้สูงอายุของประเทศไทยมีภาวะซึมเศร้าเป็นภาระโรคในผู้ชายเป็นอันดับที่ 10 และในผู้หญิงเป็นอันดับที่ 5 (วิชัย เอกพลากร, 2551)

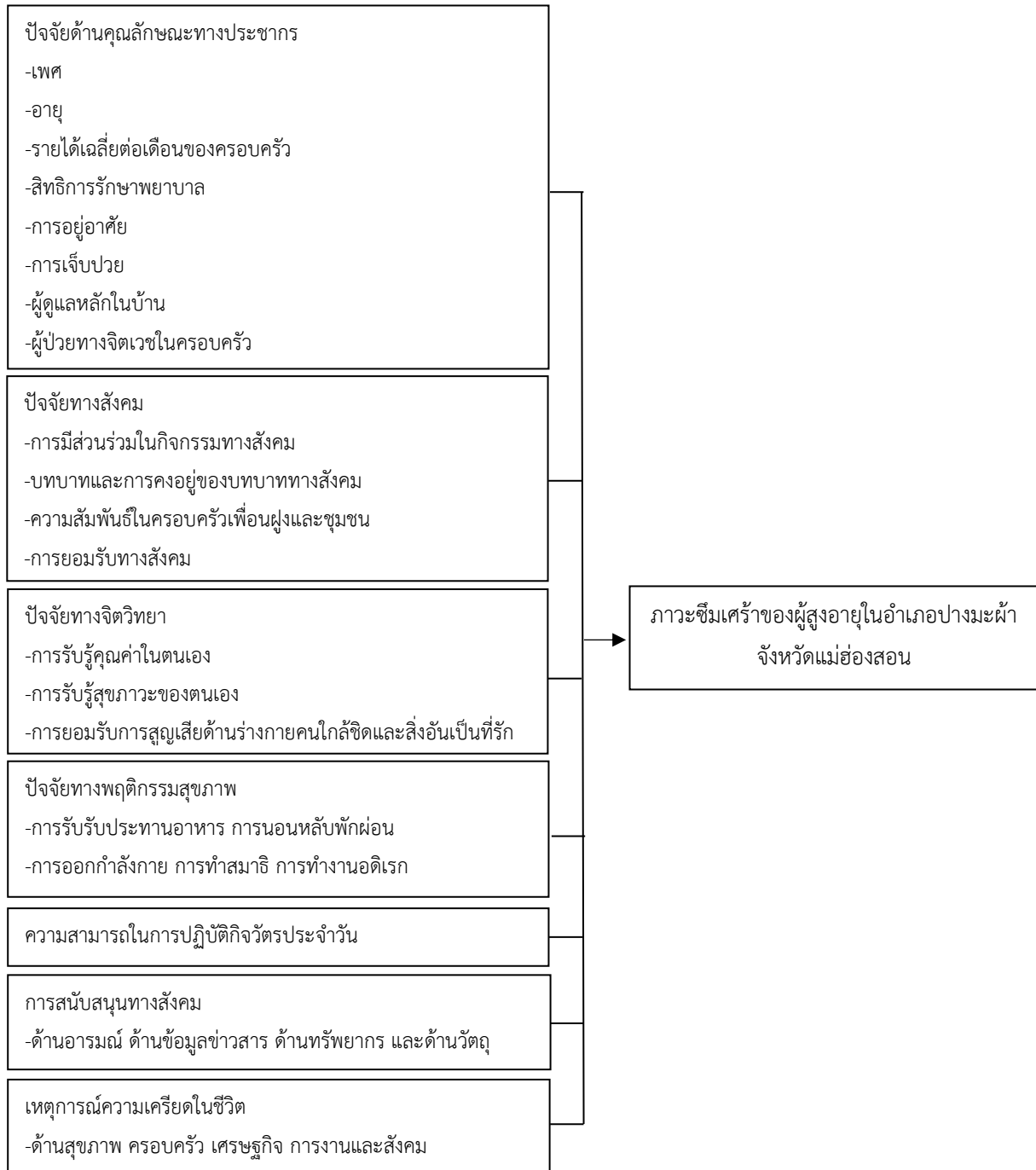
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีมากและหลากหลาย เช่น อายุ อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สุขภาพร่างกาย ความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ คุณภาพการนอนหลับ ความเครียดเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (วิหิตา ธรรมเจริญ และคณะ, 2564) เพศและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, 2564) อายุ สถานะภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความพอใจในที่พำนักอาศัย การมีเพื่อนรุ่นเดียวกัน การร่วมกิจกรรมของสังคม การพึ่งธรรมะและร่วมกิจกรรมทางศาสนา (พิทยุตม์ คงพ่วง และคณะ, 2564) ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคม การรับรู้รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม (ฐิติรัตน์ ช่างทอง, 2565) ปัจจัยด้านความหวาด ความสูญเสีย การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และความผาสุกทางใจ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (พรทิพย์ แก้วสว่าง, 2564)

จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีจำนวนผู้สูงอายุปี 2565 จำนวน 14,920 คน คิดเป็นร้อยละ 7.7 อำเภอปางมะผ้ามีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 1,869 คน คิดเป็นร้อยละ 12.3 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2562-2565 พบผู้สูงอายุจากร้อยละ 7.8 เป็นร้อยละ 12.3 แบ่งเป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงร้อยละ 10.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมดซึ่งมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วยและการขาดการเอาใจใส่ดูแล มีภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดร้อยละ 8.9 วิตกกังวลเรื่องการอยู่อาศัยร้อยละ 33.0 มีภาวะเบื่อหน่ายร้อยละ 47.0 อาจคิดทำร้ายตัวเองโดยฆ่าตัวตาย มีภาวะซึมเศร่าร้อยละ 2.7 ตามลำดับ (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2565) จากสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของพื้นที่วิจัยที่สูงขึ้น ผลกระทบที่ขยายไปทุกกลุ่มโดยเฉพาะผู้สูงอายุและครอบครัวและเป็นภาระของสังคมและประเทศชาติ ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อให้ได้ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและนำปัจจัยดังกล่าวไปใช้ในการวางแผนการดำเนินแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอนต่อไป

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล การอยู่อาศัย การเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักในบ้าน และผู้ป่วยทางจิตเวชในครอบครัวที่เป็นปัจจัย ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่เป็นปัจจัย ทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

## ระเบียบวิธีวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 15,152 คน (โรงพยาบาลปางมะผ้า, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 214 คน ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power เพื่อใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง สามารถกำหนดขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่สร้างจากสูตรของ Cohen (1989) โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการใช้โปรแกรม G\*Power ดังนี้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable logistic regression การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีรายละเอียดดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{[B(1-B)(P_0 - P_1)^2]}$$

จากการศึกษาของปีติคุณ เสตะปุระ และคณะ (2565) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 ดังนี้

$P_0$  = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.4431

$P_1$  = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 75 ปี มีภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.7480

$B$  = สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป เท่ากับ 0.3983

$P$  = สัดส่วนของตัวแปรที่ศึกษาคำนวณจาก  $[(1-B)*P_0 + (B*P_1)] = 0.5617$

$\alpha$  = ระดับนัยสำคัญ กำหนด 0.05

$Z_{1-\alpha}$  = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐาน มีค่า เท่ากับ 1.96

$\beta$  = อำนาจการทดสอบ กำหนด 0.20

$Z_{1-\beta}$  = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐาน มีค่าเท่ากับ 0.84  
 แทนค่าลงในสูตรได้

$$n = \frac{0.5617(1 - 0.5617)(1.96 + 0.84)^2}{[0.3983(1 - 0.3983)(0.4431 - 0.7480)^2]}$$

$n = 194.28 \approx 195$  คน

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีตัวแปรอิสระที่จะนำเข้า Model หลายตัว จึงทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ Multiple logistic regression (Hsieh et al, 1998) ดังนี้

$$np = \frac{n_1}{1 - \rho^2_{1,2,3,\dots,p}}$$

$np$  = ขนาดตัวอย่างที่ปรับด้วย  $\rho$

$n_1$  = ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่ได้จากการคำนวณ

$\rho_{1,2,3,\dots,p}$  = Multiple correlation coefficients หรือ ค่าสหสัมพันธ์เชิงพหุ ระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจกับตัวแปรอิสระอื่นๆ ที่เหลือ

$\rho$	$np$ (ปรับขนาดตัวอย่าง)
0.1	197
0.2	203
<b>0.3</b>	<b>214</b>
0.4	232
0.5	260
0.6	305
0.7	382
0.8	542
0.9	1026

ผู้วิจัยเลือก  $\rho=0.3$  ได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้วเท่ากับ 214 คน คณะผู้วิจัยเก็บตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุแต่ละตำบลได้ตัวอย่าง จำนวน 214 คน ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้คอมพิวเตอร์สุ่มตามรายชื่อผู้สูงอายุ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) คือ 1) ไม่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงและมีภาวะอื่นแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าไม่สามารถสื่อสารได้ (ADL=0-4) 2) ยินดีร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ 1) เกิดการเจ็บป่วยในช่วงของการเก็บข้อมูล เช่น ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 2) เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงจนไม่สามารถร่วมโครงการได้

ระยะเวลาการเก็บข้อมูลทั้งหมดในการวิจัยทำโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย การเก็บตัวอย่างระหว่างวันที่ 20 มีนาคม 2566 ถึง 30 เมษายน 2566 โดยเริ่มเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและเศรษฐกิจ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล การอยู่อาศัย การเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักในบ้าน และผู้ป่วยทางจิตเวชในครอบครัว

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคม จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก คือ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 หมายถึง เห็นด้วย 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การแปลผล คือ คะแนน 10-30 คือ มีปัจจัยทางสังคมระดับไม่ดี คะแนน 31-50 คือ มีปัจจัยทางสังคมระดับดี

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางจิตวิทยา จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก คือ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 หมายถึง เห็นด้วย 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การแปลผล คือ คะแนน 10-30 คือ มีปัจจัยทางจิตวิทยาระดับไม่ดี คะแนน 31-50 คือ มีปัจจัยทางจิตวิทยาระดับดี

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก คือ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 หมายถึง เห็นด้วย 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การแปลผล คือ คะแนน 10-30 คือ มีพฤติกรรมสุขภาพระดับไม่ดี คะแนน 31-50 คือ มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ มี 3 ตัวเลือก คือ ได้รับเป็นประจำ ได้รับนานๆครั้ง และไม่ได้รับเลย มีเกณฑ์การแปลผล คือ คะแนน 10-20 คือ การสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย คะแนน 21-30 คือ การสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

ส่วนที่ 6 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 15 ข้อ มี 3 ตัวเลือกคือ ทำได้น้อยลงมาก ทำได้น้อยมาก และทำได้เต็มที่ มีเกณฑ์การแปลผล คือ คะแนน 15-30 คือ ทำได้น้อย คะแนน 31-45 คือ ทำได้ดี

ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ มีเกณฑ์การแปลผล คือ คะแนน 0-9 คือ เครียดน้อย คะแนน 10-20 คือ เครียดมาก

ส่วนที่ 8 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) จำนวน 30 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ มีเกณฑ์การแปลผล คือ คะแนน 0-14 คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 15-30 คือ มีภาวะซึมเศร้า

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและหาความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2. ความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาและไปทดลองใช้ จำนวน 30 ชุด ในพื้นที่อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา และด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยการวิเคราะห์หาค่า KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านปัจจัยทางสังคม เท่ากับ 0.78 ปัจจัยทางจิตวิทยา เท่ากับ 0.72 พฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.74 การสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.76 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 0.82 และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เท่ากับ 0.80 ตามลำดับ

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฌิมฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75

#### 2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Inferential Statistics)

2.1 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์รายตัวแปร (Univariate Analysis) โดยทำการวิเคราะห์ Binary logistic regression ประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 ของ Crud Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 เพื่อคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทำนาย

2.2 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายของตัวแปรต้นต่าง ๆ กับตัวแปรตามโดยทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงซ้อนหลายตัวแปร multiple logistic regression ประมาณช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Adjusted Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

## จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เลขที่ MHS REC 013.2566 ลงวันที่ 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซีมเศร้าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.6 มีอายุเฉลี่ย 69.7 ปี (S.D.=5.90 ปี) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.6 มีมัธยฐานของรายได้ต่อเดือน 4,000 บาท ( $P_{25}=3,600$  บาท :  $P_{75}=5,000$  บาท) อาศัยอยู่กับอยู่กับญาติ ร้อยละ 97.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 33.3 ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ร้อยละ 97.2 และในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 33.3 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซีมเศร้าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ย 66.9 ปี (S.D.=6.82 ปี) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78.1 มีมัธยฐานของรายได้ต่อเดือน 3,000 บาท ( $P_{25}=1,000$  บาท :  $P_{75}=7,000$  บาท) อาศัยอยู่กับอยู่กับญาติ ร้อยละ 80.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 30.3 ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ร้อยละ 73.6 และในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 36.0 ตามลำดับ

### 2. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเกษตรกรมีโอกาสเกิดภาวะซีมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพอื่นๆ 0.26 เท่า (AOR=0.26, 95%CI=0.08-0.80) ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะซีมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ 0.09 เท่า (AOR=0.09, 95%CI=0.01-0.93) ผู้สูงอายุที่ได้รับปัจจัยทางจิตวิทยาที่ไม่ดีมีโอกาสเกิดภาวะซีมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับปัจจัยทางจิตวิทยาที่ดี 4.47 เท่า (AOR=4.47, 95%CI=1.04-19.11) ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีมีโอกาสเกิดภาวะซีมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 7.03 เท่า (AOR=7.03, 95%CI=2.38-20.75) และผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีมีโอกาสเกิดภาวะซีมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่ดี 0.18 เท่า (AOR=0.18, 95%CI=0.05-0.58) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความสัมพันธ์ ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน (n=214)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		OR <sub>Crude</sub> (95 %CI)	OR <sub>adj</sub> (95 %CI)	p-value
	ไม่ซึมเศร้า(%)	ซึมเศร้า(%)			
1. ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและเศรษฐกิจ					
เพศ					
หญิง	101(56.7)	20(55.6)	0.95(0.46-1.96)	0.77(0.29-2.08)	0.617
ชาย	77(43.3)	16(44.4)			
อายุ (ปี)					
> 65 ปีขึ้นไป	81(45.5)	26(72.2)	3.11(1.41-6.83)	2.23(0.82-6.02)	0.113
≤ 65 ปี	97(54.5)	10(27.8)			
อาชีพ					
เกษตรกร	139(78.1)	20(55.6)	0.35(0.16-0.74)	0.26(0.08-0.80)	0.020*
อาชีพอื่น	39(21.9)	16(44.4)			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว					
≤ 4,000 บาท	99(55.6)	19(52.8)	0.89(0.43-1.82)	0.82(0.31-2.12)	0.688
> 4,000 บาท	79(44.4)	17(47.2)			
สิทธิในการรักษาพยาบาล					
ไม่มี	107(60.1)	23(63.9)	1.17(0.55-2.46)	1.64(0.55-4.88)	0.372
มี	71(39.9)	13(36.1)			
การอยู่อาศัย					
คนอื่น	35(19.7)	1(2.8)	0.1(0.01-0.88)	0.16(0.01-1.93)	0.152
ญาติ	143(80.3)	35(97.2)			
โรคประจำตัว/การเจ็บป่วย					
มีโรคประจำตัว	54(30.3)	12(33.3)	1.14(0.53-2.46)	2.37(0.82-6.78)	0.107
ไม่มีโรคประจำตัว	124(69.7)	24(66.7)			
ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง					
มีผู้ดูแล	47(26.4)	1(2.8)	0.08(0.01-0.59)	0.09(0.01-0.93)	0.043*
ช่วยเหลือตัวเองได้	131(73.6)	35(97.2)			
ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่					
มี	64(36.0)	12(33.3)	0.89(0.41-1.90)	0.90(0.23-3.45)	0.879
ไม่มี	114(64.0)	24(66.7)			

**ตารางที่ 1** การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		OR <sub>Crude</sub> (95 %CI)	OR <sub>adj</sub> (95 %CI)	p-value
	ไม่ซึมเศร้า(%)	ซึมเศร้า(%)			
2. ปัจจัยทางสังคม					
ไม่ดี	12(6.7)	7(19.4)	3.33(1.21-9.18)	2.26(0.53-9.65)	0.268
ดี	166(93.3)	29(80.6)			
3. ปัจจัยทางจิตวิทยา					
ไม่ดี	37(20.8)	14(38.9)	2.42(1.13-5.19)	4.47(1.04-19.11)	0.043*
ดี	141(79.2)	22(61.1)			
4. ปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ					
ไม่ดี	64(36.0)	28(77.8)	6.23(2.68-14.48)	7.03(2.38-20.75)	<0.001**
ดี	114(64.0)	8(22.2)			
5. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม					
น้อย	168(94.4)	33(91.7)	0.65(0.17-2.50)	0.60(0.11-3.21)	0.556
มาก	10(5.6)	3(8.3)			
6. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
ทำได้ดี	159(89.3)	24(6.7)	0.23(0.10-0.55)	0.18(0.05-0.58)	0.004*
ทำได้น้อย	19(10.7)	12(33.3)			
7. ปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา					
น้อย	43(24.2)	11(30.6)	1.38(0.62-3.03)	1.09(0.31-3.73)	0.889
มาก	135(75.8)	25(69.4)			

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

### อภิปรายผล

การประกอบอาชีพเกษตรกรรมปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร และถึงแม้ว่าจะอายุเข้าสู่วัยสูงอายุกิจวัตรประจำวันหรือแนวทางการประกอบอาชีพก็ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากนักหรืออาจไม่เปลี่ยนแปลงเลย ผิดกับอาชีพอื่นที่อาจต้องมีการปรับตัวพอสมควรในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น ช่างราชการต้องเปลี่ยนวิถีชีวิตจากการไปทำงานที่สถานที่ทำงานเป็นลักษณะอื่น ฉะนั้นอาชีพเกษตรกรรมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอปางมะผ้า สอดคล้องกับการศึกษาของวิชาภรณ์ คันทะมูล และคณะ (2559) พบว่า บทบาททางสังคม การรับรู้สภาวะสุขภาพของตน พฤติกรรมสุขภาพ เพศ ระดับการศึกษา และ อาชีพ มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 โดยสามารถร่วมทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 67.0 ศิริภัทรา จุฑามณี และคณะ (2562) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านชีวภาพ และมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม และ อิทธิพล พลเยี่ยม (2556) พบว่า อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เนื่องจากผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ต้องการความช่วยเหลือและกำลังใจที่ดีในการดำเนินชีวิต ยิ่งอายุมากขึ้นความต้องการความพึงพามีมาก ตามไปด้วย โดยเฉพาะการให้การสนับสนุนด้านจิตใจที่ผู้สูงอายุต้องการอย่างมากเนื่องจากสถานที่เปลี่ยนไป ความ กลัวการยอมรับ กลัวไม่สามารถทำในสิ่งที่เคยทำได้แต่กลับทำไม่ได้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนี้อาจไม่มีความ คล่องตัวเหมือนเดิม การช่วยเหลือตัวเองที่อาจมีข้อจำกัดมากขึ้น ฉะนั้นการมีผู้ดูแลจะช่วยให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของวิภา ไพนิกพันธ์ และคณะ (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุ ในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มอายุ 60-70 ปี มีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.41 เท่า กับกลุ่มอายุอื่น (OR=0.41, 95%CI=0.20-0.84,  $p$ -value=0.014) กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสมีภาวะซึมเศร้า เป็น 2 เท่า กับสถานภาพอื่น (OR=2.24, 95%CI=1.12-4.54,  $p$ -value=0.023) กลุ่มสถานภาพการเป็นอยู่ที่อาศัยอยู่ กับครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.41 เท่า กับกลุ่มสถานภาพการเป็นอยู่อื่น หรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวไม่ มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 59.0 (OR=0.41, 95%CI=0.20-0.84,  $p$ -value=0.013) กลุ่มการมีผู้ดูแลมีภาวะ ซึมเศร้าเป็น 0.16 เท่า กับกลุ่มไม่มีผู้ดูแล (OR=0.16, 95%CI=0.04-0.66,  $p$ -value=0.005) กลุ่มที่สามารถจัดการ กับความเครียดได้มีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.28 เท่า กับกลุ่มจัดการไม่ได้ หรือผู้สูงอายุที่สามารถจัดการกับความเครียดได้ ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 72.0 (OR=0.28, 95%CI=0.13-0.58,  $p$ -value=0.001) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ของ คนในครอบครัวมีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวระดับต่ำมีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.24 เท่า หรือผู้สูงอายุที่มีกิจกรรม ทำร่วมกันในครอบครัวไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 76.0 (OR=0.24, 95%CI=0.12-0.51,  $p$ -value<0.001)

ปัจจัยทางจิตวิทยาเป็นภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เนื่องจากปัจจัย ทางจิตวิทยาเป็นปัจจัยที่แสดงถึงการรับรู้คุณค่าในตัวเอง การเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน การรักตัวเองตลอดจน การยอมรับกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตประจำวัน ซึ่งเหตุการณ์เหล่านั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้แก่ การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้สุขภาพของตนเอง และการ ยอมรับต่อการสูญเสียด้านร่างกายคนใกล้ชิดและสิ่งอันเป็นที่รัก สอดคล้องกับการศึกษาของธนา คลองงาม (2564) พบว่า ปัจจัยด้านเหตุการณ์ความเครียด พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทางจิตวิทยา การสนับสนุนทางสังคม อายุ และ ปัจจัยทางสังคมมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ สุรเดช ขว เดช (2562) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยด้านจิตวิทยามีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เนื่องจาก พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยบ่งชี้การเจ็บป่วยด้านร่างกายที่จะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีการ

ดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยเฉพาะเรื่อง 3 อ 2 ส รวมถึงการได้พักผ่อนที่เพียงพอ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำสมาธิ และการทำงานอดิเรกที่จะส่งผลต่อการเจ็บป่วยและโรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน สอดคล้องกับการศึกษาของธนา คลองงาม (2564) พบว่า เหตุการณ์ความเครียด พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยทางจิตวิทยา การสนับสนุนทางสังคม อายุ และ ปัจจัยทางสังคม มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ และ สุรเดช ชวะเดช (2562) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยด้านจิตวิทยามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เนื่องจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคือความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เช่น การขับถ่าย การรับประทานอาหาร หรือ การอาบน้ำ หรือ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในการประกอบกิจวัตรประจำวันซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุสามารถทำได้เป็นปกติก็เป็นเรื่องที่ไม่น่ากังวล แต่เมื่ออายุเพิ่มขึ้นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ก็ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงเป็นภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน สอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ (2564) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต เพศ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี พิทยุต์ม์ คงพ่วง และคณะ (2564) พบว่า อายุ สถานะภาพสมรส การมีรายได้เพียงพอกับการดำรงชีวิต การเจ็บป่วยมีโรคประจำ ความสามารถในการเดินทางได้ด้วยตนเอง ความสามารถในการเข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 พรทิพย์ แก้วสว่าง (2564) พบว่า ความวิตกกังวล เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และความผาสุกทางใจเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และสุรเดช ชวะเดช (2562) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยด้านจิตวิทยามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ใช้ในการวางแผนการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยนำปัจจัยทำนายดังกล่าวไปใช้ในการวางแผนร่วมกันของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้รับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ที่มีและมีการทำงานร่วมกันเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอนให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน แบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการระดมพลังเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน หรือ สร้างนวัตกรรม หรือ โปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน เกิดประสิทธิผลต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- ฐิติรัตน์ ช่างทอง และเกษตรชัย และหิม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 17(2), 54-64.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-116
- ธนา คลองงาม. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 1(4), 174-181.
- ปิติคุณ เสตะปุระ และณัฐกุล ไชยสงคราม. (2565). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 1070-1084.
- ประสพสุข ศรีแสงปาง. (2561). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ความลุ่มลึกในการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(1), 129-140.
- พรทิพย์ แก้วสว่าง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 19(1), 36-48.
- พิทยุต์ม์ คงพ่วง พิมพพรรณ อำพันธ์ทอง วัชรีย์ เพ็ชรวงษ์ และสุนันตรา ชำนวนทอง. (2564). ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(11), 338-348.
- โรงพยาบาลปางมะผ้า. (2565). *สรุปรายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565*.
- วิชัย เอกพลากร. (2551). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ฉบับ สุขภาพเด็ก พ.ศ. 2551-52*, นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- วิชาการณ์ คันทะมูล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 10(3), 83-92.
- วิทมา ธรรมเจริญ นิตศนีย์ เจริญงาม ญาตาภา โชติดีติก และนิตยา ทองหนูน้อย. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 15(3), 52-62.

## เอกสารอ้างอิง

- วิภา ไพนิกพันธ์ บุษกร เพิ่มพูล และวรงค์ วิชัยโย. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 4(1), 11-23.
- ศิริภัทตรา จุฑามณี สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา และเพชรไพลิน พิบูลนิเกษม. (2562). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(2), 141-148.
- สุรเดชช ชวะเดช. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 2(3), 174-181.
- อิทธิพล พลเยี่ยม. (2556). *ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโรคติดต่อและวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ ญัฐปภัสน์ นวลสีทอง ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และฐาติมา เพชรนุ้ย. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารพยาบาล*, 70(4), 20-27.
- Beck A.T. (1967). *Depression: Clinic, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1997). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Cohen, H.G., Staley, F.A. and Willis J.H. (1989). *Teaching science as a decision making process*. 2<sup>nd</sup>. Iowa: Kendall/ Hunt Publishing Company.
- Hsieh, F.Y., Bloch, D.A., & Larsen, M.D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in medicine*, 17(14), 1623-1634.
- Orth, U., Robins, R.W., Trzesniewski, K.H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of abnormal psychology*, 118(3), 472-478.
- National Clinical Guideline Centre. (2010). *Delirium: Diagnosis, prevention and management*. Royal College of Physicians (UK).
- United Nations. (2017). *World population prospects: The 2017 revision - Key Findings and Advance Tables*.
- World Health Organization. (2017). *World Health Day 2017 - Depression: let's talk*.  
<https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/04/07/default-calendar/world-health-day-2017>.



### เอกสารอ้างอิง

World Health Organization. (2023). Depression. [https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1).



## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโสธร

อมรรัตน์ สุนทรพุทธศาสน์\*

โรงพยาบาลจังหวัดยโสธร

(วันที่รับบทความ: 16 กรกฎาคม 2566 ; วันที่แก้ไข: 5 ตุลาคม 2566 ; วันที่ตอบรับ: 26 ตุลาคม 2566)

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary analysis study) จากการสำรวจความสุขในการทำงานของบุคลากร (Happinometer) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโสธร ประจำปีงบประมาณ 2565 ระหว่าง ธันวาคม 2564 ถึง กุมภาพันธ์ 2565 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโสธร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 290 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ สถิติครามเมอร์ วี และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดช่วงเชื่อมั่นที่ 95%

ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.10 มีอายุเฉลี่ย 39 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.62 ทำงานด้านการบริการร้อยละ 68.62 อยู่ในระดับปฏิบัติงาน ร้อยละ 88.97 มีความผูกพันองค์กร ร้อยละ 83.79 และมีความสมดุลชีวิตการทำงาน ร้อยละ 54.83 ผลการวิเคราะห์อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของบุคลากรในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $\chi^2 = 6.80$ ; p-value = 0.033,  $V = 0.15$ ) ความผูกพันองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของบุคลากรในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.66$ , 95%CI: 0.59 - 0.72; p-value <0.001) และความสมดุลชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของบุคลากรในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.21$ , 95%CI: 0.10 - 0.32; p-value <0.001) จากผลการวิจัยนำไปใช้วางแผนพัฒนาให้บุคลากรมีความรู้สึกพึงพอใจกับชีวิตตนเอง เสริมสร้างความจงรักภักดีต่อองค์กร

**คำสำคัญ:** ความสุข, ความผูกพันองค์กร, ความสมดุลชีวิตการทำงาน

**\*ผู้รับผิดชอบบทความ :** อมรรัตน์ สุนทรพุทธศาสน์, lekmajes@gmail.com

## Factors associated with happiness at work among Yasothon hospital staff

Amonrat Sunthonputtasast\*

Yasothon Provincial Hospital

(Received: 16 July 2023; Revised: 5 October 2023; Accepted: 26 October 2023)

### Abstract

This study was a secondary data analysis from the survey of work happiness of personnel working at Yasothon Hospital in fiscal year 2022, between December 2021 and February 2022. The aim of study was to study factors related to the happiness of personnel working in Yasothon Hospital. The sample consisted of 290 people. The data was analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, average and standard deviation. Chi-square statistics Kramer V statistics and Pearson correlation coefficient statistics were used for analysis correlation (95% confidence interval).

The results found that most sample were female (73.10 %), an average age was 39 years. Marital status was 58.62%, work in services was 68.62 % that were at the operational level 88.97 %. Organizational commitment was 83.79% and work-life balance was 54.83%. There was low correlation between age and personnel happiness ( $\chi^2 = 6.80$ ; p-value = 0.033,  $V = 0.15$ ), organizational commitment was positive with personnel happiness at a moderate level ( $r = 0.66$ , 95%CI: 0.59 - 0.72; p-value <0.001). The work-life balance was a positive relationship with personnel happiness at a low level ( $r = 0.21$ , 95%CI: 0.10 - 0.32; p-value <0.001). The research results can be used for planning to develop personnel satisfaction of with their own lives. Strengthen loyalty to the organization.

**Keywords :** happiness, organizational commitment, work-life balance

**\*Corresponding author :** Amonrat Sunthonputtasast, lekmajes@gmail.com

## บทนำ

“ความสุขของบุคลากร” เป็นเงื่อนไขที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพทรัพยากรบุคคล ที่เป็นหัวใจในการขับเคลื่อนประเทศให้เจริญก้าวหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2561) สถานการณ์ความสุขของบุคลากรในประเทศไทย พ.ศ. 2564 มีค่าคะแนนร้อยละ 61.30 อยู่ในระดับมีความสุข เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านจิตวิญญาณดีมีค่าสูงสุด ร้อยละ 68.50 สำหรับด้านสุขภาพการเงินดี จัดได้ว่ามีค่าต่ำสุด ร้อยละ 52.80 ถึงแม้ว่าจะมีค่าต่ำสุดแต่ก็ยังจัดอยู่ในระดับมีความสุขตามเป้าหมาย (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต และคณะ, 2565) ในปัจจุบันการวัดความสุขของบุคลากรในองค์กรมีความหลากหลาย แต่ที่นิยมใช้เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง (Happinometer) สำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ทั้งยังสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของบุคลากรในองค์กรทุกประเภทและทุกระดับ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2561)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบแนวทางการประเมินความสุขของบุคลากร เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำรงรักษาบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข เสริมสร้างความรัก ความผูกพันองค์กร ลดปัญหาจากปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ที่ส่งผลให้บุคลากรไม่มีความสุขในการทำงาน กลุ่มเป้าหมายในการตอบแบบประเมินประกอบด้วย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง และลูกจ้างชั่วคราว ไม่นับรวมลูกจ้างโครงการและพนักงานจ้างเหมา (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) บุคลากรมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุผลสำเร็จ ดังนั้นความผูกพันองค์กร เป็นสิ่งสำคัญต่อความคงอยู่ของบุคลากร รวมถึงเป็นแรงผลักดันช่วยให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ด้วยความรู้สึกที่ตนเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรเมื่อบุคลากรมีความผูกพันองค์กรก็จะมี ความตั้งใจทุ่มเททำงานเพิ่มมากขึ้น เป็นสิ่งผูกมัดให้ปฏิบัติงานและทำให้การลาออกลดน้อยลง (ปริญญช ชัยกองเกียรติ และคณะ, 2562) รวมถึงการสร้างสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานของบุคลากร เป็นการกำหนดเวลาในการดำเนินชีวิตให้มีสัดส่วนที่เหมาะสมสำหรับงาน ครอบครัว สังคม และตนเอง เพื่อลดผลกระทบจากการทำงานหนักเกินไป จะมีประโยชน์สำหรับบุคลากรยุคใหม่ ทั้งที่ทำงานประจำหรืออาชีพอิสระ บุคลากรแต่ละคนมักพบความแตกต่างระหว่างบุคคลในความสัมพันธ์ดังกล่าว เนื่องด้วยแต่ละคนมีความต้องการและบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันไปตามสภาพชีวิตของแต่ละคน (พูนศักดิ์ ศรีประพัฒน์, 2566)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านสุขภาพของหน่วยงานในระดับจังหวัด นอกจากนี้ โรงพยาบาลยโสธร อยู่ภายใต้การกำกับดูแลนี้ด้วย กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลการสูญเสียบุคลากรในสังกัด ที่ลาออก การถูกให้ออกและการโอนย้าย เพื่อศึกษาสถานการณ์กำลังคนด้วยการวิเคราะห์หาสาเหตุการสูญเสีย อัตราการคงอยู่ และอัตราการสูญเสียของบุคลากรสาธารณสุข นำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (นริศรา อารีรักษ์ และคณะ, 2564) ในปีงบประมาณ 2561 มีอัตราการสูญเสียกำลังคน ร้อยละ 2.39 กลุ่มที่มีอัตราการสูญเสียสูงสุด คือ ลูกจ้างชั่วคราว เนื่องด้วยได้รับการบรรจุเข้ารับราชการ การลาออกไปประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว การลาเพื่อเข้าศึกษาต่อในระดับ

ที่สูงขึ้นและปัญหาสุขภาพของตนเอง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2561) เหตุผลการลาออกดังกล่าวนี้ไม่สามารถนับรวมเหตุผลที่เกิดขึ้นจากปัจจัยด้านจิตใจของบุคลากร อาทิ ความผูกพัน ความสุขและความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงาน

อดีตเคยมีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ “ความสุขของบุคลากร” ไว้อย่างแพร่หลาย อาทิ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับตำแหน่ง การจ้างงาน รายได้ ระดับการศึกษา สภาพการทำงาน สวัสดิการความผูกพันองค์กร ความสมดุลชีวิตการทำงาน คุณภาพชีวิตการทำงาน และการรับรู้ในองค์กร เป็นต้น ผลการศึกษาต่างแสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องกับความสุขของบุคลากร (รัชนิกรณ์ ปานวงษ์ และคณะ, 2563; ตระกูล จิตวัฒนากร, 2564; ขจรศักดิ์ สุขเปรม, 2565) ดังการศึกษาของ รัชนิกรณ์ ปานวงษ์ และคณะ (2563) พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความสุขในการทำงานภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.60, S.D. = 0.47) การศึกษาของ วรากร ทร์พวิระปกรณ์ และพัชรี ฤงแก้ว (2559) พบว่า ความสมดุลชีวิตมีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value < 0.001) ความผูกพันองค์กร มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value = 0.009) และการศึกษาของ ตระกูล จิตวัฒนากร (2564) ได้สรุปถึงแนวทางการสร้างความสุขในการทำงานไว้ดังนี้ 1.การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมความสุขในการทำงาน 2.การส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ 3.การให้ความสนใจ เอาใจใส่ในงาน และสนับสนุนการเรียนรู้ตลอดเวลา และ 4.การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ทั้งยังมีผลการศึกษาอื่นที่ขัดแย้งกับการศึกษาข้างต้นที่ไม่อาจหาข้อสรุปได้ จึงไม่อาจกล่าวสรุปได้ว่าบุคลากรของโรงพยาบาลยโสธรจะมีความสุข ความผูกพันองค์กร ความสมดุลชีวิตการทำงาน และมีแนวทางการสร้างความสุขในการทำงาน ดังเช่นผลการศึกษาดังกล่าว

ด้วยเหตุผลข้างต้น จึงได้มีการวิจัยความสุขของบุคลากรในโรงพยาบาลยโสธร ดำเนินการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลยโสธร เพื่อนำผลที่ได้รับจากการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาให้บุคลากรรู้สึกพึงพอใจกับชีวิตตนเอง มีความสุขกับภาระงานที่ได้รับมอบหมายก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน เสริมสร้างความจงรักภักดีต่อองค์กร รวมถึงการเป็นต้นแบบสร้างความสุขในการทำงาน เป็นมาตรฐานในการดูแลบุคลากรให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ ที่สนใจต่อไป

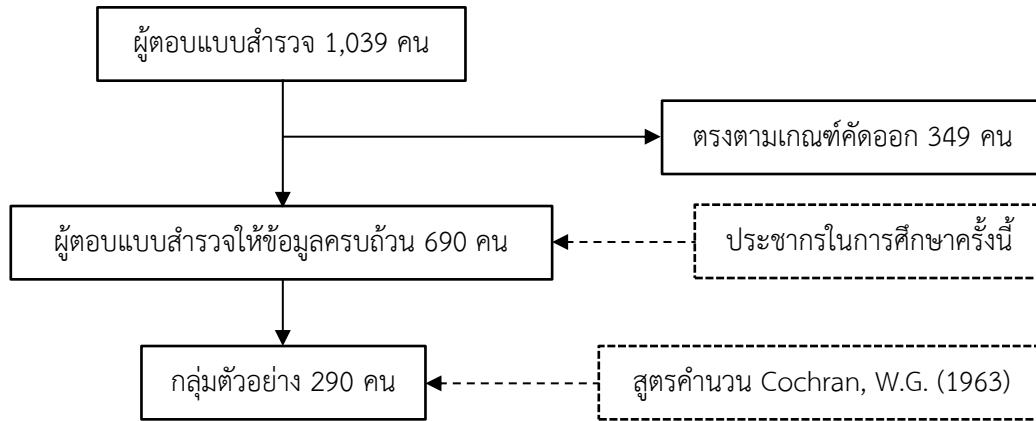
## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลยโสธร

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary analysis study) จากการสำรวจความสุขในการทำงานของบุคลากร (Happinometer) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลยโสธร ประจำปีงบประมาณ 2565 สํารวจข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 ผู้ตอบแบบสำรวจจำนวน 1,039 คนการคัดเลือกประชากรมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ บุคลากรที่ตอบแบบสำรวจความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล

จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2565 เกณฑ์การคัดออก คือ บุคลากรให้ข้อมูลตอบกลับแบบสำรวจความสุขการทำงาน ไม่ครบถ้วน อายุการปฏิบัติงานน้อยกว่า 6 เดือน ลูกจ้างโครงการหรือพนักงานจ้างเหมาบริการ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการสำรวจความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลยโสธร ประจำปีงบประมาณ 2565

การศึกษามุ่งหวังในการบรรยายความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันองค์กร ความสมดุลชีวิตการทำงาน กับความสุขของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัดยโสธร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ได้จากการนำประชากรที่ศึกษาจำนวน 690 คน (โรงพยาบาลจังหวัดยโสธร, 2566) ไปคำนวณหาขนาดตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าสัดส่วนประชากร กรณีที่ทราบจำนวนประชากรอย่างแน่ชัด ด้วยสูตรการคำนวณของ Cochran, W.G. (1963) ดังต่อไปนี้

สูตร

$$n = \frac{NZ^2P(1 - P)}{NE^2 + Z^2P(1 - P)}$$

เมื่อ

- n = จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
- N = จำนวนประชากรทั้งหมด คือ บุคลากรจำนวน 960 คน  
ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัดยโสธร
- Z = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 1.96  
เมื่อกำหนดให้ความเชื่อมั่น 95%
- E = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05
- P = ค่าสัดส่วนความสุขในการทำงานของบุคลากร มีค่าเท่ากับ 0.56  
(รุ่งอรุณ กระทบทกกาญจน์และคณะ, 2563)

ผลการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัดยโสธร จำนวน 290 คน ซึ่งเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอและเหมาะสมสำหรับเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรที่สามารถนำไปศึกษาและอ้างอิงได้ (ดังภาพที่ 1)

### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ แบบประเมินความสุขด้วยตนเอง (Happinometer) สำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (2561) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 3 ส่วนดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความแบบปลายปิด จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ภูมิภาค สถานภาพสมรส ลักษณะงาน ระดับตำแหน่ง การจ้างงาน เวิร์กการปฏิบัติงาน และการเปลี่ยนงาน

**ส่วนที่ 2** แบบวัดความสุขของบุคลากร เป็นแบบสอบถามปลายปิด ลักษณะข้อความแบบเลือกตอบ พิจารณาเลือกเพียงคำตอบเดียวจาก 5 ตัวเลือก จำนวน 54 ข้อ ประกอบด้วย 9 มิติ ดังนี้ สุขภาพกายดี ผ่อนคลายดี น้ำใจดี จิตวิญญาณดี ครอบครัวดี สังคมดี ใฝ่รู้ดี สุขภาพเงินดี และการงานดี เกณฑ์การแปลผล ค่าคะแนนจะอยู่ในช่วง 1 ถึง 100 แบ่งการแปลผลความสุขออกเป็น 2 ระดับ หากคะแนนเฉลี่ยมีค่าระหว่าง 0.00 - 44.99 หมายถึง มีความสุขน้อย และคะแนนเฉลี่ยมีค่าระหว่าง 50.00 - 100.00 หมายถึง มีความสุขมาก

**ส่วนที่ 3** แบบวัดความผูกพันองค์กร เป็นแบบสอบถามปลายปิด ลักษณะข้อความแบบเลือกตอบ พิจารณาเลือกเพียงคำตอบเดียวจาก 5 ตัวเลือก จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย 3 มิติ ดังนี้ การกล่าวถึงองค์กร การดำรงอยู่ และภูมิใจในองค์กร เกณฑ์การแปลผล ค่าคะแนนจะอยู่ในช่วง 1 ถึง 100 แบ่งการแปลผลความผูกพันองค์กรออกเป็น 2 ระดับ หากคะแนนเฉลี่ยมีค่าระหว่าง 0.00 - 44.99 หมายถึง ความผูกพันองค์กรน้อย และคะแนนเฉลี่ยมีค่าระหว่าง 50.00 - 100.00 หมายถึง ความผูกพันองค์กรมาก

**ส่วนที่ 4** แบบวัดความสมดุลชีวิตการทำงาน เป็นแบบสอบถามปลายปิด ลักษณะข้อความแบบเลือกตอบ พิจารณาเลือกเพียงคำตอบเดียวจาก 5 ตัวเลือก จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การแปลผล ค่าคะแนนจะอยู่ในช่วง 1 ถึง 100 แบ่งการแปลผลความสมดุลชีวิตการทำงานออกเป็น 2 ระดับ หากคะแนนเฉลี่ยมีค่าระหว่าง 0.00 - 44.99 หมายถึง สมดุลชีวิตการทำงานน้อย และคะแนนเฉลี่ยมีค่าระหว่าง 50.00 - 100.00 หมายถึง สมดุลชีวิตการทำงานมาก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสำรวจความสุข (Happinometer) สำหรับบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (2561) ผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ดังต่อไปนี้ 1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านคุณภาพชีวิต สุขภาพจิต พิจารณาความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการประเมิน จำนวน 9 ครั้ง 2. ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์ปัจจัย 3. ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ

Cronbach's ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบสำรวจดังกล่าวมีมาตรฐานและเชื่อถือได้ ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากแบบสำรวจดังกล่าวมีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ YST 2023-21 ลงวันที่ 1 มิถุนายน 2566 เห็นชอบและสอดคล้องตามประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลโสธร

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เลือกวิธีการทางสถิติตามข้อตกลงเบื้องต้น และข้อกำหนดตามประเภทตัวแปร นำเสนอข้อมูลข้อมูลทั่วไปของประชากรด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

กรณีตัวแปรจัดกลุ่ม (Categorical variable) ใช้สถิติสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square test) ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว ข้อมูลจัดอยู่ในมาตรานามบัญญัติ กำหนดช่วงเชื่อมั่นที่ 95% กรณีพบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร จะนำเสนอค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครามเมอร์ วี (Cramer's V) แปลความหมายระดับความสัมพันธ์ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามเกณฑ์ของเบส (Best) ซึ่งมีค่าระหว่าง 0 ถึง +1 (Best, 1997)

กรณีตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variable) ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว ข้อมูลจัดอยู่ในมาตราอันตรภาคชั้นหรือมาตราอัตราส่วน กำหนดช่วงเชื่อมั่นที่ 95% (Bolboacă & Jäntschi, 2006) ก่อนการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร จะดำเนินการตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปรด้วยสถิติชาปิโร-วิลค์ (Shapiro-wilk test) พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติในทุกตัวแปร คือ ความผูกพันองค์กร (p-value = 0.779) ความสมดุลชีวิตการทำงาน (p-value = 0.425) และความสุขของบุคลากร (p-value = 0.259) กรณีพบความสัมพันธ์ระหว่างตัว ระหว่าง 0 ถึง +1 (Best, 1997)

### ผลการวิจัย

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโสธรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.10 มีอายุเฉลี่ย 39 ปี มีอายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 59 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดยโสธร ร้อยละ 78.28 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.62 รองลงมา คือ โสด หย่าร้าง และหม้าย ร้อยละ 33.45, 7.24 และ 0.69 ตามลำดับ ทำงานด้านการบริการ ร้อยละ 68.62 อยู่ในระดับปฏิบัติงาน ร้อยละ 88.97 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 36.55 มีรูปแบบการทำงานเป็นกะ ร้อยละ 60.34 ไม่เคยเปลี่ยนงานเลย ร้อยละ 64.83 ความผูกพันองค์กรมาก ร้อยละ 83.79 และความสมดุลชีวิตการทำงานมาก ร้อยละ 54.83 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร (n=290)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับความสุขของบุคลากร				ภาพรวม	
	น้อย (n= 24)		มาก (n= 266)		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>						
ชาย	7	29.17	71	26.69	78	26.90
หญิง	17	70.83	195	73.31	212	73.10
<b>อายุ</b>						
15 – 29 ปี	4	16.67	67	25.19	71	24.48
30 – 44 ปี	17	70.83	116	43.61	133	45.86
45 – 59 ปี	3	12.50	83	31.20	86	29.66
อายุเฉลี่ย 38.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.44 อายุสูงสุด 59 ปี และอายุต่ำสุด 20 ปี						
<b>ภูมิลำเนา</b>						
อาศัยในจังหวัดยโสธร	22	91.67	205	77.07	227	78.28
อาศัยในจังหวัดอื่น	2	8.33	61	22.93	63	21.72
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	9	37.50	88	33.08	97	33.45
สมรส	13	54.17	157	59.03	170	58.62
หม้าย	0	0.00	2	0.75	2	0.69
หย่าร้าง	2	8.33	19	7.14	21	7.24
<b>ลักษณะงาน</b>						
ด้านบริหาร	0	0.00	11	4.14	11	3.79
ด้านบริการ	19	79.16	180	67.67	199	68.62
ด้านวิชาการ	1	4.17	17	6.39	18	6.21
ด้านสนับสนุน	4	16.67	58	21.80	62	21.38
<b>ระดับตำแหน่ง</b>						
ปฏิบัติงาน	24	100.00	234	87.97	258	88.97
หัวหน้างาน	0	0.00	28	10.53	28	9.65
ผู้บริหารองค์กร	0	0.00	4	1.50	4	1.38
<b>การจ้างงาน</b>						
ข้าราชการ	4	16.67	102	38.35	106	36.55
พนักงานราชการ	1	4.16	22	8.27	23	7.93
พนักงานกระทรวง	15	62.50	69	25.94	84	28.97

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร (n=290)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับความสุขของบุคลากร				ภาพรวม	
	น้อย (n= 24)		มาก (n= 266)		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลูกจ้างประจำ	3	12.50	32	12.03	35	12.07
ลูกจ้างชั่วคราว	1	4.17	41	15.41	42	14.48
เวรการปฏิบัติงาน						
ไม่ทำงานเป็นกะ/เข้าเวร	6	25.00	109	40.98	115	39.66
ทำงานเป็นกะ/เข้าเวร	18	75.00	157	59.02	175	60.34
การเปลี่ยนงาน						
ไม่เคย	17	70.83	171	64.29	188	64.83
เคย	7	29.17	95	35.71	102	35.17
ความผูกพันองค์กร						
น้อย	16	66.67	31	11.65	47	16.21
มาก	8	33.33	235	88.35	243	83.79
ความสมดุลชีวิตการทำงาน						
น้อย	11	45.83	120	45.11	131	45.17
มาก	13	54.17	146	54.89	159	54.83

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และสถิติ Crammers' V พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ  
ความสุขของบุคลากรในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยค่า  $\chi^2 = 6.80$  (p-value = 0.033)  
และค่า  $V = 0.15$  กล่าวคือ อายุมีความสัมพันธ์กับความความสุขของบุคลากร ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความความสุขของบุคลากร (n=290)

ข้อมูลทั่วไป	ความสุข				V	$\chi^2$ (p-value)
	ความสุขน้อย		ความสุขมาก			
	จำนวน	exp.	จำนวน	exp.		
อายุ						
15 – 29 ปี	4	5.90	67	65.10	0.15	6.80 (0.033)
30 – 44 ปี	17	11.00	116	122.00		
45 – 59 ปี	3	7.10	83	78.90		
รวม	24	24.00	266	266.00		

$\chi^2$  = Chi-square test , V = Crammers' V, exp. = Expected Value

ผลวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความผูกพันองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ  
 สุขของบุคคลากรในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.66  
 (95%CI: 0.59 - 0.72; p-value <0.001) กล่าวคือ ความผูกพันองค์กรมีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคคลากร  
 และสมรรถนะชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของบุคคลากรในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
 ระดับ 0.05 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.21 (95%CI: 0.10 - 0.32; p-value <0.001) กล่าวคือ ความสมรรถนะชีวิต  
 การทำงานมีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคคลากร ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันองค์กร ความสมรรถนะชีวิตการทำงานกับความสุขของบุคคลากร (n=290)

ตัวแปร	ความสุขของบุคคลากร			
	R	95% CI of r	p-value	แปลผล
ความผูกพันองค์กร	0.66	0.59 to 0.72	<0.001	ความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง
ความสมรรถนะชีวิตการทำงาน	0.21	0.10 to 0.32	<0.001	ความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ

r = Pearson correlation coefficient

### อภิปรายผล

อายุกับความสุขของบุคคลากร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจก  
 การที่บุคคลากรที่มีอายุเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นเพิ่มขึ้น ย่อมก่อให้เกิดความชำนาญในงาน  
 ที่ปฏิบัติ ทำให้มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตการทำงานได้ดี รู้จักการยกโทษและการให้อภัย  
 กับบุคคลรอบข้าง รู้จักเห็นอกเห็นใจ เต็มใจและยินดีทำประโยชน์ต่อส่วนร่วม มีความรู้สึกมั่นคงในการทำงานจากการ  
 เต็มใจก้าวหน้าในตำแหน่ง และเห็นประโยชน์ต่อองค์กรเป็นหลัก ชัดแย้งกับการศึกษาของ จรัมพร ให้อายอง และ  
 คณะ (2560) พบว่า อายุกับความสุขของบุคคลากร มีความสัมพันธ์แต่อยู่ในทิศทางลบ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  
 0.05 กล่าวคือ อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อระดับสมรรถนะชีวิตกับการทำงานที่ลดลง การที่บุคคลากรที่มีอายุมากขึ้น  
 จะมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ย่อมมีโอกาสในการเปลี่ยนงานลดลง ในขณะที่พนักงานที่อายุน้อยจะมีความ  
 กระตือรือร้นในการทำงาน และคอยมองหาทางเลือกที่จะทำให้ตนมีโอกาสได้รับค่าตอบแทน สิทธิประโยชน์หรือสวัสดิการ  
 ที่มากขึ้น จึงมีโอกาสที่จะเปลี่ยนงานมากกว่าคนอายุที่เยอะกว่า ชัดแย้งกับการศึกษาของ นภัสจันท์ มงคลพันธ์ และ  
 คณะ (2560) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจาก  
 ความไม่พอใจกับชีวิตการทำงานที่ผ่านมาไม่ได้ถูกจำกัดว่าจะจะเป็นบุคคลากรที่มีอายุมากหรืออายุน้อยเกี่ยวกับปัญหา  
 สุขภาพตนเอง สภาพคล่องทางเศรษฐกิจที่เป็นอยู่ และความสัมพันธ์กันทางสังคมระหว่างเพื่อนร่วมงาน ก็อาจทำให้ไม่  
 พอใจกับชีวิตการทำงานได้เช่นเดียวกัน

ความผูกพันองค์กรกับความสุของบุคลากร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจากบุคลากรส่วนใหญ่ทุ่มเทและความสำคัญกับการทำงานเป็นทีมเอื้ออาทรกับเพื่อนร่วมงานเหมือนพี่น้อง สามารถสื่อสารพูดคุยแลกเปลี่ยนแนวความคิดได้อย่างสร้างสรรค์ ยินดีที่จะทำประโยชน์ต่อส่วนรวม สนใจที่จะพัฒนาทักษะและความสามารถของตนเอง ภูมิใจที่ตนเป็นส่วนหนึ่งในองค์กร หากมีผู้กล่าวถึงในทางที่ไม่เหมาะสมจะกล่าวปกป้องอย่างเต็มความสามารถ มีความมั่นคงในการทำงาน ได้รับความจ้างอย่างเป็นธรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ขจรศักดิ์ สุขเปรม (2565) ที่พบว่า ความผูกพันองค์กรมีความสัมพันธ์กับความสุของบุคลากร เนื่องจากการติดต่อสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ความรักในงานที่ปฏิบัติในปัจจุบัน ความสำเร็จของงาน และการเป็นที่ยอมรับของบุคคลรอบข้าง สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในองค์กร ทั้งนี้ยังมีข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการทำงาน อาทิ ปริมาณงานที่มีจำนวนมาก ไม่มีโอกาสในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ หรือความไม่พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการยึดติดกับกรอบการทำงาน แนวคิดดั้งเดิม และวัฒนธรรมแบบเดิมขององค์กร หากมีการออกแบบหรือปรับปรุงแนวทางการทำงาน เพื่อลดข้อจำกัดต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ให้เหมาะสม ก็จะนำไปสู่องค์กรที่น่าอยู่ เกิดวัฒนธรรมใหม่ในองค์กร ก่อเกิดความผูกพันที่ดีของบุคลากรในหน่วยงาน ย่อมส่งผลให้เกิดความสุในการทำงานต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ตระกูล จิตวัฒนากร (2564) ที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสุมีความสัมพันธ์กับความผูกพันองค์กร เนื่องจากปัจจัยแห่งความสุ ด้านความสงบ ด้านปลอดภัย ด้านครอบครัว แสดงให้เห็นถึงความเต็มใจที่จะเสียสละ ความสุบางอย่างของตน เพื่อบรรลุเป้าหมายในการทำงาน รวมถึงการที่บุคลากรมีความซื่อสัตย์ในการทำงาน ความสามัคคี และความเอื้ออาทรช่วยเหลือเกื้อกูลกันกับเพื่อนร่วมงาน ก็มีส่วนทำให้บุคลากรเกิดความผูกพันต่อองค์กรได้

ความสมดุลชีวิตการทำงานกับความสุของบุคลากร มีความสัมพันธ์ทางบวก “ในระดับต่ำ” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจากองค์กรมีความยืดหยุ่นในการทำงาน อาทิ การทำงานนอกสถานที่ การกำหนดเวลาในการเข้าหรือเลิกงาน การเลือกวันหยุดของตนเอง เป็นต้น ทำให้บุคลากรสามารถจัดสรรเวลาในการพักผ่อนหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในวันทำงานและวันหยุดได้อย่างเหมาะสมร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข ทั้งยังช่วยให้บุคลากรได้ผ่อนคลายความเครียดที่เกิดจากการทำงาน ครอบครัว และอื่น ๆ หรือสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะความเอื้ออาทรและห่วงใยจากเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กันแบบพี่น้องทำให้มีการใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขสอดคล้องกับการศึกษาของ วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ และ พัชรี ฤกษ์แก้ว (2559) ที่พบว่า ความสมดุลชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุของบุคลากร เนื่องจากการมีชีวิตการทำงานที่ดี การมีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสมและปลอดภัย จะเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้มีสุขภาพทางกายและจิตใจที่ดี เพราะสภาพแวดล้อมรวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวก สวัสดิการที่ดีจะเป็นพื้นฐานที่ทำให้มนุษย์เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ก่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่องานรวมถึงลดปัญหาอุปสรรคที่จะส่งผลกระทบต่องานในหลาย ๆ ด้านอีกด้วย ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีจะนำมาสู่ความสุในการทำงานที่เพิ่มสูงขึ้น

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนพัฒนาให้บุคลากรมีความรู้สึกพึงพอใจกับชีวิตตนเอง มีอารมณ์มั่นคงไม่เปลี่ยนแปลง มีความสุขกับภาระงานที่ได้รับมอบหมายก่อเกิดประสิทธิภาพในการทำงาน เสริมสร้างความจงรักภักดีต่อองค์กร การลาออกและย้ายงานลดน้อยลง
2. การส่งเสริมให้บุคลากรมีความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัวของบุคลากร โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรในโรงพยาบาลไซธร ให้ข้อเสนอแนะในการกำหนดแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ขององค์กร อาทิ รูปแบบการทำงาน การจัดสรรเวลาการปฏิบัติงานและการพักผ่อน โดยไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานและครอบครัวอย่างเหมาะสม
3. การส่งเสริมให้บุคลากรมีความผูกพันขององค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาลไซธร อันนำไปสู่ความสุขของบุคลากรในองค์กร ด้วยการจัดกิจกรรมหรือโครงการผสมสัมพันธ์ไมตรีอันดีระหว่างบุคลากร มุ่งเน้นการพัฒนาคนในองค์กร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในองค์กรให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยใช้กระบวนการทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ในการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่ดีต่อองค์กร

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการสร้างความสุขของบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระดับทุติยภูมิของรัฐหรือเอกชนในจังหวัดต่างๆ ของประเทศไทยในบริบทที่แตกต่างกัน
2. ควรศึกษาและพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีผลต่อการสร้างความสุขในการทำงาน
3. ควรศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรความผูกพันองค์กร ความสมดุลชีวิตการทำงานและความสุขของบุคลากร เพื่อบ่งชี้แนวโน้มความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหารโรงพยาบาลไซธรที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ตลอดจนบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *การวิเคราะห์ผลการประเมิน Hapinometer กรมอนามัย*.  
<https://psdg.anamai.moph.go.th/th/agreement01>.
- ขจรศักดิ์ สุขเปรม. (2565). *คุณภาพชีวิต ความสุขในการทำงานต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากร กรมอนามัย* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนาทรัพยากรบุคคล กองการเจ้าหน้าที่ กรมอนามัย.
- จรัมพร ไท่ลายอง, ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และมะลิวัลย์ ชันเล็ก. (2560). งาน ครอบครัว สังคม: สมดุลชีวิตกับการทำงานที่มากกว่าการจัดสรรเวลา ของแรงงานในภาคอุตสาหกรรมการผลิต. *วารสารวิศวกรรมสาร มก.* 30(100), 87-102.
- ตระกูล จิตวัฒนากร. (2564). การสร้างความสุขในองค์กรที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันในองค์กรของพนักงานบริษัทในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารปัญญา.* 28(3), 84-94.
- นภัสจันท์ มงคลพันธ์, เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา, สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ และ วิชัย มนต์ศิริวิทยา. (2560). ความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า.* 34(2), 87-99.
- นริศรา อารีรักษ์, รักชนก น้อยอาษา, ถนอม นามวงศ์ และณัฐทมาย์ จรรยา. (2564). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนงานของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดยโสธร. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา.* 1(2), 47-57.
- ปริญญช ชัยกองเกียรติ และคณะ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างสมดุลชีวิตกับการทำงาน ดัชนีความสุขคนทำงานกับความผูกพันในองค์กร ของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดยะลา. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา.* 20(2), 48-59.
- พูนศักดิ์ ศรีประพัฒน์. (2566). *Work-life Balance (การสร้างสมดุลชีวิตกับการทำงาน)*. สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 6. <https://dopah.anamai.moph.go.th/web-upload>.
- รัชนิกรณ์ ปานวงษ์, อารี ชิวเกษมสุข และ เรณุการ์ ทองคำรอด. 2563. ความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารพยาบาล.* 69(3), 11-19.
- รุ่งอรุณ กระทบทากัญจน์ และ ปิยะณัฐฎ์ จันทวารีย์. (2563). ความสุขของบุคลากรภายใต้บริบทองค์กรแห่งความเปลี่ยนแปลงของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา.* 21(3), 93-102.
- โรงพยาบาลจังหวัดยโสธร. (2566). *รายงานสรุปผลการตรวจราชการ เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2565*. ยโสธร.

## เอกสารอ้างอิง

- วรารกร ทรัพย์วิระพรรณ และ พัชรี ฤงแก้ว. (2559). ความสุขของบุคลากรสายสนับสนุน: กรณีศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารศึกษาศาสตร์*. 27(1), 113-129.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2561). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ. (2565). *รายงานการสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข ความผูกพันองค์กรของ คนทำงาน (ในองค์กร) ระดับประเทศ พ.ศ. 2564*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2561). *ผลการสำรวจความสุขคนทำงาน (ในองค์กร) ปี 2560*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2561). *รายงานประจำปี 2561*. ยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.
- Best, John W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J.: Prentice-Hall Inc.
- Bolboacă, S. D., & Jäntschi, L. (2006). Pearson versus Spearman, Kendall's Tau correlation analysis on structure-activity relationships of biologic active compounds. *Leonardo Journal of Sciences*, 9, 179-200.
- Cochran, W.G. (1963) *Sampling Technique. 2nd Edition*, John Wiley and Sons Inc., New York.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th ed.). New York: Harper Collins Publishers. (pp.202-204). Dickey, F.G. (1960).



## ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อและการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของผู้สำเร็จการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

ปานทิพย์ ปุรณานนท์<sup>1\*</sup> ปิยะรัตน์ หยกสุริยรัตน์<sup>2</sup> กุณิสรา ขุนพินิจ<sup>2</sup> และกรรณก บัญประถัมภ์<sup>2</sup>

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก<sup>1</sup>

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก<sup>2</sup>

(วันที่รับบทความ: 19 สิงหาคม 2566; วันที่แก้ไข: 27 กันยายน 2566; วันที่ตอบรับ: 19 ตุลาคม 2566)

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้ความเชื่อและการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และ 3) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554-2563 จำนวน 193 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ระหว่างวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และแบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Alpha Cronbach's coefficient เท่ากับ 0.88 0.93 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อและการปฏิบัติโดยใช้ Pearson's correlation

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.50 มีอายุระหว่าง 24-28 ปี ร้อยละ 55.44 เป็นระดับผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 98.20 ทำงานในหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ 76.30 โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการวิจัย และมีประสบการณ์ทำวิจัยจากการเรียนที่วิทยาลัยเท่านั้น ร้อยละ 51.29 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติมภายหลังสำเร็จการศึกษา การรับรู้ความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ภาพรวมมีทัศนคติในทางบวก ร้อยละ 63.73 มีการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.03 มีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.19 และพบว่า การรับรู้ความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

**คำสำคัญ:** การรับรู้ความเชื่อ; การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

**\*ผู้รับผิดชอบบทความ:** ปานทิพย์ ปุรณานนท์; pantip@bcns.ac.th

## Relationship between Belief Perception and Evidenced-Based Nursing of Graduates of Boromarajonani College of Nursing Saraburi

Pantip Poorananon<sup>1\*</sup>, Piyarat Yoksuriyan<sup>2</sup>, Kulisala Kunpinit<sup>2</sup>, Kornkanok Boonpratum<sup>2</sup>

Boromarajonani College of Nursing Nakorn Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute<sup>1</sup>

Boromarajonani College of Nursing Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute<sup>2</sup>

(Received: 19 August 2023; Revised: 27 September 2023; Accepted: 19 October 2023)

### Abstract

This analytical cross-sectional research aimed to: 1) study belief perceptions, and nursing practice by using Evidence-Based Nursing (EBN), 2) examine the relationship between belief perceptions and nursing practices using EBN, and 3) investigate the problems and obstacles in nursing practice using EBN of graduated nurses from Boromarajonani College of Nursing, Saraburi. The sample were 193 graduated nurses of Boromarajonani College of Nursing, Saraburi from 2011 to 2020. Data were collected via online by research tools to collect belief perceptions in nursing practice with EBN, EBN practice in works, and either problems or obstacles in nursing practice using EBN. Data were collected between 18 November 2022 to 31 January 2023. The reliability of research tools was tested, the Cronbach's Alpha coefficients were 0.88, 0.93, and 0.91, respectively. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviation were used for data analysis. Pearson Correlation Coefficient analysis was performed on relationships between belief perceptions and nursing practices using EBN.

The results showed that most of the samples were female (85.50 %), aged between 24-28 years (55.44 %). Most of them work at the operational level (98.20%) in government agencies (76.30%). Of 100% of the samples gained research knowledge and experience only from college studies but 51.29% of them had experience in nursing practice with EBN after graduation. The samples had a positive attitude toward the perception of belief in nursing practice using EBN (63.73%). There was overall EBN practice at a moderate level (58.03%). There were problems and obstacles in evidence-based nursing practice at a moderate level (48.19%). as well as the problems and obstacles in nursing practice using EBN of the samples (48.19%). The perception of belief in nursing practice using evidence was positively related to nursing practice using evidence based with statistical significance at .01.

**Keywords:** Belief Perception; Evidenced-Based Nursing

**\*Corresponding author:** Pantip Poorananon; pantip@bcns.ac.th

## บทนำ

การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing: EBN) เป็นวิธีการแก้ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการโดยใช้หลักฐานที่ดีที่สุดจากการศึกษาค้นคว้าวิจัย ข้อมูลของผู้รับบริการ ความเชี่ยวชาญทางคลินิกของผู้ให้บริการ ความชอบและค่านิยมของผู้รับบริการมาประกอบการพิจารณาตัดสินใจทางคลินิกให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละคน (Melnyk et al, 2009) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีประสิทธิภาพสูงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในคลินิก พัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น (Schaffer, Sandau, & Diedrick, 2013; Naeem, Bhatti, & Ishfaq, 2017) และค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลลดลง (อรนุช วรณกุล, 2561; Davidson & Brown, 2014) จากประโยชน์ข้างต้นส่งผลให้ปัจจุบันสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ และสภาการพยาบาลในประเทศไทยกำหนดให้ EBN เป็นสมรรถนะที่สำคัญสำหรับพยาบาลที่ระบุดึงความเป็นวิชาชีพการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการ (สภาการพยาบาล, 2561) สมรรถนะ EBN เป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ทักษะ และทักษะของบุคคลในการใช้ EBN ได้ โดยความรู้ EBN หมายถึง การคงอยู่ของข้อเท็จจริงและแนวคิดเกี่ยวกับ EBN เช่น หลักการของ EBN ระดับของหลักฐาน EBN เป็นต้น ทักษะ หมายถึง การเห็นคุณค่า ความสำคัญและประโยชน์ของ EBN เพื่อตัดสินใจแก้ปัญหาทางคลินิก และทักษะ EBN หมายถึง การประยุกต์ใช้ความรู้ EBN ในการปฏิบัติการพยาบาล (Tilson et al, 2011) ซึ่งสมรรถนะในตัวบุคคลจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการรับรู้ความเชื่อในสิ่งนั้นๆ การรับรู้ความเชื่อใน EBN จึงเป็นแนวคิดสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพผ่านการใช้หลักฐานวิชาการที่ยอมรับและน่าเชื่อถือ เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์และมีผลการรักษาที่ดีที่สุด ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับ EBN ซึ่งเป็นกระบวนการที่พยาบาลใช้ข้อมูลหรือหลักฐานวิชาการจากการวิจัยทางการแพทย์และการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาหรือการตัดสินใจที่ถูกต้องในการพยาบาลผู้รับบริการ พยาบาลจะต้องเข้าใจพื้นฐานของ EBN เช่น การรับรู้วิธีการค้นหา การวิเคราะห์หลักฐานและการประเมินความเหมาะสมของหลักฐาน และการนำหลักฐานมาใช้ในการดูแลผู้รับบริการ 2) การให้คุณค่ากับ EBN เป็นการรับรู้ความสำคัญของ EBN ในการดูแลผู้รับบริการ หรือการตัดสินใจทางการพยาบาลว่าช่วยลดความผิดพลาดในการดูแลสุขภาพและเพิ่มคุณภาพของการพยาบาล การสนับสนุนการใช้ EBN ในสถานที่ทำงานและส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลรับรู้ถึงความสำคัญของ EBN เช่น การจัดอบรมหรือสัมมนาเกี่ยวกับ EBN การส่งเสริมการทำวิจัยทางการพยาบาล และการสนับสนุนการใช้ EBN 3) สิ่งสนับสนุนในการนำ EBN ไปใช้ ต้องมีการสนับสนุนจากองค์กรและบุคคลในสายงานด้านการพยาบาล เช่น การจัดให้มีฐานข้อมูลวิชาการหรือวิจัยทางการพยาบาล การเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับ EBN และ 4) ความลำบากในการใช้ EBN ในการปฏิบัติการพยาบาลอาจเจอความลำบากบางอย่าง เช่น การค้นหาข้อมูลที่เป็นหลักฐาน และการประยุกต์ใช้ข้อมูลในสถานการณ์ ซึ่งถ้าพยาบาลมีการรับรู้ความเชื่อใน EBN จะมีการปฏิบัติ EBN โดยมีทัศนคติที่ดีขึ้น และช่วยพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติ EBN ต่อไป (Funk, et al, 1991; Melnyk, et al, 2008; Naeem SB, Bhatti R, & Ishfaq K, 2017)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรีได้เล็งเห็นความสำคัญของการสอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล จึงเพิ่มเนื้อหา EBN ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และได้บูรณาการกับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาบัณฑิตให้มีสมรรถนะ EBN และเริ่มต้นพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะ EBN อย่างต่อเนื่องตลอดหลักสูตร ให้นักศึกษาเรียนรู้เสริมสร้างทัศนคติและพัฒนาทักษะตามกระบวนการ EBN โดยจัดการเรียนรู้บูรณาการลงสู่รายวิชาในแต่ละชั้นปีเพื่อพัฒนาทัศนคติและทักษะ EBN ได้เตรียมความพร้อมของอาจารย์ นักศึกษา และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ มีการประเมินผลการจัดการเรียนรู้ EBN ของนักศึกษา ซึ่งผลของการพัฒนาสมรรถนะ EBN ของนักศึกษาดังกล่าว พบว่า การจัดการเรียนรู้ให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติการ EBN อย่างต่อเนื่องมีผลให้นักศึกษามีความสามารถและทัศนคติเพิ่มขึ้น (ปานทิพย์ ปุณยานนท์ และทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2554a) การปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อ EBN อย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้นักศึกษามีแนวโน้มในการใช้ EBN อย่างยั่งยืน (ปานทิพย์ ปุณยานนท์ และทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2554b) สอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่มีการจัดการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้และได้ฝึกในสถานการณ์จริง เพื่อพัฒนาสมรรถนะ EBN ซึ่งนักศึกษาจะเรียนรู้แนวคิดและขั้นตอนของ EBN และฝึกนำขั้นตอน EBN ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยในรายวิชาภาคปฏิบัติเป็นการเพิ่มทักษะ EBN ให้กับนักศึกษา (นุสรา ประเสริฐศรี, มณิรัตน์ จิรปภา, และอภิรดี เจริญนุกูล, 2559; สุพรรณิ กัณหติลก, ตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ, และศรวิพรรณ ผูกพัน, 2563; Fuller, 2013) จากการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะ EBN ให้แก่นักศึกษาดังกล่าว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรีคาดหวังว่าเมื่อนักศึกษาจบการศึกษาจะเป็นพยาบาลที่มีการพัฒนาตนเองในการติดตามองค์ความรู้ที่ทันสมัยจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่น่าเชื่อถือ และเลือกองค์ความรู้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการดูแลผู้รับบริการได้ แต่ที่ผ่านมาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ยังไม่เคยติดตามสมรรถนะ EBN ของผู้สำเร็จการศึกษาว่าภายหลังได้รับการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการใช้ EBN แล้วสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานที่ทำงานได้มากน้อยเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคใดในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาวางแผน ปรับปรุง และพัฒนาการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะ EBN ของนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความเชื่อและการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อและการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

### สมมติฐาน

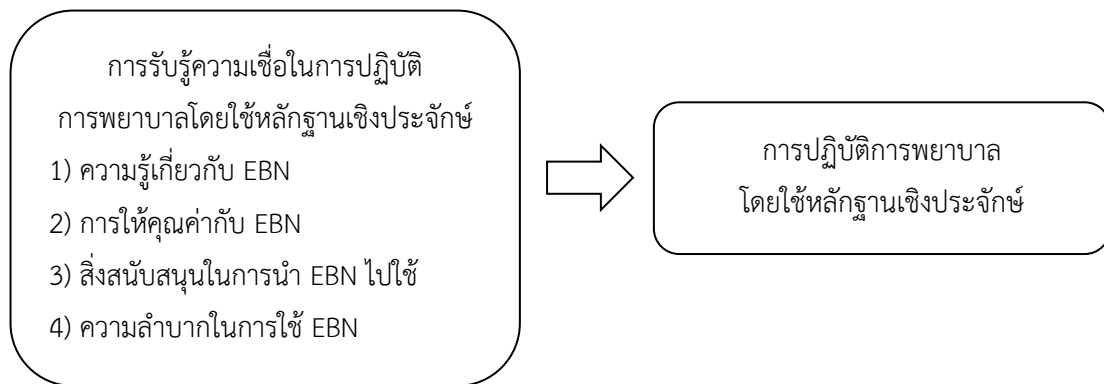
1. การรับรู้ความเชื่อและการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี อยู่ในระดับมาก

2. การรับรู้ความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

3. ปัญหาและอุปสรรคของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรีอยู่ในระดับน้อย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมการรับรู้ความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกิดจากกระบวนการทางสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมปฏิบัติ โดยกระบวนการรับรู้นี้จะเกิดจากการแปลความของบุคคลต่อสิ่งที่ได้รับรู้จากภายในและภายนอกตนเอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ EBN การให้คุณค่ากับ EBN สิ่งสนับสนุนในการนำ EBN ไปใช้ และความลำบากในการใช้ EBN เป็นความเชื่อที่เมื่อได้ปฏิบัติแล้วจะก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Funk, et al.,1991; Melnyk, et al, 2008; Naeem SB, Bhatti R, & Ishfaq K, 2017) ดังแสดงความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดที่แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytical Cross-sectional Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554-2563 จำนวน 930 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*power 3.1 ค่าที่ใช้ในการคำนวณ คือ อำนาจในการทดสอบ (Power) กำหนดที่ระดับ .95 ระดับนัยสำคัญ (alpha) กำหนดที่ระดับ .05 และ ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ระดับ 0.3 กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จำนวน 138 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง 2550) และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง 2555) และ 2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ปฏิบัติงานในคลินิก ห้องพยาบาลของทั้งภาครัฐและเอกชน และ 2) ไม่ได้ประกอบอาชีพพยาบาล

ซึ่งการศึกษานี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์โดยส่งลิงค์ แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทางกลุ่มไลน์ อาจทำให้ได้รับคืนไม่ครบและไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจากผลการวิจัยของกิตติยา รัตน์ ต้นสุวรรณ, นันทวรรณ สุวรรณรูป, และนันทิยา วัฒนาญ (2562) จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมดจึงเป็นจำนวน 193 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จากผู้สำเร็จการศึกษาในแต่ละรุ่น จากนั้นทำการเลือกตัวอย่างแต่ละชั้นภูมิโดยการคัดเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Selection)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการเลือกตอบและเติมข้อความ ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา การฝึกอบรมเฉพาะทางการพยาบาล ตำแหน่งการปฏิบัติงาน หน่วยงาน สถานที่ทำงาน ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การทำวิจัย และประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

2. แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 16 ข้อ ผู้วิจัยดัดแปลงจาก The Evidence-Based Practice Beliefs Scale ของ Melnyk และคณะ (Melnyk, et al., 2008) ประกอบด้วยข้อคำถามการรับรู้ความเชื่อของบุคคล 4 ด้าน คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับ EBN 2) การให้คุณค่ากับ EBN 3) สิ่งสนับสนุนในการนำ EBN ไปใช้ และ 4) ความลำบากในการใช้ EBN ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4=เห็นด้วย 3=ไม่แน่ใจ 2=ไม่เห็นด้วยและ 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามมีข้อคำถามทางด้านบวกจำนวน 14 ข้อ และด้านลบจำนวน 2 ข้อ โดยข้อคำถามด้านลบ จะถูกกลับค่าคะแนนก่อนนำมาแปลผล แบบสอบถามจึงมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน คะแนนที่สูงขึ้น สะท้อนถึงความเชื่อเชิงบวกเกี่ยวกับ EBN มากขึ้น เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของอุเทน ปัญญา (2555) ดังนี้



59-80 คะแนน แสดงว่ามีทัศนคติในทางบวก

37-58 คะแนน แสดงว่ามีทัศนคติในลักษณะไม่แน่ใจ

16-36 คะแนน แสดงว่ามีทัศนคติในทางลบ

3. แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 18 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการใช้ EBN ในการปฏิบัติงาน ผู้ตอบเป็นผู้ให้คะแนนตามการปฏิบัติของตนเองต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 0=ไม่เคยปฏิบัติเลย 1=ปฏิบัติ 1-3 ครั้ง และ 2=ปฏิบัติมากกว่า 3 ครั้ง คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-36 คะแนน คะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนให้เห็นการใช้พฤติกรรมและทักษะ EBN บ่อยขึ้น เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของอุเทน ปัญโญ (2555) ดังนี้

25-36 คะแนน แสดงว่ามีการใช้ EBN ในการปฏิบัติงาน ระดับมาก

13-24 คะแนน แสดงว่ามีการใช้ EBN ในการปฏิบัติงาน ระดับปานกลาง

0-12 คะแนน แสดงว่ามีการใช้ EBN ในการปฏิบัติงาน ระดับน้อย

4. แบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบบสอบถามนี้มีคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามปัญหาและอุปสรรค 4 ด้าน คือ 1) ด้านพยาบาลผู้นำ EBN ไปใช้ 2) ด้านองค์กรที่จะนำ EBN ไปใช้ 3) ด้านงานวิจัย และ 4) ด้านการสื่อสารผลงานวิจัย ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5=รับรู้ปัญหาและอุปสรรคมากที่สุด 4=รับรู้ปัญหาและอุปสรรคมาก 3=รับรู้ปัญหาและอุปสรรคปานกลาง 2=รับรู้ปัญหาและอุปสรรคน้อย และ 1=ไม่เป็นปัญหาและอุปสรรค คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 25-125 คะแนน คะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนให้เห็นว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาก เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของอุเทน ปัญโญ (2555) ดังนี้

92-125 คะแนน แสดงว่ามีปัญหาและอุปสรรคอยู่ในระดับมาก

58-91 คะแนน แสดงว่ามีปัญหาและอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง

25-57 คะแนน แสดงว่ามีปัญหาและอุปสรรคอยู่ในระดับน้อย

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้าน EBN จำนวน 3 ท่าน และได้ค่าความเที่ยงโดยทดสอบกับผู้สำเร็จการศึกษาซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากร จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เท่ากับ .88 แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เท่ากับ .93 และแบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เท่ากับ .91



### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์ระหว่างวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2566 โดยใช้โปรแกรม Google form ซึ่งเป็น Freeware ประเภท Office Suite จาก Google ที่ทำงานในลักษณะเป็น Web Application โดยไม่จำเป็นต้องติดตั้งลงในเครื่อง สามารถแชร์เอกสารโดยให้ผู้อื่นๆ ได้ ผู้วิจัยจะดำเนินการชี้แจงผ่านกลุ่มไลน์ ผู้สำเร็จการศึกษาในแต่ละรุ่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบ พร้อมทั้งนำส่ง <https://goo.gl/forms> และ QR Code แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทางกลุ่มไลน์ จากนั้นขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้นำส่งไปให้ตามช่องทางสื่อสาร และดำเนินการรวบรวมข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อและการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้สำเร็จการศึกษา โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlations coefficient) โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลขนาดของความสัมพันธ์ 4 ระดับ (บุญศรี พรหมมาพันธุ์, 2561) ดังนี้ เมื่อค่า  $r$  มีค่าเป็น 0 แปลว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน เมื่อค่า  $r$  มีค่าต่ำกว่า .40 แปลว่า มีความสัมพันธ์น้อย เมื่อค่า  $r$  มีค่า .40 ถึง .60 แปลว่า มีความสัมพันธ์ปานกลาง และเมื่อค่า  $r$  มีค่า .60 ขึ้นไป แปลว่า มีความสัมพันธ์มาก

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เลขที่ EC1-006/2565 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2565

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้สำเร็จการศึกษาร้อยละ 85.50 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 24-28 ปี ร้อยละ 55.44 เป็นระดับผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 98.20 ทำงานในหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ 76.30 เป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 31.61 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยสามัญ ร้อยละ 27.98 ผู้สำเร็จการศึกษาผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางการพยาบาล ร้อยละ 47.15 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการวิจัยจากการเรียนที่วิทยาลัยเท่านั้น ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ทำวิจัยจากการเรียนที่วิทยาลัยเท่านั้น ร้อยละ 71.50 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการเรียนที่วิทยาลัยเท่านั้น ร้อยละ 51.29 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพิ่มเติมภายหลังสำเร็จการศึกษาร้อยละ 73.57

## 2. การรับรู้ความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้สำเร็จการศึกษามีการรับรู้ความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยภาพรวมมีทัศนคติในทางบวก ร้อยละ 63.73 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางบวกมากที่สุดคือ ด้านการให้คุณค่ากับ EBN ร้อยละ 77.20 รองลงมาคือด้านความรู้เกี่ยวกับ EBN ร้อยละ 62.18 และด้านความลำบากในการใช้ EBN ร้อยละ 61.18 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และการแปลผลการรับรู้ความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (n=193)

การรับรู้ความเชื่อ	ทัศนคติทางบวก		ทัศนคติไม่แน่ใจ		ทัศนคติทางลบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้เกี่ยวกับ EBN	120	62.18	73	37.82	-	-
1.1 สามารถอธิบายขั้นตอนของการปฏิบัติ EBN ได้	112	58.03	71	36.79	10	5.18
1.2 รู้แหล่งข้อมูลวิชาการและประเภทของหลักฐานที่จะนำมาใช้ใน EBN	108	55.96	75	38.86	10	5.18
1.3 รู้วิธีการนำ EBN ไปใช้เพื่อการ เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาล	121	65.69	69	35.75	3	1.55
1.4 นำ EBN ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลของตนเอง	114	59.07	66	34.20	13	6.74
1.5 บอกวิธีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกในการดูแลผู้รับบริการได้	109	56.48	71	36.79	13	6.74
2. การให้คุณค่ากับ EBN	149	77.20	44	22.80	-	-
2.1 EBN ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้รับบริการที่ดีที่สุด	140	72.54	43	22.28	10	5.18
2.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเป็นขั้นตอนสำคัญของ EBN	145	75.13	41	21.24	7	3.63
2.3 EBN ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล	141	73.06	45	23.32	7	3.63
2.4 EBN ช่วยปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลของท่าน	143	74.09	43	22.28	7	3.63
2.5 ตระหนักถึงคุณค่าและความต้องการองค์ความรู้ใหม่ในการพยาบาล	149	77.20	34	17.62	10	5.18
3. สิ่งสนับสนุนในการนำ EBN ไปใช้	105	54.40	88	45.60	-	-
3.1 สามารถค้นหาหลักฐานที่ดีที่สุดเพื่อตอบคำถามทางคลินิกโดยใช้เวลาไม่นาน	83	43.01	96	49.74	14	7.25
3.2 สามารถจัดการปัญหาและอุปสรรคในการใช้ EBN	84	43.52	92	47.67	17	8.81
3.3 ใช้เวลาไม่นานในการปฏิบัติ EBN	100	51.81	74	38.34	19	9.84
3.4 สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุดเพื่อนำ EBN ไปใช้	103	53.37	70	36.27	20	10.36

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ และการแปลผลการรับรู้ความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

การรับรู้ความเชื่อ	ทัศนคติทางบวก		ทัศนคติไม่แน่ใจ		ทัศนคติทางลบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. ความลำบากในการใช้ EBN	118	61.14	50	25.91	25	12.95
4.1 EBN ไม่ทำให้เสียเวลา	114	59.07	51	26.42	28	26.42
4.2 EBN ไม่ใช่เรื่องยาก	89	46.11	79	40.93	25	12.95
<b>ภาพรวม</b>	<b>123</b>	<b>63.73</b>	<b>67</b>	<b>34.72</b>	<b>3</b>	<b>1.55</b>

### 3. การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้สำเร็จการศึกษามีการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.03 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติระดับมาก ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ร้อยละ 35.75 รองลงมาคือ การสืบค้นผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลจากแหล่งข้อมูลวิชาการ ร้อยละ 33.68 และการประเมินผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 30.05 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (n=193)

การปฏิบัติการพยาบาล	ระดับมาก		ระดับปานกลาง		ระดับน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ	69	35.75	109	56.48	15	7.77
2. กำหนด PICO ในประเด็นปัญหาการพยาบาลที่สนใจ	46	23.83	101	52.33	46	23.83
3. สืบค้นผลงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์การพยาบาล	65	33.68	112	58.03	16	8.29
4. อ่านงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่การพยาบาลฉบับภาษาไทย	56	29.02	118	61.14	19	9.84
5. อ่านงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์การพยาบาลฉบับภาษาอังกฤษ	33	17.10	96	49.74	64	33.16
6. ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ก่อนนำมาใช้	40	20.73	134	69.43	19	9.84
7. ตัดสินใจเลือกใช้ผลงานวิจัยหรือหลักฐานตามระดับความน่าเชื่อถือ	48	24.87	122	63.21	23	11.92
8. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการเปลี่ยนแปลงการพยาบาลตนเอง	48	24.87	118	61.14	27	13.99
9. ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกหรือการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นทางการเพื่อปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติการพยาบาล	45	23.32	111	57.51	37	19.17

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ และระดับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (n=193)

การปฏิบัติการพยาบาล	ระดับมาก		ระดับปานกลาง		ระดับน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10. รวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการเพื่อประเมินผลลัพธ์ในการดูแล	42	21.76	135	69.95	16	8.29
11. ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อมูลผลลัพธ์ในการดูแล	48	24.87	133	68.91	12	6.22
12. ประเมินผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติการพยาบาล	58	30.05	119	61.66	16	8.29
13. ส่งเสริมให้เพื่อนร่วมงานใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล	37	19.17	141	73.06	15	7.77
14. แบ่งปันหลักฐานการศึกษากับเพื่อนร่วมงาน	41	21.24	116	60.10	36	18.65
15. แบ่งปันแนวปฏิบัติทางคลินิกกับเพื่อนร่วมงาน	47	24.35	117	60.62	29	15.03
16. แบ่งปันข้อมูลผลลัพธ์ในการดูแลผู้รับบริการกับเพื่อนร่วมงาน	47	24.35	117	60.62	29	15.03
17. แบ่งปันหลักฐานการวิจัยทางการพยาบาลกับทีม สาขาวิชาชีพ	31	16.06	119	61.66	43	22.28
18. นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้อ้างอิงในการเขียนรายงานทางการพยาบาล	46	23.83	109	56.48	38	19.69
<b>ภาพรวม</b>	<b>58</b>	<b>30.05</b>	<b>112</b>	<b>58.03</b>	<b>23</b>	<b>11.92</b>

#### 4. การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้สำเร็จการศึกษารับรู้ว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.19 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ระดับมากที่สุด ได้แก่ การไม่มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ร่วมงานที่มีความรู้ด้านการวิจัย ร้อยละ 36.27 รองลงมาคือขาดแหล่งสนับสนุนหรือสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกในการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติ ร้อยละ 35.23 และงานวิจัยส่วนใหญ่เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษทำให้เข้าใจยากเป็นปัญหาและอุปสรรคมากที่สุด ร้อยละ 27.98 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวน ร้อยละ และระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (n=193)

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ	ระดับมาก		ระดับปานกลาง		ระดับน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านพยาบาลผู้นำ EBN ไปใช้	45	23.32	145	75.13	3	1.55
1.1 ไม่มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ร่วมงานที่มีความรู้ด้านการวิจัย	70	36.27	95	49.22	28	14.51
1.2 มีความยากลำบากในการหาเวลาในสถานที่ทำงานเพื่อค้นหาและอ่านบทความวิจัยและรายงาน	47	24.35	111	57.51	35	18.13
1.3 ไม่เข้าใจคำศัพท์ทางสถิติที่ใช้ในรายงานการวิจัย	53	27.46	102	52.85	38	19.69
1.4 ไม่มีความสามารถในการประเมินคุณภาพของงานวิจัยทางการพยาบาล	50	25.91	116	60.10	27	13.99
1.5 ไม่สามารถแปลผลการศึกษาวิจัยได้	52	26.94	105	54.40	36	18.65
1.6 รู้สึกว่าตนเองได้รับประโยชน์น้อยจากการนำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ	29	15.03	102	52.85	62	32.12
1.7 ไม่ชอบที่จะให้มีการเปลี่ยนแปลง หรือลองทำสิ่งใหม่ๆในการปฏิบัติงาน	33	17.10	86	44.56	74	38.34
1.8 ไม่สามารถนำคำแนะนำของการศึกษาวิจัยไปสู่การปฏิบัติได้	25	12.95	98	50.78	70	36.27
2. ด้านองค์กรที่จะนำ EBN ไปใช้	44	22.80	140	72.54	9	4.66
2.1 ไม่มีอำนาจพอที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลผู้รับบริการ โดยใช้ผลการวิจัย	52	26.94	94	48.70	47	24.35
2.2 มีเวลาไม่เพียงพอที่จะค้นหาและนำแนวคิดใหม่ๆทางการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงาน	51	26.42	118	61.14	24	12.44
2.3 ขาดแหล่งสนับสนุนหรือสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกในการนำผลงานวิจัยมาใช้ปฏิบัติ	68	35.23	77	39.90	48	24.87
2.4 บุคลากรที่มีสุขภาพอื่นๆ ไม่ให้ความร่วมมือในการนำผลงานวิจัยมาใช้ปฏิบัติ	36	18.65	94	48.70	63	32.64
2.5 พยาบาลผู้ร่วมงานไม่ให้ความร่วมมือในการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติ	32	16.58	98	50.78	63	32.64
2.6 ฝ่ายบริหารของหน่วยงานไม่สนับสนุนให้นำผลงานวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติงาน	30	15.54	86	44.56	77	39.90

**ตารางที่ 3** จำนวน ร้อยละ และระดับการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (n=193)

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ	ระดับมาก		ระดับปานกลาง		ระดับน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. ด้านงานวิจัย	33	17.10	151	78.24	9	4.66
3.1 การตีพิมพ์เผยแพร่รายงานการวิจัยยังไม่แพร่หลายและทันต่อเหตุการณ์	46	23.83	92	47.67	55	28.50
3.2 ไม่แน่ใจว่างานวิจัยนั้นน่าเชื่อถือหรือไม่	41	21.24	97	50.26	55	28.5
3.3 งานวิจัยนั้นไม่มีการทำซ้ำเพื่อยืนยันผล	26	13.47	126	65.28	41	21.24
3.4 ผลการวิจัยขัดแย้งกับรายงานหรือสิ่งที่เขียนไว้ในตำรา	19	9.85	118	61.14	56	29.02
3.5 งานวิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยที่ไม่เหมาะสม	34	17.62	102	52.85	57	29.53
3.6 ข้อสรุปจากงานวิจัยไม่สมเหตุสมผล	34	17.62	103	53.37	56	29.02
4. ด้านการสื่อสารผลงานวิจัย	50	25.91	140	72.54	3	1.55
4.1 งานวิจัยส่วนใหญ่เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษทำให้เข้าใจยาก	54	27.98	99	51.30	40	20.73
4.2 ตำราหรือรายงานการวิจัยทางการแพทย์ไม่ได้รวบรวมไว้ในที่เดียวกัน ทำให้มีความลำบากในการเข้าถึงข้อมูล	39	20.21	120	62.18	34	17.62
4.3 การรายงานผลการวิจัยใช้ภาษาสแลงที่เข้าใจยากและวิธีวิเคราะห์ผลการวิจัยนำเสนอในแบบที่ยุ่งยาก	43	22.28	131	67.88	19	9.85
4.4 ผลการวิจัยไม่ตอบ PICO หรือประเด็นปัญหาที่สนใจและต้องการคำตอบจากหลักฐานเชิงประจักษ์	46	23.83	106	54.92	41	21.24
4.5 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยทางการแพทย์มาใช้ในการปฏิบัติไม่ชัดเจน	43	22.28	117	60.62	33	17.10
<b>ภาพรวม</b>	<b>77</b>	<b>39.90</b>	<b>93</b>	<b>48.19</b>	<b>23</b>	<b>11.92</b>

**5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล**

โดยภาพรวมการรับรู้ความเชื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์ทางบวก หมายถึง เมื่อมีความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาก การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลจะมากตามไปด้วย ในภาพรวมมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ( $r=.550, p<.01$ ) เมื่อ

พิจารณารายด้าน พบว่าด้านสิ่งสนับสนุนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล มีความสัมพันธ์มากที่สุด ( $r=.539, p<.01$ ) ในขณะที่ด้านความลำบากในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์น้อยที่สุด ( $r=.312, p<.01$ ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ( $n=193$ )

การรับรู้ความเชื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	r	แปลผล
ด้านความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	.491*	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
ด้านการให้คุณค่าการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	.336*	มีความสัมพันธ์น้อย
ด้านสิ่งสนับสนุนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล	.539*	มีความสัมพันธ์ปานกลาง
ด้านความลำบากในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	.312*	มีความสัมพันธ์น้อย
<b>ภาพรวม</b>	<b>.550**</b>	<b>มีความสัมพันธ์ปานกลาง</b>

\* $p<.01$

### อภิปรายผล

1. การรับรู้ความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยภาพรวมมีทัศนคติในทางบวก ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของวิทยาลัยที่สามารถหล่อหลอมให้ผู้สำเร็จการศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะระหว่างการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่วิทยาลัยนั้น ผู้สำเร็จการศึกษาได้รับประสบการณ์การเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและได้รับข้อมูลเชิงบวกที่เน้นความสำคัญของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมาโดยตลอด ดังเช่นผลการวิจัยจากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาเห็นคุณค่าการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยตระหนักถึงคุณค่าและความต้องการองค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งเชื่อว่าการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จะช่วยปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้รับบริการให้ปลอดภัย นอกจากนี้ผู้สำเร็จการศึกษารับรู้ว่าคุณค่าความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับดี และในระหว่างการเรียนรู้ยังมีแบบฟอร์ม คู่มือช่วยในการฝึกปฏิบัติ อาจารย์นิเทศที่คอยให้คำแนะนำและคำปรึกษา ตลอดจนมีแหล่งสนับสนุนการเรียนรู้เพื่อให้ง่ายต่อการเรียนรู้ จึงส่งผลให้ผู้สำเร็จการศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวรรณ นำศรีเจริญกุล (2563) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างจิตประจักษ์หลักฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยมุ่งเน้นการสร้างจิตให้มีความตั้งใจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งได้ใช้คำว่า “จิตประจักษ์หลักฐาน



(Evidence Mind)” ด้วยเห็นความสำคัญว่าการปลูกฝังหรือส่งเสริมให้มีจิตประจักษ์หลักฐานนั้นต้องเริ่มฝึกฝนตั้งแต่วัยยังเป็นนักศึกษาพยาบาลเพื่อให้มีจิตรู้จักคิด ตั้งใจ มีทัศนคติที่ดี เห็นคุณค่า และมีความรู้ ทักษะปฏิบัติในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ติดตัวนักศึกษาไปจนจบเป็นพยาบาลวิชาชีพ

2. การรับรู้ความเชื่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง ( $r=.550, p<.01$ ) ซึ่งหมายถึงเมื่อพยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้ความเชื่อในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มากก็ย่อมส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มนี้ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มากขึ้นด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการรับรู้ความเชื่อในด้านความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และด้านสิ่งสนับสนุนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลยิ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจของกลุ่มตัวอย่างในการที่จะนำการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์ และประนอม โอทกานนท์ (2559) ที่พบว่า ปัจจัยด้านลักษณะของพยาบาลได้แก่ การมีความเชื่อ ความต้องการ และมีความเข้าใจว่าการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ช่วยพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาล ร่วมกับความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การแสวงหา การอ่านงานวิจัย เป็นปัจจัยที่มีความจำเป็นในระดับมากที่สุด ที่ทำให้พยาบาลใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้สำเร็จ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของเอสตราด้า (Estrada, 2009) พบว่าความรู้อาจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของธีรารักษ์ นำภานนท์, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร และอุษณีย์ จินตะเวช (2558) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับน้อย เนื่องจากปัจจัยด้านทักษะในการค้นหาและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านฐานความรู้ในการปฏิบัติและด้านสิ่งส่งเสริมและสนับสนุนในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของกลุ่มตัวอย่างในระดับต่ำ ( $r=.299, .243$  และ  $.179$  ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.001, .001, .05$  ตามลำดับ โดยงานวิจัยดังกล่าวได้เสนอแนะให้มีการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการวิจัยและการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และการอบรมเพิ่มทักษะในการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินและทำความเข้าใจในรายงานวิจัยและภาษาอังกฤษให้กับพยาบาลเพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลให้มากขึ้น แสดงให้เห็นว่าหากพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องย่อมจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น

3. การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติสูง ได้แก่ การไม่มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ร่วมงานที่มีความรู้ด้านการวิจัย ขาดแหล่งสนับสนุนหรือสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกในการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติ และงานวิจัยส่วนใหญ่เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษทำให้เข้าใจยาก สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติยารัตน์ ต้นสุวรรณ นันทวัน สุวรรณรูป และนันทิ

ยา วัฒยา (2562) ที่พบว่า ผลการวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษเข้าใจยากมีคะแนนอุปสรรคมากที่สุด รองลงมาคือการไม่มีแหล่งสนับสนุนหรือเอื้ออำนวยความสะดวกในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติงาน และจากการวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 24-28 ปี เป็นระดับผู้ปฏิบัติงาน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ได้รับความรู้และมีประสบการณ์ทำวิจัยรวมถึงความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการเรียนที่วิทยาลัยเท่านั้น สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในช่วงเวลา 5 ปีหลังจบการศึกษาอาจจะยังไม่มีโอกาสในการอบรมเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเพิ่มเติมประกอบกับในการปฏิบัติงานในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งบางหน่วยงานอาจไม่มีนโยบาย ส่งเสริม กระตุ้นหรือการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ด้านการวิจัยและทักษะการใช้ภาษาอังกฤษอย่างจริงจัง สิ่งเหล่านี้จึงเป็นสาเหตุให้การไม่มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้ร่วมงานที่มีความรู้ด้านการวิจัย ขาดแหล่งสนับสนุนหรือสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกในการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติ และงานวิจัยส่วนใหญ่เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษทำให้เข้าใจยาก มีคะแนนสูง ดังนั้น หน่วยงานควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัยและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มมากขึ้น เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในหน่วยงาน หรือสนับสนุนให้เข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน และสนับสนุนให้บุคลากรมีการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับควรมีการสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้มีการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยจัดให้มีการอบรมเชิงปฏิบัติการและเวทีวิชาการเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน และส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง
2. สนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การอบรมออนไลน์ เพื่อให้มีทักษะภาษาอังกฤษเพิ่มมากขึ้นสามารถนำมาใช้ในการค้นคว้าวิจัยที่สนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาการพัฒนาแบบหลักสูตรอบรมระยะสั้น/ระยะยาวเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของพยาบาลวิชาชีพเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong learning)

## เอกสารอ้างอิง

- กิตติยารัตน์ ต้นสุวรรณ นันทวัน สุวรรณรูป และนันทิยา วัฒยา. (2562). การรับรู้อุปสรรคการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทศนคติและประสบการณ์การวิจัยต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 25(2), 25-40.
- ธีรารักษ์ นำกานนท์, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร และอุษณีย์ จินตะเวช. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ในเขตภาคเหนือ. *พยาบาลสาร*, 42 S, 49-60.
- นุสรุ ประเสริฐศรี, มณีรัตน์ จิรปภา, และอภิรดี เจริญนุกูล. (2559). ผลของโปรแกรมการสอนตามแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อสมรรถนะการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 17(3), 145-155.
- บุญศรี พรหมมาพันธุ์. (2561). เทคนิคการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการใช้สหสัมพันธ์และการถดถอยในการวิจัย. *วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ.*, 11(1), 32-45.
- ปานทิพย์ ปุณณานนท์ และทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2554a). ความสามารถและทัศนคติในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(1), 45-52.
- ปานทิพย์ ปุณณานนท์ และทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2554b). ปัจจัยทำนายสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2)S1, 47-55.
- ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา, รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์ และประนอม โอทกานนท์. (2559). ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(3), 94-103.
- วิภาวรรณ นำศรีเจริญกุล. (2563). *การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างจิตประจักษ์หลักฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาล*. [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. สภาการพยาบาล. (2562, 20 กุมภาพันธ์). ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562.
- สุพรรณิ กัณหติลก, ตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ, และศิริวรรณ ผูกพัน. (2563). การบูรณาการการสอนภาคปฏิบัติด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลที่มีต่อทักษะการสืบค้นวรรณกรรม ทักษะการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์สำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 13(2), 10-28.
- อรนุช วรรณกุล. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโรงพยาบาลพัทลุง. *กระเปาะวารสาร*, 1(2), 1-12.
- อุเทน ปัญโญ. (2555). *ระเบียบวิธีวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 11). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนอร์ทเชียงใหม่

## เอกสารอ้างอิง

- Davidson, J. E., & Brown, C. (2014). Evaluation of nurse engagement in evidence-based practice. *AACN Advanced Critical Care, 25*(1), 43-55.
- Estrada, M. (2009). Exploring perceptions of a learning organization by RNs and relationship to EBP beliefs and implementation in the acute care setting. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 6*(4), 200-209.
- Fuller, B. (2013). Evidence-based instructional strategies: Facilitating linguistically diverse Nursing student learning. *Nurse Educator, 38*(3), 118-121.
- Funk, S.G., Champagne, M.T., Wiese, R.A., & Tornquist, E.M. (1991). Barriers to using research findings in practice: The clinician's perspective. *Applied Nursing Research, 4*(2), 90-95.
- Melnik, B.M., Fineout-Overholt, E., & Mays M.Z. (2008). The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 5*(4), 208-216.
- Melnik, B.M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S.B., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-Based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *AJN The American Journal of Nursing, 110*(1), 51-53.
- Naeem, S.B., Bhatti, R., & Ishfaq, K. (2017). Nurses' attitude and belief toward evidence-based nursing practices in tertiary care hospitals of Multan, Pakistan. *ISRA Medical Journal, 9*, 101-105.
- Schaffer, M.A., Sandau, K. E., & Diedrick, L. (2013). Evidence-based practice models for organizational change: overview and practical applications. *Journal of Advanced Nursing, 69*(5), 1197-1209.
- Tilson, J.K., Kaplan, S.L., Harris, J.L., Hutchinson, A., Ilic, D., Niederman, R., Zwolsman, S.E. (2011). Sicily's statement on classification and development of evidence-based Practice learning assessment tools. *BMC Medical Education, 11*:78.

## การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

ชนม์ชนกต์ ยงกุลวณิชนนท์\*

กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

(วันที่รับบทความ: 22 กรกฎาคม 2566; วันที่แก้ไข: 28 กันยายน 2566; วันที่ตอบรับ: 16 พฤศจิกายน 2566)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือประชาชน จำนวน 382 คน กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาแบบการส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลคือผู้รับบริการ จำนวน 45 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน 2566 ถึง กันยายน 2566 โดยใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่มแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการใชยาปฏิชีวนะ มีค่า KR-20 เท่ากับ .82 และแบบสอบถามพฤติกรรมการใชยาปฏิชีวนะ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired Samples T- test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1. รูปแบบการส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ประกอบด้วย 6 กิจกรรมคือ 1) พัฒนาศักยภาพบุคลากร รพ.สต. ในการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล 2) สร้างการรับรู้แก่ประชาชน 3) สร้างเครือข่ายการส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน 4) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน 5) จัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ในสถานพยาบาล และ 6) กระตุ้นเตือนโดยโทรศัพท์ 2. ผลการประเมินรูปแบบการส่งเสริมการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีเมืองใหม่พบว่าหลังการพัฒนาแบบการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล จำนวน รพ.สต. ที่มีอัตราการใชยาในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน  $\leq$  ร้อยละ 20 เพิ่มขึ้นเป็น 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 76.47 และอัตราการใชยาในโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ  $\leq$  ร้อยละ 20 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 11.78 หลังการพัฒนาแบบการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลดีกว่าก่อนการพัฒนาแบบการใชยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .001)

**คำสำคัญ :** ยาปฏิชีวนะ, การใชอย่างสมเหตุสมผล, รูปแบบ

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: ชนม์ชนกต์ ยงกุลวณิชนนท์; chonchanok.yong2022@gmail.com

## Development of Antibiotics Rational Drug Use in Health Promotion Hospitals

### Sri Muang Mai District, Ubon Ratchathani

Chonchanok Yongkunwanitchanan\*

Pharmaceutical and Consumer Protection Division, Sri Muang Mai Hospital

(Received: 22 July 2023; Revised: 28 September 2023; Accepted: 16 November 2023)

#### Abstract

This action research aimed to develop a model to promote rational drug use of antibiotics for health promotion hospitals, Si Muang Mai district Ubon Ratchathani. The sample group consisted of 382 people, the target group for developing the model was 40 medical and public health personnel, selected purposively. The sample group to evaluate the model for promoting the reasonable use of antibiotics were 45 service recipients. Data were collected between May and September 2023. Research tools consisted the group discussion and knowledge examine about antibiotic use. The KR-20 values were equal to .82 and the antibiotic use behavior questionnaire, the reliability was .82. Descriptive statistics: frequency, mean and standard deviation, analytic statistic: paired samples T-test and Content Analysis.

The results showed that the model for promote rational use of antibiotics for health promotion Hospitals, Sri Muang Mai district consists of 6 activities: 1) Human resource development, 2) Create public awareness, 3) Build a network to promote the use of antibiotics rationally in the community, 4) Develop the capacity of the network to promote the use of rational antibiotics in the community, 5) Organize a forum to exchange knowledge with medical and public health personnel on the reasonable use of antibiotics in healthcare facilities, and 6) Stimulate reminders by telephone. Evaluation of the model for promoting the use of reasonable antibiotics found that the rate of drug use in acute diarrhea  $\leq 20$  percent increased to 13 places (76.47%) and the rate of drug use in respiratory infections  $\leq 20$  percent increased to 2 places (11.78%). After implement this model found that the sample group increased high level knowledge and rational antibiotic use behavior statistical significance ( $p$ -value  $< .001$ ).

**Key Words:** antibiotics, rational drug use, model development

**\*Corresponding author:** Chonchanok Yongkunwanitchanan; chonchanok.yong2022@gmail.com



## บทนำ

ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์และเกิดปัญหาเชื้อดื้อยาเป็นภัยคุกคามที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนและระบบการดูแลสุขภาพในหลายประเทศทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014) พบว่า ในระยะ 10 ปี ที่ผ่านมาพบปัญหาในหลายประเทศทั่วโลกที่ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สมเหตุผล เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 36 (กองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2559) ทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คน (O'Neill, 2014) จากพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลมากเกินความจำเป็นหากไม่เร่งแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลดังกล่าว คาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2050 จะมีประชาชนที่เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาเพิ่มสูงขึ้นถึงประมาณ 10 ล้านคน (ภาณุมาศ ภูมาศ และคณะ, 2555)

องค์การอนามัยโลก อธิบายว่าการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คือ “ผู้ป่วยได้รับยาเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด” (World Health Organization, 1987) ในบัญญัติหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2556 ระบุว่า “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล คือการใช้ยาโดยมีข้อบ่งชี้ เป็นยาที่มีคุณภาพ มีประสิทธิผลจริง สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาอย่างชัดเจน ราคาเหมาะสม คุ่มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่ใช่ยาซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา ใช้ยาในกรอบบัญชียาตามแนวทางพิจารณาการใช้ยา ในขนาดที่เหมาะสมกับผู้รับบริการในแต่ละกรณี ด้วยวิธีการและความถี่ในการให้ยาที่ถูกต้องตามหลักเภสัชวิทยาคลินิก ด้วยระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้รับบริการให้การยอมรับและสามารถใช้จ่ายดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการให้เบิกจ่ายยานั้นได้อย่างยั่งยืน ใช้ยาโดยไม่เลือกปฏิบัติ ผู้รับบริการทุกคนได้ใช้ยาได้อย่างเท่าเทียมกันและไม่ถูกปฏิเสธยาที่สมควรได้รับ” (กองสุขศึกษา, 2562) การใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินความจำเป็นอย่างไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสำคัญนอกจากเป็นการใช้ยาที่สูญเสียเปล่าโดยไม่เกิดประโยชน์ แล้วยังอาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และนำไปสู่ปัญหาเชื้อดื้อยาตามมา ประสิทธิภาพของการใช้ยาทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากยาจะมีคุณอนันต์เมื่อใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามหลักวิชาการ แต่จะมีโทษอย่างมหันต์หากใช้ไม่ถูกต้องและไม่สมเหตุผล เป็นวิกฤติทางสุขภาพที่ต้องเร่งควบคุมและป้องกัน ดังนั้นพฤติกรรมดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุของการดื้อยาปฏิชีวนะที่บุคลากรทางการแพทย์ และการสาธารณสุข ต้องให้ความสำคัญ และหาแนวทางแก้ไขอย่างเร่งด่วน (ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ (NARST), 2564) สถานการณ์การใช้ยาสมเหตุผลจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดอุบลราชธานี (ระดับตติยภูมิ) การรักษาโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 พบว่าโรงพยาบาลที่มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเหมาะสม คือ ไม่เกินร้อยละ 30 ในการรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนคิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 25 ตามลำดับ จากโรงพยาบาลทั้งหมด 4 แห่ง และจากข้อมูลรายงานสถิติโรงพยาบาลชุมชน (ระดับทุติยภูมิ) การรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 พบว่า



โรงพยาบาลที่มีการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะเหมาะสม คือ ไม่เกินร้อยละ 20 มีร้อยละ 63.64 และร้อยละ 59.09 ตามลำดับจากโรงพยาบาลทั้งหมด 22 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2565)

อำเภอศรีเมืองใหม่มีการดำเนินการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่เกิดผลสัมฤทธิ์เท่าที่ควร เมื่อพิจารณาเกณฑ์ชี้วัดปีงบประมาณ 2566 ร้อยละของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100) ได้แก่ 1) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบงานผู้ป่วยนอก โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ( $\leq$ ร้อยละ 20) และ 2) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบงานผู้ป่วยนอก โรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ ( $\leq$ ร้อยละ 20) ภาพรวมพบว่า รพ.สต. ไม่ผ่านเกณฑ์ 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 64.71% (โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่, 2566) ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือ การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกับผู้รับบริการ และการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดที่ชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปอยู่ภายใต้การกำกับขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลให้มีความปลอดภัยในชุมชนและประชาชนอย่างครอบคลุมจึงต้องมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยต้องให้บุคลากรผู้ให้บริการตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาสมเหตุสมผล และผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนาแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมุ่งเน้นใน 2 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ เพื่อป้องกันปัญหาเชื้อดื้อยาในอนาคต

## วัตถุประสงค์การวิจัย

### 1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

### 2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

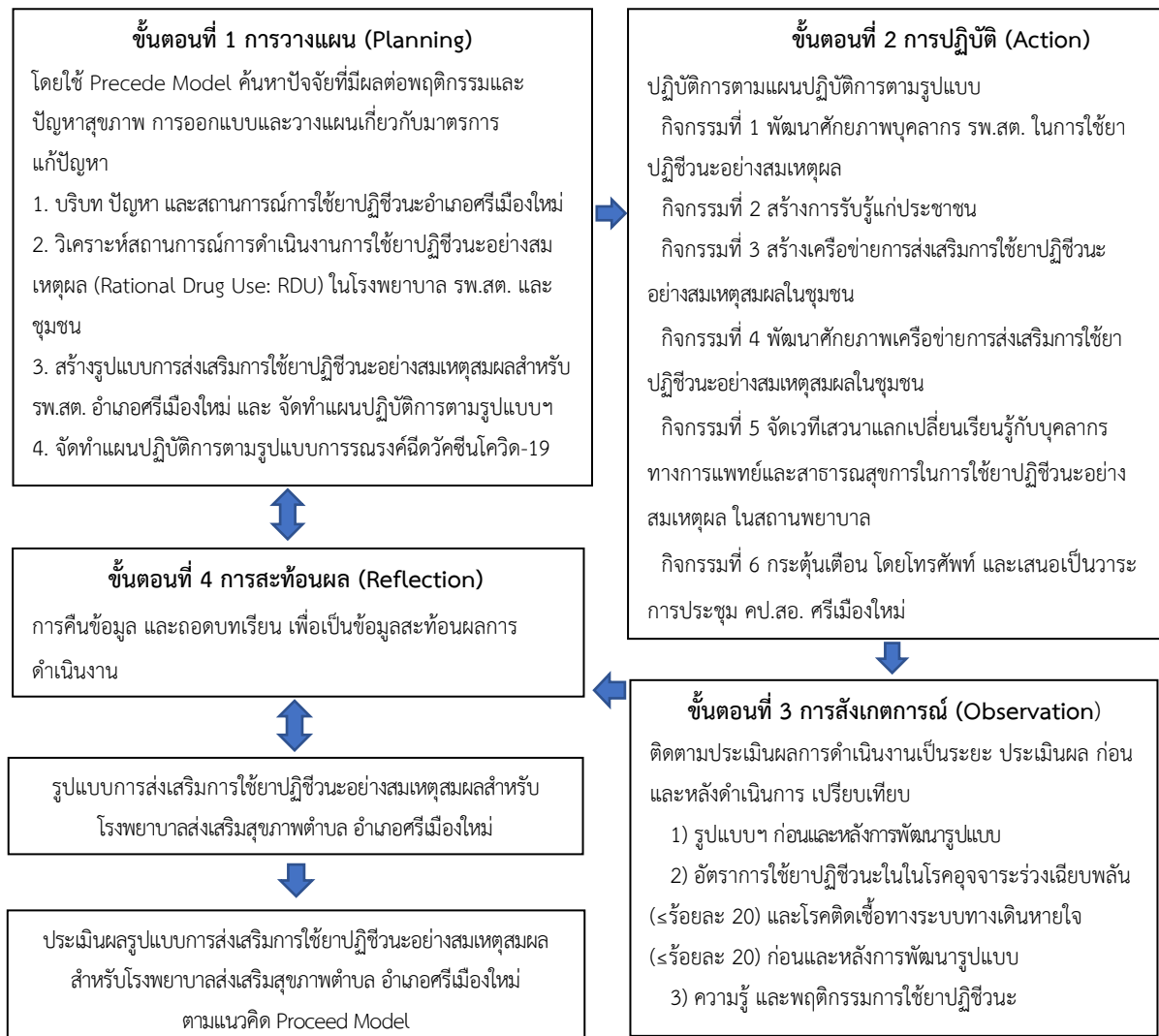
2.2 เพื่อเปรียบเทียบอัตราการใช้ยาในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ( $\leq$ ร้อยละ 20) และ อัตราการใช้ยาในโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ ( $\leq$ ร้อยละ 20) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

2.3 เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนของประชาชน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้นำแนวคิดการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) ร่วมกับประยุกต์แนวคิดทฤษฎี THE PRECEDE-PROCEED MODEL ของ Green

& Kreuter (2005) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งเป็นโมเดลที่มีความละเอียดและความแกร่งสูง ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1-6 เป็น Precede Model เป็นการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและปัญหาสุขภาพ การออกแบบและวางแผนเกี่ยวกับมาตรการแก้ปัญหาและลงมือปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 7-9 เป็น Proceed Model ประกอบด้วย การประเมินผลเชิงกระบวนการ เชิงผลกระทบ และเชิงผลลัพธ์ แนวคิดนี้มีพื้นฐานที่ว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมก่อน แล้วจึงวางแผนและกำหนดกลวิธี เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น และแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ซึ่งสามารถกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) ร่วมกับประยุกต์ทฤษฎีการวางแผน Precede Proceed Planning Model ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1-6 เป็น Precede Model เป็นการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและปัญหาสุขภาพ การออกแบบและวางแผนเกี่ยวกับมาตรการแก้ปัญหาและลงมือปฏิบัติขั้นตอนที่ 7-9 เป็น Proceed Model ประกอบด้วย การประเมินผลเชิงกระบวนการ เชิงผลกระทบ และเชิงผลลัพธ์ ดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นวางแผน (Planning) 2) ขั้นปฏิบัติการ (Action) 3) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Planning) โดยใช้ Precede Model ค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและปัญหาสุขภาพ การออกแบบและวางแผน เกี่ยวกับมาตรการแก้ปัญหา โดย 1) วิเคราะห์ บริบท ปัญหา และสถานการณ์การใช้อย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) อำเภอศรีเมืองใหม่ 2) วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานการใช้อย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) ในโรงพยาบาล รพ.สต. และชุมชน 3) สร้างรูปแบบการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลสำหรับ รพ.สต. อำเภอศรีเมืองใหม่

ประชากร คือประชาชนในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 67,649 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 382 คน กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยการเปิดตารางของ Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970) กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 40 คน โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี และ รพ.สต. ในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี 2) มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลสำหรับ รพ.สต. อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในขั้นตอนนี้

1) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบวิเคราะห์บริบท ปัญหา และสถานการณ์การใช้อย่างสมเหตุสมผล อำเภอศรีเมืองใหม่ และแบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อสร้างและพัฒนาแบบการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลสำหรับ รพ.สต. อำเภอศรีเมืองใหม่

2) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลกับประชาชนในชุมชนเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทการใช้อย่างสมเหตุสมผลของประชาชนในชุมชน โดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน

2.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วยได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้

2.2) แบบทดสอบส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้อย่างสมเหตุสมผลจำนวน 15 ข้อ ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถูกต้อง (1 คะแนน) ไม่ถูกต้องหรือไม่แน่ใจ (0 คะแนน) ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา มีค่าช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน ในการแบ่งระดับความรู้

เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยพิจารณาจากค่ากลางของระดับคะแนนแต่ละช่วงเท่ากับ 1.5 จากนั้นนำค่ากลางที่ได้มาคำนวณเป็นร้อยละของคะแนนแต่ละระดับ แล้วนำค่าที่ได้แปลงเป็นค่าคะแนนดิบ สามารถแบ่งช่วงคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับปรับปรุง 0.00-5.24 คะแนน ระดับพอใช้ 5.25-8.74 คะแนน ระดับดี 8.75-12.24 คะแนน ระดับดีมาก 12.25-15.00 คะแนน

2.3) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) เกณฑ์ในการแปลความหมาย แบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (คะแนน 2.33- 3.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 1.67- 2.32) และระดับน้อย (คะแนน 1.00- 1.66)

2.4) ข้อเสนอแนะทั่วไป เป็นคำถามปลายเปิด

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) ปฏิบัติการตามแผนปฏิบัติการตามรูปแบบฯ 1) พัฒนาศักยภาพบุคลากร รพ.สต. ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล 2) สร้างการรับรู้แก่ประชาชน 3) สร้างเครือข่ายการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน 4) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในชุมชน 5) จัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในสถานพยาบาล 6) กระตุ้นเตือน โดยโทรศัพท์ และเสนอเป็นวาระการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คป.สอ.) ศรีเมืองใหม่

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ ประเมินผล ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบโดยเปรียบเทียบในประเด็น

1) รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีเมืองใหม่ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

2) อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ( $\leq$ ร้อยละ 20) และโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ ( $\leq$ ร้อยละ 20) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

3) ความรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ

กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบฯ เป็นผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ ได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 45 คน กำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) เป็นผู้รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ ได้รับยาปฏิชีวนะในช่วงเวลาที่ศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาระหว่างดำเนินการ และมีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างประชาชนในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ ตำบลหนองไฮ จำนวน 382 คน

4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) คืบข้อมูลสู่ชุมชน และถอดบทเรียน

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา IOC $\geq$ 0.50 มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 ความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้รับบริการ จำนวน 30 คน ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ข้อคำถามเป็นถูก ผิด มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธีของคูเดอริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) เท่ากับ 0.82 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า นำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ ด้วย Paired Samples T- test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

## จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ UB2021 วันที่อนุมัติ 20 มิถุนายน 2566 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 19 มิถุนายน 2567

## ผลการวิจัย

### 1. ผลการวิเคราะห์ บริบท ปัญหา และสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะอำเภอศรีเมืองใหม่

สถานการณ์การดำเนินงานการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) ในโรงพยาบาล รพ.สต. ก่อนการพัฒนาแบบฯ พบว่า รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อัตราการใช้ยาในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ( $\leq$ ร้อยละ 20) จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 41.18 และโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ ( $\leq$ ร้อยละ 20) จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 5.89

### 2. สถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) ในชุมชน

#### 2.1 การจำหน่ายยาของร้านขายของชำ ในอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

จากการสำรวจร้านขายของชำ ทั้งหมด 239 ร้าน พบร้านที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะ จำนวน 43 ร้าน ยาปฏิชีวนะที่พบมากที่สุด คือยาเม็ด Tetracycline ซึ่งพบถึง 26 ร้าน (ร้อยละ 60.47) รองลงมาคือยาเม็ด Penicillin จำนวน 18 ร้าน (ร้อยละ 41.86) และยาเม็ด Amoxicillin จำนวน 19 ร้าน (ร้อยละ 44.19) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละ ร้านขายของชำที่พบยาปฏิชีวนะแยกตามชื่อยาที่พบ (n=43)

ยาปฏิชีวนะ	จำนวน	ร้อยละ
ยาเม็ด Tetracycline	26	60.47
ยาเม็ด Penicillin	19	44.19
ยาเม็ด Amoxicillin	18	41.86
ยาเม็ด Norfloxacin	8	18.60
ยาเม็ด Mebendazole	5	11.63
ยาเม็ด Fluconazole	5	11.63
ยาเม็ด Kanamycin	4	9.30
ยาเม็ด Neomycin	4	9.30

**2.2 ข้อมูลทั่วไป**

พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 46.60 และเพศหญิง ร้อยละ 53.40 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปีมากที่สุด ร้อยละ 44.24 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,000-19,999 บาท ร้อยละ 44.34 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 70.16 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเคยได้รับยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 85.24

**2.3 ความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนของประชาชน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี**

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 46.60

**ตารางที่ 2**

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (n=382)

ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปรับปรุง (0.00-5.24 คะแนน)	54	14.14
ระดับพอใช้ (5.25-8.74 คะแนน)	178	46.60
ระดับดี (8.75-12.24 คะแนน)	89	23.30
ระดับดีมาก (12.25-15.00 คะแนน)	61	15.97

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  =1.84, S.D.=0.46)

**ตารางที่ 3**



**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล (n=382)

พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. เมื่อเจ็บป่วยท่านไม่ซื้อยาปฏิชีวนะมารับประทานเอง	1.65	0.86	น้อย
2. ท่านนำยาปฏิชีวนะของญาติ หรือคนรู้จักที่มีอาการคล้ายกันมารับประทาน	1.71	0.79	ปานกลาง
3. ท่านรับประทานยาปฏิชีวนะเมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องเนื่องจากอาหารเป็นพิษ	1.84	0.77	ปานกลาง
4. เมื่อเป็นแผลเลือดออกท่านรับประทานยาปฏิชีวนะทุกครั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	1.85	0.77	ปานกลาง
5. ท่านเคยนำยาปฏิชีวนะที่เหลือจากการเจ็บป่วยครั้งที่ผ่านมามารับประทาน	1.79	0.71	ปานกลาง
6. เมื่อไปซื้อยาที่ร้านขายยาท่านแจ้งซื้อยาปฏิชีวนะที่เคยรับประทานแก่เภสัชกร	1.76	0.79	ปานกลาง
7. ท่านนำยาปฏิชีวนะที่เก็บในบริเวณที่ถูกแสงแดด ความร้อนหรือความชื้น มารับประทาน	1.88	0.78	ปานกลาง
8. เมื่อได้รับยาปฏิชีวนะ ท่านรับประทานยาสม่ำเสมอ จนครบตามแพทย์หรือเภสัชกรบอก แม้อาการจะดีขึ้น	1.87	0.81	ปานกลาง
9. เมื่อหมดส่งยาปฏิชีวนะให้รับประทาน หลังได้ใช้ยา 1 วัน อาการไม่ดีขึ้นท่านพยายามเปลี่ยนหมอเพื่อจะได้ยาใหม่กลับมารับประทาน	1.90	0.84	ปานกลาง
10. เมื่อท่านป่วยเป็นหวัด มีไข้ ไอ น้ำมูกใส ท่านซื้อยาปฏิชีวนะมารับประทานทันที เพื่อให้อาการดังกล่าวหายเร็วขึ้น	1.91	0.83	ปานกลาง
11. ท่านรับประทานยาปฏิชีวนะเพียง 1-2 วัน เมื่ออาการดีขึ้นแล้วก็หยุดยา	1.98	0.83	ปานกลาง
12. ท่านสังเกตวันหมดอายุบนแผงยาทุกครั้งก่อนรับประทานและไม่นำยาที่แบ่งบรรจุเกิน 1 ปี มารับประทาน	1.96	0.79	ปานกลาง
13. ท่านได้รับยาปฏิชีวนะที่ระบุให้รับประทาน “ก่อนอาหาร” ท่านจะรับประทานก่อนอาหาร 30 นาที-1 ชั่วโมง เสมอ	1.93	0.78	ปานกลาง
14. ท่านพยายามขอให้หมอส่งจ่ายยาปฏิชีวนะให้แม่แพทย์จะแจ้งว่าโรคที่เป็นไม่จำเป็นต้องใช้	1.82	0.76	ปานกลาง
15. เมื่อมีอาการเป็นหวัด มีไข้ ไอ น้ำมูกใส ท่านซื้อยาปฏิชีวนะมารับประทานทันทีเพื่อให้อาการดังกล่าวหายเร็วขึ้น	1.82	0.78	ปานกลาง
<b>ภาพรวม</b>	<b>1.84</b>	<b>0.46</b>	<b>ปานกลาง</b>

### 3. รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

ประกอบด้วย 6 กิจกรรมคือ 1) พัฒนาศักยภาพบุคลากร รพ.สต. ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ดำเนินการโดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ RDU พบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดำเนินงาน RDU เพิ่มขึ้นร้อยละ 90 โดยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ RDU อยู่ในระดับมากที่สุด 2) สร้างการรับรู้แก่ประชาชน ดำเนินการโดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลแก่ประชาชน พบว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล เพิ่มขึ้นร้อยละ 85 โดยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล อยู่ในระดับมากที่สุด 3) สร้างเครือข่ายการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง



สมเหตุสมผลในชุมชน 4) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลในชุมชน โดยการอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย RDU พบว่า เครือข่ายฯ มีความรู้เกี่ยวกับ RDU เพิ่มขึ้น ร้อยละ 90 โดยมีความรู้ในระดับมากที่สุด 5) จัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขการในการใช้อย่างสมเหตุสมผล ในสถานพยาบาล 6) กระตุ้นเตือน โดยโทรศัพท์ และเสนอเป็นวาระการประชุม คป.สอ. ศรีเมืองใหม่

#### 4. ผลการประเมินรูปแบบการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

4.1 อัตราการใช้อย่างปลอดภัย รวบรวม ร้อยละ  $\leq$  ร้อยละ 20 และ อัตราการใช้อย่างปลอดภัยในระบบทางเดินหายใจ  $\leq$  ร้อยละ 20 ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ มีอัตราการใช้อย่างปลอดภัย รวบรวม ร้อยละ  $\leq$  ร้อยละ 20 จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 41.18 และโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ  $\leq$  ร้อยละ 20 จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 5.89 หลังการพัฒนารูปแบบฯ จำนวน รพ.สต.ที่มีอัตราการใช้อย่างปลอดภัย รวบรวม ร้อยละ  $\leq$  ร้อยละ 20 เพิ่มขึ้นเป็น 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 76.47 และอัตราการใช้อย่างปลอดภัยในระบบทางเดินหายใจ  $\leq$  ร้อยละ 20 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 11.78 ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** อัตราการใช้อย่างปลอดภัย รวบรวม ร้อยละ  $\leq$  ร้อยละ 20 และ อัตราการใช้อย่างปลอดภัยในระบบทางเดินหายใจ ( $\leq$  ร้อยละ 20) ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ตัวชี้วัด	ก่อนการพัฒนารูปแบบ		หลังการพัฒนารูปแบบ	
	จำนวน รพ.สต.	ร้อยละ	จำนวน รพ.สต.	ร้อยละ
1. อัตราการใช้อย่างปลอดภัย รวบรวม ร้อยละ $\leq$ ร้อยละ 20	7	41.18	13	76.47
2. อัตราการใช้อย่างปลอดภัยในระบบทางเดินหายใจ $\leq$ ร้อยละ 20	1	5.89	2	11.78

4.2 หลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้อย่างสมเหตุสมผลดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $<$  .001) และพฤติกรรมการใช้อย่างสมเหตุสมผล ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $<$  .001) ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการใช้อย่างสมเหตุสมผล ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=45)

การใช้อย่างสมเหตุสมผล	$\bar{X}$	S.D.	t-value	df	p-value	95%CI
ความรู้						
ก่อนการพัฒนารูปแบบ	11.16	3.81	4.68	44	$<$ .001*	1.16-2.92
หลังการพัฒนารูปแบบ	13.20	2.34				

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=45) (ต่อ)

การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	$\bar{X}$	S.D.	t-value	df	p-value	95%CI
พฤติกรรม						
ก่อนการพัฒนารูปแบบ	1.82	0.47	11.42	44	<.001*	.52-.74
หลังการพัฒนารูปแบบ	2.45	0.30				

\*p ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

### อภิปรายผล

1. สถานการณ์การดำเนินงานการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) พบว่า รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อัตราการใช้ยาในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ( $\leq$  ร้อยละ 20) จำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 41.18 และโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ ( $\leq$  ร้อยละ 20) จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 5.89 สถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) ในชุมชน จากการสำรวจร้านขายของชำที่สำรวจ ทั้งหมด 239 ร้าน พบการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ จำนวน 43 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 17.99 ยาที่พบมากที่สุดคือยาเม็ด Tetracycline ซึ่งพบถึง 26 ร้าน (ร้อยละ 60.47 ของร้านที่จำหน่ายยาปฏิชีวนะ) รองลงมาคือยาเม็ด Penicillin จำนวน 19 ร้าน (ร้อยละ 44.19) ยาเม็ด Amoxicillin จำนวน 18 ร้าน (ร้อยละ 41.86) ยาเม็ด Norfloxacin จำนวน 8 ร้าน (ร้อยละ 18.60) ยาเม็ด Mebendazole จำนวน 5 ร้าน (ร้อยละ 11.63) ยาเม็ด Fluconazole จำนวน 5 ร้าน (ร้อยละ 11.63) ยาเม็ด Kanamycin จำนวน 4 ร้าน (ร้อยละ 9.30) และยาเม็ด Neomycin จำนวน 4 ร้าน (ร้อยละ 9.30) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ อังพร บุญยัง และ รุ่งทิภา หมั่นปา (2561) ศึกษาความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล พบว่า ร้านขายของชำในจังหวัดพิษณุโลก ร้อยละ 47.90 จำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสม ยาปฏิชีวนะที่พบมากที่สุดคือยาเม็ด Tetracycline รองลงมาคือยา Penicillin- และ ยา Amoxicillin

2. ความรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชน อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างประชาชนในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ จำนวน 382 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 46.60 และมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  =1.84, S.D.=0.46) อธิบายได้ว่า ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลที่ไม่สูงมาก ทำให้มีพฤติกรรมทางเลือกใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในระดับปานกลาง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลเพื่อให้สามารถเลือกใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล สอดคล้องกับผลการศึกษาของศรีภักฎญา ชุมหวักสิต (2561) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนตลาดดอนนกก เครือข่าย รพ.สุราษฎร์ธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.3 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิลาวัลย์ อุ่นเรือน และดลวิวัฒน์

แสนโสม (2558) ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นในอาการ เจ็บคอ บาดแผล สะอาด ท้องร่วง พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง

3. รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอ ศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 6 กิจกรรมคือ 1) พัฒนาศักยภาพบุคลากร รพ.สต.ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล 2) สร้างการรับรู้แก่ประชาชน 3) สร้างเครือข่ายการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน 4) พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน 5) จัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ในสถานพยาบาล 6) กระตุ้นเตือน โดยโทรศัพท์ และเสนอเป็นวาระการประชุม คป.สอ. ศรีเมืองใหม่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของดวงดาว อรัญวาสิน ลักษณะ ยศตราวาส และ ผดุงศิษย์ ขำนาญบริรักษ์ (2560) ที่ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกิ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้และความมั่นใจแก่ผู้ให้บริการ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัญฐานวรรณ รอนณรงค์ (2564) ศึกษาผลการดำเนินงานและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับจังหวัดของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า แนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ระดับจังหวัด ประกอบด้วย การจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาสมเหตุสมผล การสร้างการรับรู้ สร้างสื่อประชาสัมพันธ์ให้แก่ประชาชน

4. ผลการประเมินรูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ

4.1 หลังการพัฒนา รูปแบบฯ จำนวน รพ.สต. มีอัตราการเข้าในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน <ร้อยละ 20 เพิ่มขึ้นเป็น 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 76.47 และอัตราการเข้าในโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ <ร้อยละ 20 เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 11.78 อธิบายได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุสมผลที่พัฒนาขึ้น โดยจัดกิจกรรม พัฒนาศักยภาพบุคลากร รพ.สต. ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล สร้างเครือข่ายการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน พัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน จัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ในสถานพยาบาล การกระตุ้นเตือน โดยโทรศัพท์ และเสนอเป็นวาระการประชุม คป.สอ. ศรีเมืองใหม่ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ เห็นความสำคัญของการใช้ยาสมเหตุสมผล ส่งผลให้มีอัตราการเข้ายาลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัญฐานวรรณ รอนณรงค์ (2564) ศึกษาผลการดำเนินงานและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับจังหวัดของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล จังหวัดชัยภูมิ พบว่า หลังจากการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล พบว่า จังหวัดชัยภูมิมีผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลขั้นที่ 1 จำนวน 16 แห่ง ร้อยละ 100 ขั้นที่ 2 จำนวน 9 แห่ง ร้อยละ 56.25 ขั้นที่ 3 จำนวน 5 แห่ง ร้อยละ 31.25

4.2 หลังการพัฒนารูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .001 และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < .001) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use: RDU) ร่วมกับ ประยุกต์ทฤษฎีการวางแผน Precede Proceed Planning Model ขั้นตอนที่ 1-6 เป็น Precede Model เป็นการ ค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและปัญหาสุขภาพ การออกแบบและวางแผนเกี่ยวกับมาตรการแก้ปัญหาและลงมือปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 7-9 เป็น Proceed Model ประกอบด้วย การประเมินผลเชิงกระบวนการ เชิงผลกระทบ และเชิง ผลลัพธ์ จึงได้รูปแบบฯ ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับผลการศึกษากองานนท์ อังคนาวีศัลย์ (2554) ได้ ศึกษาความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2554 พบว่า หลังการรณรงค์พบว่านักศึกษามีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง สมเหตุสมผลมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะด้วย

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

รูปแบบการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอศรี เมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี นำมาใช้ได้ผลดีใน รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอศรีเมืองใหม่ และสามารถนำไปใช้กับพื้นที่อื่น ได้ โดยต้องศึกษาบริบท ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข เกสัชกร ผู้ให้บริการใน กระบวนการพัฒนาเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขปัญหารวมกันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ร่วมกับการ ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ข้อมูลการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลให้กับประชาชนอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ รูปแบบการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับสมเหตุสมผลที่ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของเภสัชกร เพราะเภสัชกร มีหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความ ร่วมมือ ในการรักษา มีการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง อันส่งผลดีต่อประสิทธิภาพในการรักษา อีกทั้งยังช่วยลด ความเสี่ยงของอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและลดปัญหาการดื้อยามีบทบาท ทั้งในเรื่องการจ่ายยา การให้ คำปรึกษาแนะนำการใช้ยา การติดตามการแก้ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วย
2. ควรศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของ ประชาชน

### เอกสารอ้างอิง

กานนท์ อังคนาวีศัลย์ และคณะ. (2554). ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2554. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(3):374-381.

## เอกสารอ้างอิง

- กัณฐนวรรณ์ รอนนรงค์. (2564). ผลการดำเนินงานและพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับจังหวัดของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล จังหวัดชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร*, 41(1), 58-67.
- กองสุขศึกษา. (2562). *การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนกลุ่มวัยทำงาน*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การจัดการการติดต่อด้านจูลซีฟประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2559). สถานการณ์การใช้ยาสมเหตุสมผลสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. <https://www.fda.moph.go.th/sites/drug/SitePages>
- ดวงดาว อรัญวาสิน, ลักษณะ ยศราวาส และ ผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์. (2560). การพัฒนารูปแบบการใชยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้งอำเภอมืองจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(1), 49-57.
- ภาณุมาศ ภูมาศ และคณะ. (2555). ผลกระทบด้านสุขภาพ และเศรษฐศาสตร์ จากการติดเชื้อดื้อยาด้านจูลซีฟในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(3), 352-360.
- โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่. (2566). *สรุปผลการนิเทศงานเภสัชกรรม เครือข่ายโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ปี 2566*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่.
- วิลาวัลย์ อุ่นเรือน และดลวิวัฒน์ แสนโสม. (2558). พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น ในอาการเจ็บคอ บาดแผลสะอาด ท้องร่วง. *วารสารวิจัยสถาบัน มข*, 3(3), 221-232.
- ศรัทัญญา ชุมหวีกสิต. (2561). พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ในศูนย์บริการสุขภาพชุมชนตลาดดอนนอก เครือข่าย รพ.สุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต*, 11(32), 783-790.
- ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจูลซีฟแห่งชาติ. (2564). *สถานการณ์เชื้อดื้อยาด้านจูลซีฟตามเขตสุขภาพ เดือน ม.ค.-ธ.ค. 2564*. ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจูลซีฟแห่งชาติ (NARST) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. <http://narst.dmsc.moph.go.th>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2565). *สรุปผลการนิเทศงานเภสัชกรรม 2565*. อุบลราชธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.
- อัปสร บุญยั้ง และ รุ่งทิพา หมื่นป่า. (2561). ความชุกของการจำหน่ายยาที่ไม่เหมาะสมของร้านชำในจังหวัดพิษณุโลกและปัจจัยที่มีผล. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(1), 105-118.
- Green, L and Kreuter, M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. 4th Edition, McGraw Hill, New York.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.

### เอกสารอ้างอิง

O'Neill J. (2014). *Review on antimicrobial resistance*. Antimicrobial resistance: Tackling a crisis for the health and wealth of nations.

World Health Organization. (1987). *The rational use of drugs: Report of the conference of experts, Nairobi, 25-29 November 1985*. Geneva: Albany: World Health Organization.

World Health Organization. (2014). *Antimicrobial resistance: global report on surveillance*. Geneva: World Health Organization.

## การวิจัยแบบผสมผสานปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ

### ของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง

พัชรนันท์ วิวราภานนท์<sup>1</sup> ปานทิพย์ ปุรณานนท์<sup>2\*</sup> จิตอารี ชาตมินตรี<sup>1</sup> วนิตา อินทรราชา<sup>1</sup> พวงเพชร มีศิริ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

(วันที่รับบทความ: 13 สิงหาคม 2566; วันที่แก้ไข: 30 สิงหาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 20 พฤศจิกายน 2566)

#### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ จำนวน 420 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ จำนวน 30 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามโดยการสำรวจ และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และสถิติไคร์แอสควร์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปางอยู่ในระดับดี (76.61%) ปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์ทางสถิติต่อระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ปัจจัยด้านรายได้การประกอบอาชีพ และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ( $p < 0.05$ ) ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ สถานภาพ และระดับการศึกษาไม่ได้มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยอื่นๆ ที่วิเคราะห์แก่นสาระสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง พบว่า ปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความภาคภูมิใจในการดำเนินชีวิต และสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ดังนั้นการส่งเสริมด้านสุขภาพทางกาย ใจ สังคม รวมถึงการดำรงชีวิตจะมีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งจากปัจจัยตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมอันจะช่วยให้ผู้สูงอายุอาศัยในสังคมได้อย่างปลอดภัยและมีความสุขในชีวิตยามบั้นปลาย

**คำสำคัญ:** ปัจจัยส่วนบุคคล, ความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

**\*ผู้รับผิดชอบบทความ:** ปานทิพย์ ปุรณานนท์; email: panthip.p@mail.bcnlp.ac.th



## Mixed-Method Research on Influential Factors Impacting the Health Safety and Security among Older Adults in Lampang Province

Phatchanun Vivarakanon<sup>1</sup>, Panthip Poorananon<sup>1\*</sup>, Jitaree Chatmootree<sup>1</sup>,  
Wanida Inthraracha<sup>1</sup>, Puangpet Meesiri<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

(Received: 13 August 2023; Revised: 30 August 2023; Accepted: 20 November 2023)

### Abstract

This Mixed-Method research aimed to examine the factors that associated with the health safety and security of older adults in Lampang province. Participants of the qualitative participants involved 30 older individuals and quantitative study comprised 420 older adults. The research data collected by survey and structured interview. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, correlation coefficient and chi-square statistics. Qualitative data were analyzed using thematic analysis.

The research results found that mostly (76.61%) the health security level of older adults was at a good level. The relationship between age and the level of health safety and security in older people in the opposite direction was statistically significant at 0.05. Income, occupation, and chronic illness aspects significantly impacted health safety and security ( $p < 0.05$ ), while gender, status, and educational level were not statistically significant correlation. In addition to these factors, structured interviews were conducted to explore physical, mental, and social aspects, including the ability to perform daily activities, sense of pride in life that all of which affect health-related well-being.

Therefore, promoting physical, mental, and social aspects, and livelihood health may affect the health security of the older adults. Individual factors and environmental elements both contribute to the older adults' ability to live safely and happily within their community during their later years.

**Keyword:** Individual factors, Health safety and security, Older individuals

**\*Corresponding author:** Pantip Poorananon, email: pantip.p@mail.bcnlp.ac.th

## บทนำ

แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก มีผลให้สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศต่างๆ เพิ่มมากขึ้น จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีประมาณ 1,153 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด (United Nations, 2021) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017) ได้เผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะมากขึ้นเป็นประมาณ 2.1 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 และผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีอยู่ถึงร้อยละ 16 ซึ่งจะเพิ่มจากร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2562 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุทั่วโลกนี้ ส่งผลให้สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยทั้งหมดมีประมาณ 11.3 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นประมาณ 16.7% ของประชากรทั้งหมดในประเทศ สำหรับจังหวัดลำปางมีประชากรผู้สูงอายุที่มากที่สุดเป็นอันดับ 2 ของประเทศ จำนวนถึง 177,944 คน ถือว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aged society)

การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรดังกล่าวมีผลโดยตรงและทางอ้อมสำหรับผู้สูงอายุด้านต่างๆ เช่น ทางด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ เป็นต้น การเพิ่มขึ้นในระบบบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุจะมารับบริการบริการมากยิ่งขึ้นซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลและการส่งเสริมสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุ แนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน ทำให้เพิ่มความต้องการในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ อีกทั้งยังเพิ่มภาระการดูแลของผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อภาระและหน้าที่ของคนในครอบครัว และอาจเกิดปัญหาทางสังคมและจิตใจได้ เช่น ซึมเศร้าจากความเหงาและการอยู่คนเดียว อีกทั้งยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างประชากรของประเทศ มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาวที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต (วิไลวรรณ อิศรเดช, 2565)

อ้างอิงรายงานการพัฒนามนุษย์ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Program: Human Development Report Office, 2017) พัฒนาการรอบแนวคิดของความมั่นคงปลอดภัยของมนุษย์ (Human Security) เพื่อตอบสนองที่เน้นประชาชน ครอบคลุม เฉพาะบริบทพื้นฐานในเกณฑ์ที่หลากหลาย และได้รับการพัฒนาเป็นแนวทางและการประเมินความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ (UNDP, 2017) มีอยู่ด้วยกันทั้งหมด 7 ด้าน คือ 1) ความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ (Economic Security) ซึ่งเน้นทางมีสภาพคล่องในการจัดการเรื่องเงินเพื่อใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน ไม่มีภาระหนี้สิน และสามารถเข้าถึงบริการทางการเงินและโอกาสทางเศรษฐกิจอื่นๆ ได้ 2) ความมั่นคงด้านสุขภาพทางกาย (Health Security) มีความหมายในด้านการมีสุขภาพที่สมบูรณ์สภาพร่างกายแข็งแรงได้รับการดูแลทางสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถเข้าถึงระบบสุขภาพพื้นฐานได้ 3) ความมั่นคงทางด้านสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Security) เน้นทางด้านร่างกาย สภาพความเป็นอยู่การใช้ชีวิตประจำวันที่ปลอดภัย ไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบหรือละเมิดสิทธิมนุษยชน 4) ความมั่นคงทางการเมืองการปกครอง (Political Security) มีความมั่นคงในเรื่องการเมืองและการปกครองไม่ถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนได้รับการปกครองที่ถูกต้องตามหลักนิติธรรมและความยุติธรรม 5) ความมั่นคงทางด้านอาหาร (Food Security) การได้รับอาหารที่เพียงพอในแต่ละ

วัน 6) ความมั่นคงทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Security) การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีไม่ถูกทำลายหรือเสื่อมโทรม 7) ความมั่นคงทางด้านสังคมและชุมชน (Community Security) อาศัยในชุมชนไม่มีความขัดแย้งทางศาสนา ที่ปลอดภัยจากอาชญากรรมและความรุนแรงต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุความมั่นคงปลอดภัยของมนุษย์ทั้ง 7 ด้านนี้ มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยทางตรง เช่น การรับประทานอาหารที่ได้คุณภาพ หาซื้อได้ง่ายในท้องถิ่นจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงซึ่งสุขภาพทางสุขภาพได้ดีในผู้สูงอายุ เป็นต้น และผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยทางอ้อม เช่น การอยู่อาศัยร่วมกันของคนในชุมชน โดยไม่มีทะเลาะวิวาท ทุกคนได้รับสิทธิเท่าเทียมกันในการอาศัยอยู่ร่วมกันบนบรรทัดฐานเดียวกันทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางสุขภาพและสุขภาพ เป็นต้น (วีรยุทธ คำแก้ว และราเชนทร์ นพณัฐวงศกร, 2564)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ถือเป็นเรื่องสำคัญที่ควรให้การตระหนัก ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ของรัฐและเอกชนของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงปลอดภัยในผู้สูงอายุ คือ 1) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ 2) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ยุติธรรม และเป็นธรรม 3) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมบทบาทนำและความรับผิดชอบของไทยในประชาคมโลก 4) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมความสอดคล้องระหว่างนโยบายสุขภาพภายในประเทศและระหว่างประเทศ และ 5) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กร ในด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศและการพัฒนาระบบและกลไกการประสานงาน (Bureau of Information Office of the Permanent Secretary of MOPH, 2015) โดยใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้ในการขับเคลื่อนการส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัยในผู้สูงอายุ จากผลการดำเนินงานพบว่า ผลการดำเนินงานของ 5 ยุทธศาสตร์ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ จากการขาดการบูรณาการกับหลายภาคส่วนในการทำงานร่วมกัน (เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล, ศรีนิญา เฟิงสุก, 2559; สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) และผลการสำรวจจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าปัญหาการไม่ได้รับการตอบสนองด้านความมั่นคงปลอดภัยของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับหลายมิติ เช่น กาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ อีกทั้งยังมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง การถูกทอดทิ้ง ขาดการสื่อสารในสังคม รวมถึงปัญหาทางด้านจิตใจ จำนวนถึง 47,000 คนต่อปี โดยเป็นเพศหญิง 27,600 และเพศชาย 19,700 คน (ศุทธิดา ชวนวัน, กาญจนา ปัญญาธร และชลการ ทรงศรี, 2563; กัญญา อภิพรชัยสกุล, กาญจนา เทียนลาย และ ภัทรพร ตาสิงห์, 2561; วิทยานันท์ ม่วงสกุล, 2558) ปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเปราะบางกว่าผู้สูงอายุทั่วไป และเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพได้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทั้งด้านสังคมและชีวิตตามลักษณะทางสังคมและลักษณะทางประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะ และข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ เป็นต้น เพื่อที่จะให้เข้าใจในลักษณะและพฤติกรรมของกลุ่มประชากรนั้นๆ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการศึกษา วางแผนนโยบาย การเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ และการทำความเข้าใจในข้อบ่งชี้ของผู้สูงอายุแต่ละรายที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตในยามบั้นปลายของชีวิตได้อย่างมีความสุขโดยมีความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ

ของผู้สูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร โดยให้ความสำคัญของความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยทางด้านโครงสร้างลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือตนเองได้ หรือได้รับการดูแลเกื้อหนุนจากครอบครัว ชุมชนและสังคมอยู่อาศัยในสังคมได้อย่างสงบสุข

### วัตถุประสงค์การวิจัย

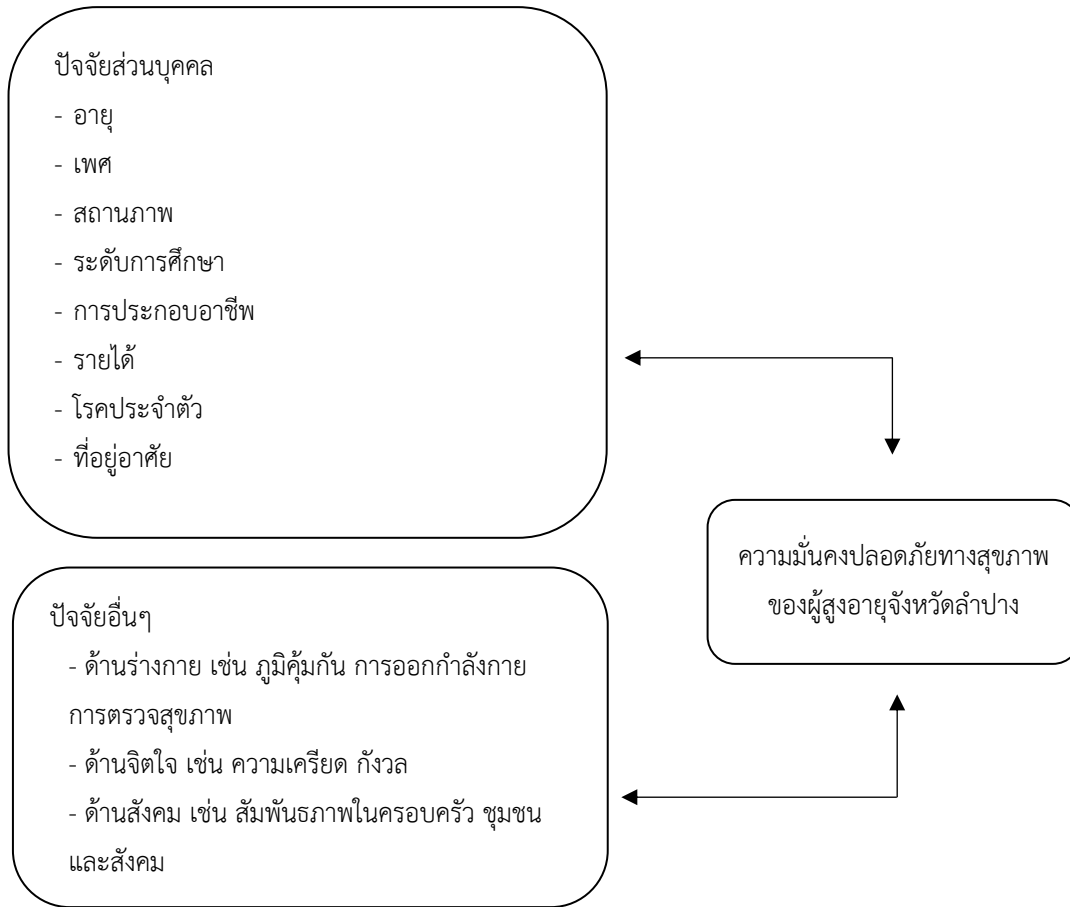
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method design) ศึกษาระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง คือ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และที่อยู่อาศัย ที่มีผลต่อระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง จำนวน 420 คน โดยตามด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ถึง เมษายน พ.ศ. 2566

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความมั่นคงปลอดภัยของมนุษย์ ซึ่งได้ถูกพัฒนามาจากโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP, 2017) จากการพัฒนากรอบแนวคิดความมั่นคงของมนุษย์มาใช้โดยมีทั้งหมด 7 ด้านดังนี้ คือ 1) ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental security) 2) ความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพทางกาย (Health security) 3) ความมั่นคงปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal security) 4) ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านการศึกษาความรู้ในชีวิตประจำวัน (Knowledge for living security) 5) ความมั่นคงปลอดภัยทางการเมืองการปกครอง (Political security) 6) ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสังคมและชุมชน (Political security) และ 7) ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านเศรษฐกิจ (Environmental security) โดยผู้วิจัยนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**ระเบียบวิธีวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research Design) โดยการศึกษาเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม การประเมินความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับลักษณะประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และที่อยู่อาศัยกับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน คือ 1) ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental security) 2) ความมั่นคงปลอดภัยของสุขภาพทางกาย (Health security) 3) ความมั่นคงปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal security) 4) ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านความรู้ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน 5) ความมั่นคงปลอดภัยทางการเมืองการปกครอง (Political security) 6) ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสังคมและชุมชน (Community security) และ 7) ความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ (Economic security) สำหรับเชิงคุณภาพ มีการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง (Structure Interviews) โดยสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (Face to Face Interview) หลังจากการสอบถามโดยใช้แบบสอบถาม

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปางจำนวนทั้งหมด 177,944 คน  
กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจจ์และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง 377 คน เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลไม่เพียงพอจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษาคั้งนี้ 420 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าคือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สื่อสารด้วยภาษาไทย และอาศัยอยู่หรือมีภูมิลำเนาในจังหวัดลำปางนาน 2 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สมัครใจให้ข้อมูล และเป็นโรคทางจิต ที่ทำให้สติสัมปชัญญะลดลงจนไม่สามารถตอบคำถามได้ การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) ในจังหวัดลำปาง มีทั้งหมด 13 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอเกาะคา อำเภอห้างฉัตร อำเภอแม่ทะ อำเภอเสริมงาม อำเภอแม่เมาะ อำเภอแจ้ห่ม อำเภอสบปราบ อำเภอเมืองปาน อำเภองาว อำเภอเถิน อำเภอวังเหนือ และอำเภอแม่พริก โดยสุ่มจับฉลากได้กลุ่มตัวอย่าง คือ อำเภอแม่ทะ และอำเภอสบปราบ อำเภอละ 210 คน

กลุ่มตัวอย่างสำหรับเชิงคุณภาพ คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในที่อาศัยอยู่หรือมีภูมิลำเนาในจังหวัดลำปาง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน และเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) การคัดเลือกผู้สูงอายุเข้ามาสัมภาษณ์ เป็นกลุ่มเดียวกันที่ตอบคำถามเชิงปริมาณ หรือวิเคราะห์เชิงปริมาณก่อน และค่อยลงไปเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

## เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากกรอบแนวคิดของ UNDP ความมั่นคงของมนุษย์ แบบสอบถาม การประเมินความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ (Older Adults Security Questionnaires, OA-SQs) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพ น้าหนัก/ ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ผู้สูงอายุ โรคประจำตัว สภาพที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ โดยประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ 3 คะแนน หมายถึงมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตมาก 2 คะแนน หมายถึงมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตปานกลาง และ 1 คะแนน หมายถึงมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตน้อย มีเกณฑ์การแปลผลระดับความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ดังนี้

61-90 คะแนน หมายถึง ท่านมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตระดับมาก

31-60 คะแนน หมายถึง ท่านมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตระดับปานกลาง

1-30 คะแนน หมายถึง ท่านมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตระดับน้อย

เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ปลายเปิดเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ด้านร่างกาย ภูมิคุ้มกัน การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ ด้านจิตใจ ความเครียด ความวิตกกังวล และ ด้านสังคม สัมพันธภาพในสังคม เช่น “ท่านคิดว่าด้านร่างกายที่มีผลต่อสุขภาพของท่านหรือไม่ อย่างไร” “ท่านคิดว่าด้านจิตใจมีผลต่อสุขภาพของท่านด้วยหรือไม่ อย่างไร” และ “ท่านคิดว่าด้านสังคมมีผลต่อสุขภาพของท่านหรือไม่ อย่างไร” การบันทึกภาคสนาม (Field note) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Participant observation)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นมาเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ได้หาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านผู้สูงอายุทั้ง 3 ท่าน การหาค่าความเที่ยงตรง (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ในกลุ่มที่คล้ายคลึงประชากรกลุ่มตัวอย่าง หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้โดยรวมเท่ากับ 0.87 และรายด้านคือ 1) ด้านสิ่งแวดล้อมเท่ากับ 0.81 2) ด้านสุขภาพทางกายเท่ากับ 0.76 3) ด้านสุขภาพวะส่วนบุคคลเท่ากับ 0.79 4) ด้านความรู้ที่ใช้ในชีวิตประจำวันเท่ากับ 0.8 5) ด้านการเมืองการปกครองเท่ากับ 0.75 6) ด้านสังคมและชุมชนเท่ากับ 0.81 และ 7) ด้านเศรษฐกิจเท่ากับ 0.76

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยผู้วิจัยมีความเชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของทีมวิจัยที่จะลงสัมภาษณ์เกี่ยวกับแนวทางการถามคำถาม เพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองและความคิดเห็นเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล จนกระทั่งวิจัยอิ่มตัว (Data saturation) จากการอ่านบทสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ อีกทั้งข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบโดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodology triangulation) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การบันทึกผลการสะท้อนคิด และการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงลึก ซึ่งวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์คำถามกึ่งโครงสร้าง สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกัน ตลอดระยะเวลาการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นการลดอคติในการตีความของผู้วิจัย ข้อมูลที่ได้จะนำไปประชุมกับทีมวิจัยอีกครั้งเพื่อหาข้อสรุปผลการวิจัย

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง และหลังได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่อำเภอแม่ทะ และอำเภอสบปราบที่เป็นหลังในการเก็บข้อมูล ได้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยการแนะนำตนเองพร้อม



ชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งการอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ทำแบบความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพฯ ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 25-30 นาที โดยผู้วิจัยจะช่วยเหลือในการอ่านและเขียนตอบในแบบสอบถามให้กรณีผู้สูงอายุบางท่านมองไม่เห็นหรือต้องการให้ช่วยเหลือ

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลมาลงรหัส ให้นำน้ำหนักคะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

#### ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. หลังจากการสำรวจความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพแล้ว ผู้วิจัยถามคำถามให้โดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามจากการสัมภาษณ์ประมาณ 15-20 นาที โดยใช้คำถามปลายเปิด

2. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการขอทำการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์จะสิ้นสุดเมื่อข้อมูลครอบคลุมและสมบูรณ์ (Data saturation) และตลอดการสัมภาษณ์ ผู้ช่วยวิจัยทำการบันทึกภาพสนทนาพร้อมด้วย

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และที่อยู่อาศัย โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อีกทั้งการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาใช้สถิติความสัมพันธ์ของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation Coefficient) และสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Tests) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ วิเคราะห์ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งวิเคราะห์จากข้อมูลจากการถอดเทป การบันทึกภาคสนาม และผลการบันทึกจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผู้วิจัยตรวจสอบความครอบคลุม ทำความเข้าใจรหัส นำมาใส่รหัส (Coding) โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบแก่นสาระ (Thematic analysis) และนำมาจัดกลุ่มข้อมูล จำแนกประเภทข้อมูลหลัก และข้อมูลรอง

#### จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำโครงการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ นำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่จริยธรรม 030/2566 ผู้สูงอายุได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และการสอบถามความสมัครใจ ผู้สูงอายุมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการรับบริการ เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการศึกษได้ตลอดเวลา การวิจัยโดยผู้วิจัยจะเสนอข้อมูลในภาพรวม จะไม่มีการอ้างอิงที่สืบค้นไปยังผู้ร่วมวิจัยได้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครวิจัยสอบถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ด้วยตนเอง ซึ่งไม่มีการบังคับและผู้วิจัยใช้เวลาในการตัดสินใจ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาคั้งนี้จะไม่ถูกเปิดเผย เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดย

ไม่ระบุชื่อของบุคคลที่ให้ข้อมูล อาสาสมัครวิจัยสามารถหยุดหรือยกเลิกในการจะให้ข้อมูลได้ทุกครั้ง หากไม่ประสงค์ที่จะให้ข้อมูลต่อไป โดยอาสาสมัครวิจัยจะไม่เสียประโยชน์ใดๆทั้งสิ้น

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลลักษณะทั่วไป

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 51.8 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 59.3 ระดับการศึกษาจบประถมศึกษา ร้อยละ 62.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 61 โดยรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 46.2 มีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 53.3 และอาศัยอยู่ในบ้านของตัวเอง ร้อยละ 98.3

### 2. ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง โดยใช้เครื่องประเมินความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพผู้สูงอายุ (Older Adult Security Questionnaires: OA-SQs) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในจังหวัดลำปางมีความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ระดับมาก ร้อยละ 76.61 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาพรวมระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง (n=420)

ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
มาก (คะแนน 61-90)	322	76.61
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	62	14.85
น้อย (คะแนน 1-30)	36	8.54

การวิเคราะห์ข้อมูลระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง โดยแยกเป็นรายด้านทั้งหมด 7 ด้าน พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก โดย 3 อันดับแรกของด้านที่มีความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพมากที่สุดได้แก่ ด้านสุขภาพทางกายมีมากที่สุดถึงร้อยละ 85 ด้านสิ่งแวดล้อมมีร้อยละ 79 และ ด้านการเมืองการปกครอง มีร้อยละ 68 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง (n=420)

ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Security)		
มาก (คะแนน 61-90)	332	79.2
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	53	12.5
น้อย (คะแนน 1-30)	35	8.2
$\bar{X}=2.71, S.D.=0.60$		

**ตารางที่ 3** ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง (ต่อ)

ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
<b>2. ด้านความมั่นคงปลอดภัยของสุขภาพทางกาย (Health Security)</b>		
มาก (คะแนน 61-90)	360	85.7
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	53	12.6
น้อย (คะแนน 1-30)	7	1.7
$\bar{X} = 2.84, S.D. = 0.40$		
<b>3. ด้านความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพส่วนบุคคล (Personal security)</b>		
มาก (คะแนน 61-90)	238	56.7
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	143	34
น้อย (คะแนน 1-30)	39	9.3
$\bar{X} = 2.47, S.D. = 0.66$		
<b>4. ด้านความมั่นคงปลอดภัยทางด้านการศึกษาความรู้ในชีวิตประจำวัน (Knowledge for living security)</b>		
มาก (คะแนน 61-90)	162	38.6
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	195	46.4
น้อย (คะแนน 1-30)	63	15.0
$\bar{X} = 2.23, S.D. = 0.69$		
<b>5. ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านการเมืองการปกครอง (Political Security)</b>		
มาก (คะแนน 61-90)	286	68.1
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	110	26.2
น้อย (คะแนน 1-30)	24	5.7
$\bar{X} = 2.62, S.D. = 0.59$		
<b>6. ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสังคมและชุมชน (Community Security)</b>		
มาก (คะแนน 61-90)	258	61.4
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	120	28.6
น้อย (คะแนน 1-30)	42	10.0
$\bar{X} = 2.62, S.D. = 0.67$		
<b>7. ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านเศรษฐกิจ (Economic Security)</b>		
มาก (คะแนน 61-90)	248	59.00
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	140	33.3
น้อย (คะแนน 1-30)	32	7.60
$\bar{X} = 2.51, S.D. = 0.63$		

### 3. ปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

ผลการวิเคราะห์เมื่อพิจารณารายด้านระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และที่อยู่อาศัย กับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง พบว่า เพศ ( $X^2(1)=1.407, p .495$ ) สถานภาพ ( $X^2(6)=4.628, p .592$ ) และระดับการศึกษา ( $X^2(1)=6.626, p .577$ ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน			df	$\chi^2$	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
<b>เพศ</b>						
หญิง	59	93	96	1	1.407	.495
ชาย	43	55	74			
<b>สถานภาพ</b>						
โสด	8	17	10	6	4.628	.592
สมรส	64	85	100			
หม้าย	28	44	58			
หย่าร้าง	2	2	2			
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	23	38	37	1	6.626	.577
ไม่จบประถมศึกษาตอนต้น	8	11	16			
จบสูงสุดประถม	60	92	109			
จบสูงสุดมัธยม	8	6	5			
จบปริญญาตรีขึ้นไป	3	1	3			
<b>การประกอบอาชีพ</b>						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	44	105	109	2	.144	.003*
ประกอบอาชีพ	58	43	61			
<b>โรคประจำตัว</b>						
ไม่มี	43	64	43	4	.147	.020*
มีโรคประจำตัว 1 โรค	55	79	90			
มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป	4	5	7			

**ตารางที่ 4** ผลการวิเคราะห์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน			df	$\chi^2$	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
<b>ที่อยู่อาศัย</b>						
ไม่มีบ้าน/ บ้านเช่า	-	2	1	4	.121	.013*
บ้านส่วนตัว	98	146	169			
บ้านญาติ	4	-	-			

\* $p < 0.05$

อายุ และรายได้มีความสัมพันธ์ทางสถิติต่อระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในทิศทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = -.092$ ) และ ( $r = .503$ ) ตามลำดับ โดยการใช้การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์พริสทิสสัมพันธ์ (Pearson correlation coefficient) มีความสัมพันธ์กับระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ซึ่งเชื่อมโยงกับปัจจัยส่วนบุคคลด้านโรคประจำตัว ( $\chi^2 (4)=0.147, p .997$ ), การประกอบอาชีพ ( $\chi^2 (2)=0.144, p .003$ ) และการมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ( $\chi^2 (4)=.121, p .013$ ) มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ และด้านรายได้ กับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน			r	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
<b>อายุ (ปี)</b>					
60-69	61	76	81	-.092	.059*
70-79	31	40	62		
80-89	10	31	24		
90 ปีขึ้นไป	-	1	3		
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>					
ไม่มีรายได้	26	64	43	.503	.000*
≤ 5,000	45	58	91		
5,000-10,000	28	26	31		
มากกว่าหรือเท่ากับ 10,001	3	-	5		

\* $p < 0.05$ .

#### 4. ผลการวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างถามถึงปัจจัยอื่นๆ โดยการวิเคราะห์โดยใช้คำถามสัมภาษณ์นั้น โดยใช้ 3 คำถาม ดังนี้ 1) ท่านคิดว่าด้านร่างกายที่มีผลต่อสุขภาพของท่านหรือไม่ อย่างไร 2) ท่านคิดว่าด้านจิตใจมีผลต่อสุขภาพของท่านด้วยหรือไม่ อย่างไร และ 3) ท่านคิดว่าด้านสังคมมีผลต่อสุขภาพของท่านหรือไม่ อย่างไร พบว่า ด้านร่างกาย การที่ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวัน โดยสามารถดูแลตนเองหรือควบคุมโรคได้ในกรณีที่มีโรคประจำวัน และดำรงคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในยามบั้นปลาย เป็นปัจจัยด้านร่างกายซึ่งมีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุต่อไปนี้

“...อายุมากขึ้นไม่ต้องการความมั่นคงอะไรมากมาย นอกจากขอให้สุขภาพแข็งแรงเหมือนทุกวันนี้ก็พอ ไม่เจ็บป่วยเพิ่มก็พอ ไม่อยากเป็นภาระลูกหลาน” (ผู้สูงอายุจำนวน 8 คน)

“ไม่ป่วยไม่ไข้ หรือป่วยเล็กน้อยๆ ไปหาหมอก็หาย อยากดูแลตัวเองให้ได้มากที่สุด ถ้าไม่ได้ก็พึ่งลูกหลาน บางครั้ง อยากให้มั่นคงแบบนั้นะทางด้านสุขภาพ...” (ผู้สูงอายุจำนวน 13 คน)

“ทุกวันนี้หากไม่เจ็บไม่ไข้ อยากให้หัวเข่าหายปวด จะได้ไปช่วยเขาทำนาทำสวนเล็กๆน้อยๆ บางครั้งได้เงินมาบ้างเพราะเอาไปขาย บางครั้งก็ได้ผักมากิน ประหยัดด้วย เพราะเงินผู้สูงอายุได้น้อยไม่พอ...” (ผู้สูงอายุจำนวน 20 คน)

ด้านจิตใจ การดำรงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจ มีสิ่งยึดเหนี่ยวและดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยปกติและสงบสุขในชีวิตบั้นปลาย มีความพึงพอใจในการดูแลตนเองได้และไม่เป็นภาระคนรอบข้าง เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุต่อไปนี้

“...สบายดีไม่รู้สึกโดดเดี่ยวแม้อยู่บ้านคนเดียว เพราะมีบ้านญาติๆ อยู่ในรั้วละแวกเดียวกัน กลางคืนก็ปิดไฟนอน ทุกคืนไหว้พระสวดมนต์ประจำ ก็รู้สึกดีมากๆ แม้จะนอนไม่ค่อยหลับและตื่นกลางคืนก็ตาม...” (ผู้สูงอายุจำนวน 2 คน)

“วันพระใหญ่ชอบไปวัด เดินไปใช้ไม้เท้า...เจอเพื่อนพูดคุยกัน สนุกดี บางครั้งก็ชวนกันคุยเรื่องการดูแลสุขภาพ วัตถุประสงค์บ้านอุ่นใจและรู้สึกดีและปลอดภัยทางด้านจิตใจเมื่ออายุมากขึ้น” (ผู้สูงอายุจำนวน 18 คน)

“...ลูกหลานโทรหาประจำทุกวัน ไม่เหงา ทำความสะอาดในบ้านและรอบบ้านเท่าที่ทำได้ ลูกหลานก็ส่งเงินมาทุกเดือน เลยรู้สึกว่าไม่กังวลทางด้านเศรษฐกิจ ลูกหลานช่วยเรื่องเงิน” (ผู้สูงอายุจำนวน 26 คน)

สำหรับด้านสังคม สิ่งที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การมีสัมพันธ์ภาพที่ดี สามารถทำตนเป็นประโยชน์ต่อลูกหลาน และชุมชน อีกทั้งหากเจ็บป่วยได้รับการดูแลยามบั้นปลาย เป็นสิ่งที่มีความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุต่อไปนี้

“...กลางคืนนอนไม่กลัวอะไรเลย เพราะมีญาติอยู่บ้านใกล้ๆ เพราะลูกไปนอนบ้านตัวเองในกลางคืน ไม่กังวลและรู้สึกปลอดภัย เพราะมีเพื่อนบ้าน...” (ผู้สูงอายุจำนวน 5 คน)

“...เมื่อตอนล้มกระดูกขาข้างขวาหัก ก็ให้หลานหรือญาติมาอยู่เป็นเพื่อน ดีที่เขาพึ่งได้ตลอดเมื่อเจ็บป่วย...” (ผู้สูงอายุจำนวน 19 คน)

“...เป็นประธานชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านเก่า ตอนนี่ไม่ได้ทำแล้ว ไม่รู้สึกเหงา ไม่มีคุณค่า เพราะมีเพื่อนมาหาที่บ้านตลอด มาคุยทั่วไป หากเราหัวเข่าไม่เจ็บก็ไปหาเขาบ้าง...” (ผู้สูงอายุจำนวน 30 คน)

**ตารางที่ 6** การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

ประเด็น	ด้านร่างกาย	ด้านจิตใจ	ด้านสังคม
1	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ความภาคภูมิใจในการดำเนินชีวิตโดยไม่พึ่งพา	การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง
2	ดูแลตนเองหรือควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้โดยพึ่งพาคนอื่นน้อยที่สุด	มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจในยามบั้นปลาย	ทำตนประโยชน์ต่อบุคคลรอบข้างและชุมชนที่อาศัยอยู่
3	มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงในยามบั้นปลายของชีวิต	ใช้ชีวิตประจำวันได้โดยปราศจากความวิตกกังวลและความเครียด	ได้รับการดูแลยามบั้นปลายจากชุมชนและสังคมแวดล้อม

### การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ผลพบว่า ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดี ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ดี และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสุขภาพ (Health security) ระดับมาก เช่นเดียวกับความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental security) ที่อยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น ด้านการเมืองการปกครอง ด้านสังคมและชุมชน ด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยด้านการเมืองการปกครอง สังคม ชุมชน เศรษฐกิจ และสุขภาพส่วนบุคคลมีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยของมนุษย์ อย่างไรก็ตามมีเพียงด้านเดียวก็คือด้านการศึกษาความรู้ในชีวิตประจำวัน (Knowledge for living security) อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพด้านร่างกาย ผู้สูงอายุต้องการดูแลตัวเองโดยไม่ต้องพึ่งลูกหลานให้ได้มากที่สุด ถึงแม้ผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นกว่าวัยอื่นๆ แต่ก็ยังสนใจในการหาความรู้เพิ่มเติม โดยเฉพาะในปัจจุบันนี้ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (Covid-19) ความปลอดภัยจากโรคระบาดในระยะยาวก็คือ ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งผลจากสัมภาษณ์ยังพบอีกว่า ด้านร่างกายถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ เช่น การประคับประคองอาการตนเองจากโรคเรื้อรัง การไม่เจ็บป่วยเพิ่มเติม หรือการอยากรักษาหรือคงสภาพร่างกายให้แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยเพิ่มเติม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวชี้วัดความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพขององค์การอนามัยโลกเน้นเรื่องของความปลอดภัยจากโรคระบาดโควิด-19 (Haider et al., 2020) โดยมีความเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมและภูมิประเทศที่อาศัยอยู่ อยู่ในที่อยู่อาศัยที่ไม่เสื่อมโทรม เช่น ห้องน้ำ และแหล่งกำจัดปฏิกูลที่ดีและถูกสุขลักษณะ อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจากภัยพิบัติ สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันทางด้านสังคม ซึ่งผู้สูงอายุต้องการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การมีเพื่อนบ้านอาศัยในละแวกเดียวกัน หรือไม่ห่างจากกัน การมีลูกหลานหรือเพื่อนบ้านมาเยี่ยมและดูแลเมื่อเวลาเจ็บป่วย มีการศึกษาสังคมผู้สูงอายุหรือที่เรียกว่า



เมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ (Aged Friendly City) นั้นก็เน้นเรื่องความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมทั้งในและนอกรถที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุส่งผลด้านความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตได้อีกด้วย (McDonald, Scharf, & Walsh, 2023) ยกตัวอย่างเช่น ด้านเศรษฐกิจผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในเมืองและชนบท ได้รับเงินสวัสดิการจากภาครัฐทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงด้านเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้น (Mutchler, Velasco, & Li, 2020) ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความมั่นคงปลอดภัยด้านอื่นๆ อยู่ในระดับดี จำเป็นต้องได้รับการดูแลส่งเสริมเพิ่มเติมในด้านการศึกษาคำถามในชีวิตประจำวัน การหาความรู้เพิ่มเติมของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง เช่น ความรู้ในการดูแลช่องปากของผู้สูงอายุ ความรู้ในเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งความรู้ที่มีความเกี่ยวข้องกันกับทัศนคติและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ชอบศึกษาคำถามความรู้ในการดูแลตนเอง จะสามารถดูแลตัวเองเมื่อมีโรคประจำตัวได้ดีกว่า ถึงแม้ระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างของความสามารถในการดูแลตนเอง (อุษา จุฑะสุวรรณศิริ, 2565; Al-Hanawi et al, 2020; Ciolek & Lee, 2019; Huang, Liu, & Bo, 2020)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นความแข็งแรงของสุขภาพลดลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพ และด้านการศึกษาคำถามในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุนั้นมีรายได้จากลูกหลานและเงินสวัสดิการภาครัฐประมาณน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่เงินรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับจากการที่ลูกหลานส่งมาให้อยู่ที่ประมาณ 1,000-3,000 บาทต่อเดือน ถึงร้อยละ 31.73 และการจัดสวัสดิการตามนโยบายของภาครัฐ สวัสดิการแห่งรัฐฯ ช่วยผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ซึ่งอยู่ระหว่าง 3,000-5,000 บาท สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุต้องการที่จะดูแลตนเองให้สามารถคงภาวะสุขภาพปัจจุบันและไม่เกิดโรคเพิ่มขึ้น และสุดท้ายปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัยนั้นก็ปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุนั้นอาศัยอยู่บ้านส่วนตัว และปัจจัยส่วนบุคคลด้านโรคประจำตัว ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่มีผลต่อทางปัญญาและความต้องการในการเรียนรู้ที่น้อยกว่าวัยอื่นๆ ทั้งนี้สามารถพัฒนาได้ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น (Hertzog, Kramer, Wilson, & Lindenberger, 2008) และจากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (กฤษฎา เจริญรื่น, 2566) เช่นเดียวกับการประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเองเมื่ออายุมากขึ้น ผลจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปนั้นคืออาชีพ การทำงานที่มากขึ้นจากการประกอบอาชีพ (สุภาภรณ์ พันธอักษร และคณะ 2562) ซึ่งระดับรายได้และสุขภาพที่แตกต่างกันส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพผู้สูงอายุ (อุไรวรรณ อมรนิมิตร, ณัฐสินี แสนสุข และธนศักดิ์ รังสีพรหม, 2565) ปัจจัยด้านที่อยู่อาศัยสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าด้านจิตใจ โดยเฉพาะที่อยู่อาศัยหากมีเพื่อนบ้านอาศัยอยู่ด้วย จะรู้สึกมั่นคงปลอดภัยยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัวนั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับสถานภาพ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ

มีสถานะภาพสมรส เนื่องจากถึงแม้ว่าเพศหญิงจะมีมากกว่าเพศชายแต่ ก็ไม่ได้มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้สูงอายุเพศชายมีความมั่นคงทางการเงินน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง มีความเสียเปรียบทางด้านรายได้มากกว่า (จารุวรรณ ศรีภักดี และ ปัทพร สุคนธมาน, 2560) ก็ระบุไม่ได้ว่าปัจจัยทางสถานภาพมีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ความมั่นคงปลอดภัยในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสถานภาพการสมรส รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เกษมณี นบน์อม และคณะ, 2565; กฤษณะพงษ์ ดวงสุภา และ สยัมภู โสเทา, 2564) แต่ทั้งนี้ผลการศึกษาไม่ได้รับถึงผลกระทบต่อหรือสัมพันธ์กับความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น แบบแผนการรับประทานอาหารกับการคิดวิเคราะห์ทางสมองของผู้สูงอายุ จากอายุที่มากขึ้นพบว่า ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา (Chen, Maguire, Brodaty, & O'Beary, 2019) เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลตนเองส่วนหนึ่งจากครอบครัว คนรอบข้างและชุมชน

ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ พบว่ายังมีปัจจัยทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองหรือควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้โดยพึ่งพาคนอื่นน้อยที่สุด ซึ่งมีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านจิตใจที่อาจส่งผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า มีผลต่อความภาคภูมิใจในการดำเนินชีวิตโดยมาพึ่งพา เป็นหนึ่งในความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ในขั้นที่ 3 ของทฤษฎีมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Need Theory) สุดท้ายปัจจัยทางด้านสังคม การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง การทำตนเป็นประโยชน์ต่อบุคคลรอบข้างและชุมชนที่อาศัยอยู่ และได้รับการดูแลยามบั้นปลายจากชุมชนและสังคมแวดล้อม สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีผลต่อภาวะสุขภาพและความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ และความสามารถที่จะพัฒนาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำที่ยากและซับซ้อนยิ่งขึ้น (Arena & Lavie, 2021; Oliveira, Nossa, & Mota Pinto, 2019) อีกทั้งหากผู้สูงอายุมีความรู้สึภาคภูมิใจในตนเองในระดับต่ำ จะมีผลต่อความเครียดต่อสถานการณ์ต่างๆ อันส่งผลทั้งโดยตรงและทางอ้อมต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ (พงศพัทธ์ ตาโน, ธันภักทร โคตรสิงห์, ดุจเดือน พันธุมนาวิน และดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2566; Apaolaza, Hartmann, D'Souza, & Gilsanz, 2019; Gurung et al, 2019) ปัจจัยทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะสำคัญในการทำงานของจิตในทางบวก คือ การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่นหรือกับคนรอบข้าง ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมที่ดีให้กับผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่ามีประโยชน์ต่อสังคมส่งผลให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ (นิวัติ ไชยแสง และอุบลทิพย์ ไชยแสง, 2021; ปัทมา ภูมิพัฒน์ผล และบุญเอื้อ บุญฤทธิ์, 2564)

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านบริการสุขภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถทำให้เกิดความเข้าใจและความตระหนักถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ รายได้ การประกอบอาชีพ และโรคประจำตัว นั้นมีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น หน่วยงานทางด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน กกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ

มนุษย์ กรมกิจการผู้สูงอายุ เป็นต้น ในการวางแผนและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ด้านการศึกษา สามารถนำความรู้เรื่องปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความมั่นคงทางสุขภาพที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เช่น หน่วยงานสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด ยกตัวอย่าง ด้านนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ เงินสวัสดิการแห่งรัฐและรายได้เสริม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีอายุ 60-69 ปีส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพและต้องการรายได้เสริมเพื่อเพิ่มความมั่นคงทางเศรษฐกิจในการดำรงชีวิตประจำวัน สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปีไม่ได้ประกอบอาชีพและต้องการเงินสวัสดิการที่เพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเป็นข้อมูลให้ภาครัฐ เอกชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ เป็นต้น ในการกระจายรายได้ จัดสรรงบประมาณ และเพิ่มยุทธศาสตร์ในการพัฒนาความมั่นคงปลอดภัยทางด้านเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ

3. ด้านการวิจัย ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปต่อยอดในการศึกษาวิจัยในด้านต่างๆ หรือการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมในการพัฒนาและส่งเสริมปัจจัยส่วนบุคคล สำหรับหน่วยงานทางด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เช่น การดูแลสุขภาพในอายุที่มากขึ้น การเพิ่มช่องทางรายได้ในการดูแลผู้สูงอายุ และโรคประจำตัวในการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังต่างๆ ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้ในการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยข้อมูลวิจัยที่ได้ในด้านต่างๆ สามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติมและศึกษาในด้านความมั่นคงทางด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพะส่วนบุคคล ด้านความรู้ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ด้านการเมืองการปกครอง ด้านสังคมและชุมชน และด้านเศรษฐกิจ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัยสามารถเพิ่มกรอบแนวคิดปัจจัยอื่นๆ เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณี หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นมีผลต่อการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ผู้วิจัยสามารถต่อยอดโดยการลงรายละเอียดตามรายด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความรู้ที่ใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และด้านสังคม ที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน หรือในโรงพยาบาลได้

### เอกสารอ้างอิง

- Apaolaza, V., Hartmann, P., D'Souza, C., & Gulsanz, A. (2019). Mindfulness, compulsive mobile social media use, and derived stress: The mediating roles of self-esteem and social anxiety. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(6), 388-396.
- กาญจนา ปัญญาธร, ชลกร ทรงศรี. (2563). การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 2(2), 41-52.

## เอกสารอ้างอิง

- เกษมณี นบน์อม, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, ภัทรพล โพนไพรสันต์, สุไวยรินทร์ ศรีชัย. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภออุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(4), 65-84.
- กฤษฎา เจริญรื่น. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 3(2), 1-13.
- กฤษณะพงษ์ ดวงสุภา, สยามภู ไสหา. (2564). การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยของประชากรก่อนวัยสูงอายุ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 17(1), 52-63.
- จารุวรรณ ศรีภักดี, ปัทพร สุคนธมาน. (2560). ความอยู่ดีมีสุขทางด้านเศรษฐกิจของสตรีไทยวัยสูงอายุ. *วารสารประชากรศาสตร์*, 33(2), 55-80.
- เชษฐ รัชดาพรรณธากุล, ศรีธัญญา เฟื่องสุก. (2559). การจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*, 1(1), 1-11.
- นิวัติ ไชยแสง, อุบลทิพย์ ไชยแสง. (2021). การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพะทางจิตของผู้สูงอายุเทศบาลนคร ยะลา จังหวัดยะลา. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 43(3), 139-153.
- ปัทมา ภูมิพัฒน์ผล, บุญเอื้อ บุญฤทธิ์. (2564). รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์*, 6(3), 649-661.
- พงศพัฒน์ ตาโน, ธันภัทร โคตรสิงห์, ดุจเดือน พันธุมนาวิน, ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2566). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จวัยชราเชิงพุทธของผู้เข้าร่วมโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงราย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 11(6), 2443-2453.
- วิภาณันท์ ม่วงสกุล. (2558). การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังด้วยแนวคิดพัฒนาพลัง. *วารสารวิจัยสังคม*, 38(2), 93-112.
- วีไลวรรณ อิศรเดช. (2565). ผู้สูงอายุกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 7(12), 147-161.
- วีรยุทธ คำแก้ว, ราชนทร์ นพณัฐวงศกร. (2564). ความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุเขตสัมพันธวงศ์กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์*, 21(1), 15-28.
- ศุทธิดา ขวนวัน, ภัณญา อภิพรชัยสกุล, กาญจนา เทียนลาย, ภัทรพร ตาสิงห์. (2561). โครงการ “การดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนซึ่งมีรูปแบบการอยู่อาศัยที่หลากหลายในสังคมไทย เพื่อประเมินความเข้มแข็งและความต้องการสนับสนุนของครัวเรือน”: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.

## เอกสารอ้างอิง

- สุภาภรณ์ พันธรัตน์, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญ เสริมศักดิ์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28*(1), S6-S13.
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). แผนยุทธศาสตร์ความมั่นคงของมนุษย์. สืบค้นเมื่อวันที่ 13 กันยายน 2566 จากเว็บไซต์ <https://pr.moph.go.th/?url=main/index/>
- อุษา จุฑะสุวรรณศิริ. (2565). ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตธนบุรี. *วารสารวิจัยราชภัฏรำไพพรรณี, 8*(2), 111-126.
- อุไรวรรณ ออมนิมิตร, ญัฐสินี แสนสุข, ธนุศักดิ์ รังสีพรหม. (2565). การศึกษาความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารสังคมศาสตร์, 11*(1), 116-127.
- Arena, R., Lavie, C. J., & HL-PIVOT Network. (2021). The global path forward - Healthy living for pandemic event protection (HL-PIVOT). *Progress in cardiovascular diseases, 64*, 96-101. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.05.008>
- Al-Hanawai, M.K., Angawi, K., Alshareef, N., Qattan, A.M., Helmy, H. Z., Abudawood, Y., & Alsharqi, O. (2020). Knowledge, attitude and practice toward Covid-19 among the public in the Kingdom of Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Frontiers in public health, 8*, 217.
- Chen, X., Maguire, B., Brodaty, H., & O'Leary, F. (2019). Dietary patterns and cognitive health in older adults: A systematic review. *Journal of Alzheimer's disease, 67*(2), 583-619.
- Ciolek, C.H., & Lee, S.Y. (2019). Cognitive issues in the older adult. *Guccione's geriatric physical Therapy E-book*, 425.
- Gurung, U.N., Sampath, H., Soohinda, G., & Dutta, S. (2019). Self-esteem as a protective factor against adolescent psychopathology in the face of stressful life events. *Journal of Indian association for child and adolescent mental health, 15*(2), 34-54.
- Haider, N., Yavlinsky, A., Chang, Y. M., Hasan, M.N., Benfield, C., Osman, A.Y., et al. (2020). The global health security, index and joint external evaluation score for health preparedness are not correlated with countries COVID-19 detection response time and mortality outcome. *Epidemiology and infection, 148*, e210. <https://doi.org/10.1017/S0950268820002046>
- Hertzog, C., Kramer, A.F., Wilson, R.S., & Lindenberger, U. (2008). Enrichment effects on adult cognitive development: Can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced. *Psychological science in the public interest, 9*(1), 1-65.

## เอกสารอ้างอิง

- Huang, X., Liu, J., & Bo, A. (2020). Living arrangements and quality of life among older adults in China: dose social cohesion matter. *Aging & mental health, 24*(12), 2053-2062.
- McDonald, B., Scharf, T., & Walsh, K. (2023). Older people's lived experience and the world health organization age-friendly policy framework: A critical examination of an age-friendly country program in Ireland. *Aging & society, 43*(8), 1784-1809.
- Muichler, J., Velasco Roldan, N., & Li, Y. (2020). Living below the line: Racial and ethnic disparities in economic security among older American, 2020.
- Oliveira, A.A.D., Nossa, P. N. M. D. S., & Mota Pinto, A. (2019). Assessing functional capacity and factors determining functional decline in the elderly: A cross-sectional study. *Acta medica portuguesa, 32*(10), 654-660.
- United Nations Population Found. (2017) Aging. Retrieved from <https://www.un.org/humansecurity/wp-content/uploads/2017/10/h2.pdf>.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UNDP). (2021). World population aging 2020 highlights. New York: United Nations.
- World Health Organization. (2017). Thailand: WHO statistical profile. Retrieved from <https://www.who.int/gho/countries/tha.pdf?ua=1>



## ผลการประยุกต์ใช้เทคนิค KYT เพื่อความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอน

### ลงสู่รถเข็นของผู้ดูแลในศูนย์การดูแลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

ทศพร รานุรักษ์\*, ปวีณา มีประดิษฐ์ , และทงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

(วันที่รับบทความ: 21 สิงหาคม 2566; วันที่แก้ไข: 16 ตุลาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 17 ตุลาคม 2566)

#### บทคัดย่อ

การยกเคลื่อนย้ายด้วยแรงกายและท่าทางที่ไม่เหมาะสมซ้ำ ๆ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อหลังส่วนล่างของคนทำงาน การประยุกต์ใช้เทคนิค KYT จะช่วยทำให้ลดอุบัติเหตุจากการทำงานช่วยเพิ่มจิตสำนึกในด้านความปลอดภัยซึ่งเป็นคาดการณ์ว่าจะมีอันตรายใดแฝงอยู่ในงานที่ต้องปฏิบัติและหาวิธีการควบคุมป้องกันอันตราย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นก่อนและหลังการประยุกต์ใช้เทคนิค KYT ในกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในศูนย์การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งได้จากการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 12 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือกิจกรรมการฝึกหยั่งรู้อันตราย หรือ Kiken Yoshi Training (KYT) แบบจุดเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบประเมินความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นที่เป็นฉบับมาตรฐาน จำนวน 18 ท่า และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Wilcoxon Sign Rank Test

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติท่าทางความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นทั้ง 18 ท่าทางได้ถูกต้องมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) ดังนั้น การประยุกต์ใช้เทคนิค KYT สามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีท่าทางในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นได้ถูกต้อง ส่งผลให้ลดอันตรายและความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บบริเวณหลังส่วนล่างจากการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้

**คำสำคัญ:** เทคนิค KYT, ความปลอดภัย, การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็น

\*ผู้รับผิดชอบบทความ: ทศพร รานุรักษ์; Benzemt1669@gmail.com



## Application of KYT Technique for Patients Lifting Safety from Bed to Wheelchair Among the Caregivers in a Nursing Home in Chon Buri Province

Thosaporn Ranurak\*, Pravena Meepradit and Tanongsak Yingratanasuk

Master of Science Program in Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Burapha University

(Received: 21 August 2023; Revised: 16 October 2023; Accepted: 17 October 2023)

### Abstract

Physical lifting and improper posture place were resulted the risk on the lower back of workers. The application of KYT techniques helps reduce work accidents and increase awareness of safety in the work that must be done for controlling and preventing danger. This research study was a quasi-experimental research, a single group was measured before and after the experiment. The objective was to compare the safety of moving patients from beds to wheelchairs before and after the application of the KYT technique. There were purposive sampling 12 subjects who were working in an elderly care center. The study was implemented and collecting data between 1<sup>st</sup> June 2023 and 30<sup>th</sup> June 2023. The study tools were composed of the one-point hazard awareness training activities or Kiken Yoshi Training (KYT) and the tools for collecting data which were a standard 18-position safety assessment forms for lifting and moving patients from the bed to the wheelchair and a general information questionnaire. The content validity tools were 0.81. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics using the Wilcoxon Signed Rank Test.

The results found that after the experiment the sample group was able to perform all 18 safety postures for transferring patients from beds to wheelchairs more correctly compared to before the experiment with statistical significance ( $p$ -value < 0.05). Therefore, the application of the KYT technique may help caregivers performing the correct posture in lifting and moving patients from beds to wheelchairs that can reduce the danger and risk of injury to the lower back from lifting and moving patients.

**Keywords:** KYT techniques, safety, lifting and transporting patients from bed to wheelchair

**\*Corresponding author:** Thosaporn Ranurak; Benzemt1669@gmail.com

## บทนำ

ภาวะการบาดเจ็บจากการทำงานที่ส่งผลต่อระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกมีเพิ่มมากขึ้น และเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการ ซึ่งเกิดจากปัญหาสภาพแวดล้อมการทำงานของแรงงาน และพบมากที่สุดเป็นเรื่องอิริยาบถในการทำงาน เช่น ท่าทางในการทำงานที่ไม่ถูกสุขลักษณะเป็นเวลานานๆ ทำให้เกิดการอักเสบและผิดปกติของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ร้อยละ 46.8 (กรมควบคุมโรค, 2560) และกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บ การรักษา มีการหยุดงานเกิน 3 วัน จำนวน 1 ราย และหยุดงานไม่เกิน 3 วัน 6 ราย (สำนักงานประกันสังคม, 2561)

ปัจจุบันมีการเปิดกิจการสถานประกอบการด้านการดูแลผู้สูงอายุและยังจะต้องมีผู้ดูแลประจำศูนย์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ที่มีารับบริการเป็นจำนวนมาก จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อ จากท่าทางการทำงานการยกและการเคลื่อนย้ายด้วยแรงกาย (Manual material handling) จากการประเมินผู้ปฏิบัติงานยกจากเตียงนอนลงสู่รถเข็น ด้วยเทคนิค REBA พบว่า มีการใช้ท่าทางการยกเคลื่อนย้ายที่ไม่เหมาะสมในท่าทางการก้มคอ ขณะยกตัวผู้ป่วยและเคลื่อนย้าย การเอียงคอไปข้างหน้า การก้มตัวขณะยกและวางไปด้านหน้าและเอียงลำตัวไปข้างขณะยก การยืนลงน้ำหนักทั้ง 2 ข้างมีการงอเข่ามากกว่า 60 องศา แขนท่อนบนมีการยกไหล่ และการงอข้อศอกมากกว่า 15 องศาเป็นการใช้แรงร่างกายยกผู้สูงอายุขึ้นหรือในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุจากจุดเริ่มต้นไปยังปลายทางด้วยมือทั้งสองข้าง ซึ่งการใช้แรงจากร่างกายยกวัสดุที่มีน้ำหนักมาก (Forceful exertion) รวมทั้งการใช้ท่าทางในการยกที่ไม่เหมาะสม (Awkward posture) การทำงานด้วยท่าซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานาน (Static posture) เช่น งานที่ต้องหมุนหรือบิดของลำตัว งานที่นั่งหรือยืนนานๆ งานที่ต้องยกของหนัก หรือขนย้ายสิ่งของ งานที่อยู่ท่าก้ม เหย หรือหมุนตัวมากเกินไป ท่าทางและอิริยาบถไม่ถูกต้อง สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดการบาดเจ็บของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน (จันจิราภรณ์ วิชัย และ สุนิสา ชายเกลี้ยง, 2557)

ดังนั้นควรที่จะมีมาตรการการออกแบบท่าทางที่จะลดและป้องกันสุขภาพในชีวิตประจำวันของบุคลากรทางการแพทย์หลีกเลี่ยงท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อโรกระบบกล้ามเนื้อโครงสร้างกระดูก ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (Theilmeier et al, 2010) โดยปกติท่าทางเคลื่อนย้ายจากเตียงผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่ออาบน้ำ กิจกรรมเหล่านี้ผู้ช่วยดูแลจะต้องใช้ท่าทางที่เหมาะสมและมีตำแหน่งและวิธีการเคลื่อนไหวของร่างกายในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกต้องต่อกลไกของร่างกาย รวมถึงตำแหน่งของรถนั่งของผู้ป่วย การใช้เบรก ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของท่าทางในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยของผู้ดูแลในการทำงานของผู้ดูแลในศูนย์การดูแลผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 81.5 (Huang et al, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ากิจกรรมที่สามารถนำมาใช้เพื่อลดอุบัติเหตุได้ คือการฝึกหยั่งรู้อันตราย (KIKEN YOSHI TRAINING) หรือ KYT เป็นกิจกรรมที่นำมาใช้เพื่อลดอุบัติเหตุจากการทำงานช่วยเพิ่มจิตสำนึกในด้านความปลอดภัยซึ่งเป็นคาดการณ์ว่าจะมีอันตรายใดแฝงอยู่ในงานที่ต้องปฏิบัติและหาวิธีการควบคุมป้องกันอันตรายนั้นๆ KYT มี 3 รูปแบบ คือ 1) KYT 4 ขั้นตอน 2) KYT จุดเดียว และ 3) Oral KYT ซึ่งทั้ง 3 แบบมีข้อดีข้อเสียต่างกัน โดย KYT 4 ขั้นตอน เหมาะกับการวิเคราะห์งานที่มีอันตรายสูงและต้องใช้เวลาในการวิเคราะห์นาน KYT จุดเดียว

เหมาะสำหรับการวิเคราะห์ที่จะใช้กับงานที่มีอันตรายไม่มากนัก หรืองานที่มีวิธีการไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน โดยใช้เวลาในการประเมิน 10 นาที Oral KYT เหมาะสำหรับงานที่ทำเป็นประจำทุกวันและมีอันตรายน้อยใช้เวลาเพียง 5 นาที (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2554) งานวิจัยนี้เลือกใช้ KYT จุดเดียว เนื่องจากมีการศึกษาในอดีตเกี่ยวกับการทำกิจกรรม KYT จุดเดียวในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในสถานการณดูแลผู้ป่วยลงจากเตียงหลังการผ่าตัดและเดินภายในห้องพัก พบว่านักศึกษามีการปฏิบัติด้านความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ดีขึ้น (Yasuyo Sato et al, 2017) ดังนั้นการนำเทคนิค KYT มาประยุกต์ใช้ในการยกเคลื่อนย้ายจึงเป็นเทคนิคชนิดหนึ่งส่งผลต่อการลดความเสี่ยงของงานยกได้

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการประยุกต์เทคนิค KYT เพื่อความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นในศูนย์การดูแลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี เพื่อลดความเสี่ยงของการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการป้องกันการบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อในการทำงานของผู้ดูแลในศูนย์การดูแลผู้สูงอายุต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

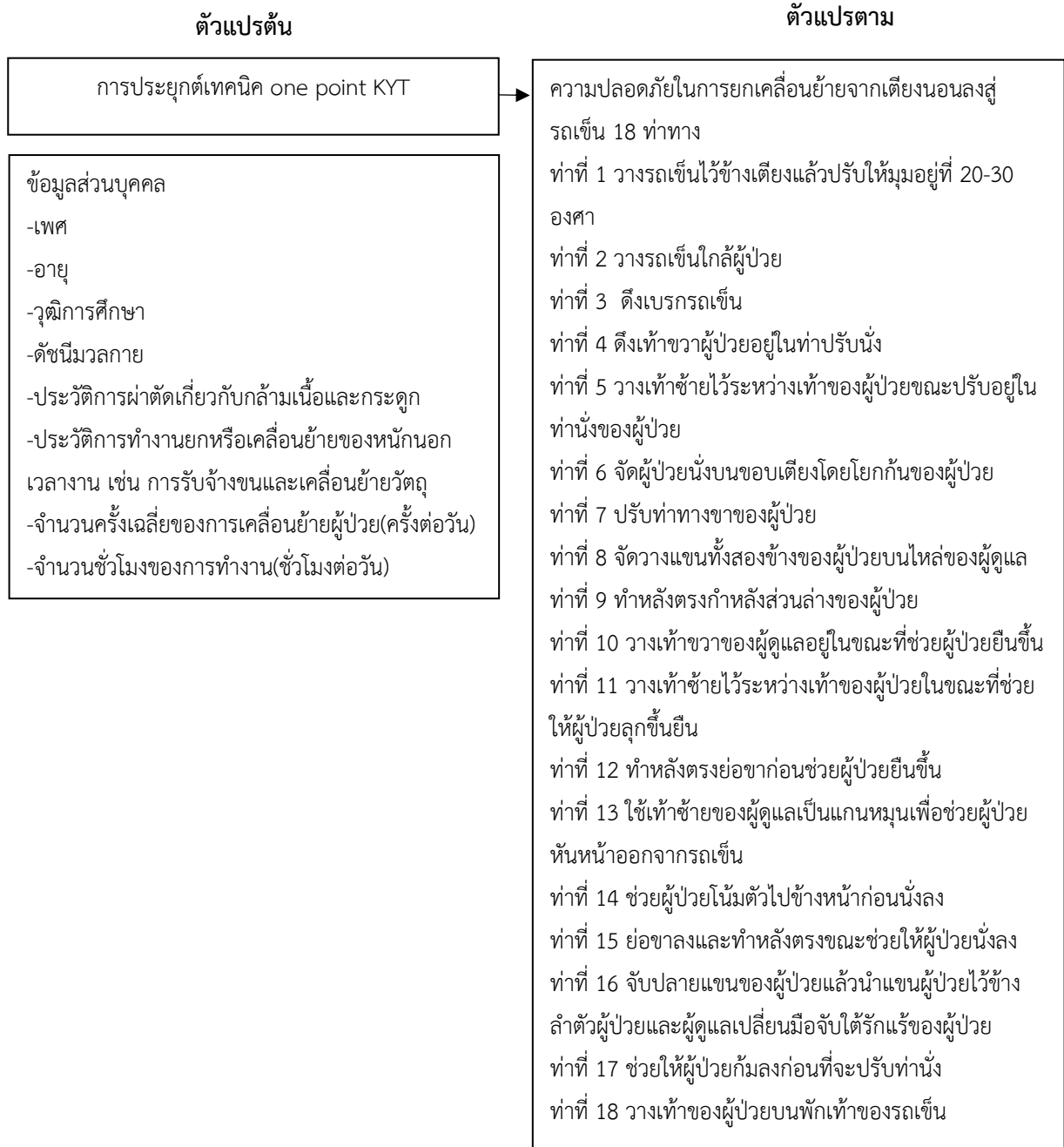
1. เพื่อศึกษาความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นของผู้ดูแลในศูนย์การดูแลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อประยุกต์เทคนิค KYT เพื่อความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็น
3. เพื่อเปรียบเทียบความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นก่อนและหลังการประยุกต์ใช้เทคนิค KYT

### สมมติฐานของการวิจัย

ความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นก่อนและหลังการประยุกต์ใช้เทคนิค KYT แตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำทงในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นของผู้ดูแลผู้ป่วยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ สามารถกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**ระเบียบวิธีวิจัย**

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เป็นการศึกษาตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียวไม่มีกลุ่มควบคุม โดยวัดผลก่อนหลัง

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การดูแลผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี จำนวน 12 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี

### กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบ 1 กลุ่ม ก่อนและหลัง โดยคำนวณจากสูตรและอ้างอิงจากงานวิจัยของ ปัญจพัชรกร บุญพร้อม และคณะ (2564) การศึกษาผลการจัดการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการในกิจกรรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร โดยนำผลการประเมินอบรมความรู้การดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครชุมชนเขตบางกอกใหญ่ ดังนี้

$$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_0)^2}$$

แทนค่าสูตร

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2 25^2}{28.48^2}$$

$$n = \frac{6,556.25}{811.11}$$

$$n = 8.08$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 คน และได้เผื่อจำนวนเพื่อการสูญเสีย ร้อยละ 20 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 12 คน จากนั้นได้ทำการคัดเลือกกลุ่มประชากรคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ดูแลในศูนย์การดูแลผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้

1. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อและกระดูก และการเจ็บป่วยอื่น ๆ รวมถึงการบาดเจ็บที่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2. ไม่เคยมีประวัติการผ่าตัดกระดูกสันหลังมาก่อน

3. ไม่ตั้งครรภ์

4. เพศ ชายหรือ หญิง อายุ ระหว่าง 25-40 ปี

5. พักการทำงานอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ก่อนเข้าร่วมการทำวิจัย เพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยงจากการทำงาน  
เป็นผู้ยินดีร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ อยู่ไม่ครบระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

## เครื่องมือการวิจัย

1. โปรแกรม One point KYT

โปรแกรม One point KYT เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้นให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยโดยสร้างกิจกรรมการฝึกหยั่งรู้อันตราย ที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติงานประกอบด้วยการฝึกอบรม ให้ทราบถึงความเป็นมา

วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการทำกิจกรรม One point KYT โดยมีหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความหมายของ One point KYT
2. ขั้นตอนการทำกิจกรรม One point KYT
3. ทำกิจกรรมกลุ่ม วิเคราะห์ อันตรายจากการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็น พร้อมนำเสนอ
4. ทำกิจกรรมกลุ่ม คิดหามาตรการป้องกันอันตรายจากการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็น พร้อมนำเสนอ

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกายหรือการยกหรือเคลื่อนย้ายของหนักนอกเวลางาน จำนวนครั้งเฉลี่ยของการทำงานต่อเดือน และจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต่อวัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นโดยการใช้แบบประเมิน Checklist for Evaluating Patient Transfer Skill (Huang et al, 2014) จำนวนทั้ง 18 ท่า โดยจะทำการประเมินการปฏิบัติวันละ 1 ท่า และวันต่อไปจะประเมินท่าทางการปฏิบัติที่สอนในวันนั้นร่วมกับท่าของวันก่อนหน้าที่มีการทบทวนโดยแปลผลการประเมินดังนี้ ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง=0 คะแนน และปฏิบัติถูกต้อง=1 คะแนน

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า 0.81 ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้อธิบายเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง
2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Wilcoxon Sign Rank Test สำหรับเปรียบเทียบค่าความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงลงสู่รถเข็นของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการประยุกต์เทคนิค KYT

## จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เอกสารรับรองเลขที่ IRB3-096/2565 รหัสโครงการ G-HS027/2565 วันที่รับรอง 10 ตุลาคม 2565

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 29 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ปลาย ร้อยละ 50.00 ดัชนีมวลกาย น้ำหนักอ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย > 30 กก./ม<sup>2</sup>) ร้อยละ 41.60 ไม่เคยมีประวัติการ ผ่าตัดเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก ไม่มีเคยมีประวัติการโรคกล้ามเนื้อและกระดูก และไม่เคยมีประวัติการทำงานยก หรือเคลื่อนย้ายของหนักนอกเวลางาน เช่น การรับจ้างขนและเคลื่อนย้ายวัตถุ จำนวนครั้งเฉลี่ยของการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วย 6-8 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 75.00 และจำนวนครั้งของการทำงาน 10-12 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 41.70 ดังตารางที่ 1

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>	
ชาย	3(25.00)
หญิง	9(75.00)
<b>อายุ (ปี)</b>	
25-29	6(50.00)
30-39	6(50.00)
อายุสูงสุด 33 ปี อายุต่ำสุด 26 ปี อายุเฉลี่ย 29 ปี	
<b>วุฒิการศึกษา</b>	
มัธยมศึกษาปลาย	6(50.00)
อนุปริญญา	5(41.70)
ปริญญาตรี	1(8.30)
<b>ดัชนีมวลกาย</b>	
ผอมหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (ค่าดัชนีมวลกาย < 18.50 กก./ม <sup>2</sup> )	1(8.30)
ปกติ (ค่าดัชนีมวลกาย 18.50-24.99 กก./ม <sup>2</sup> )	4(33.30)
ท้วม (ค่าดัชนีมวลกาย 25.00-29.99 กก./ม <sup>2</sup> )	2(16.70)
น้ำหนักอ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย > 30 กก./ม <sup>2</sup> )	5(41.60)
<b>ประวัติการผ่าตัดเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก</b>	
ไม่เคย	12(100)
เคย	0 (0.00)
<b>ประวัติการโรคกล้ามเนื้อและกระดูก</b>	
ไม่เคย	12(100)
เคย	0 (0.00)



**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติการทำงานยกหรือเคลื่อนย้ายของหนักนอกเวลางาน	
เช่น การรับจ้างขนและเคลื่อนย้ายวัตถุ	
ทุกวัน	0 (0.00)
สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	0 (0.00)
นาน ๆ ครั้ง หรือไม่เคย	12(100)
จำนวนครั้งเฉลี่ยของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (ครั้งต่อวัน)	
4- 5	3(25.00)
6- 8	9(75.00)
จำนวนครั้งของการทำงาน (ชั่วโมงต่อวัน)	
8	2(16.70)
10	5(41.70)
12	5(41.70)

**ส่วนที่ 2 การประเมินความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็น**

ผลการศึกษาความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นโดยการใช้แบบประเมิน Checklist for Evaluating Patient Transfer Skill (Huang et al, 2014) ครั้งที่ 18 ก่อนทำกิจกรรม ให้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติท่าที่ 1 ให้ปฏิบัติท่าทางวางรถเข็นไว้ข้างเตียงแล้วปรับให้มุมของรถเข็น อยู่ที่ 20-30 องศา ปฏิบัติท่าที่ 2 ให้ปฏิบัติท่าทางการวางรถเข็นใกล้ผู้ป่วย ปฏิบัติท่าที่ 3 ให้ปฏิบัติในท่าทางดึงเบรกรถเข็น ปฏิบัติท่าที่ 4 ให้ปฏิบัติในท่าทางการปรับเท้าขาผู้ป่วยอยู่ในท่าปรับนั่ง ปฏิบัติท่าที่ 5 ปฏิบัติในท่าทางวางเท้าซ้ายไว้ระหว่างเท้าของผู้ป่วยขณะปรับอยู่ในท่านั่งของผู้ป่วย ปฏิบัติท่าที่ 6 ปฏิบัติในท่าทางผู้ป่วยนั่งบนขอบเตียงโดยโยกกันของผู้ป่วย ท่าที่ 7 ปฏิบัติในท่าทางขาของผู้ป่วย ท่าที่ 8 ปฏิบัติในท่าทางวางแขนทั้งสองข้างของผู้ป่วยบนไหล่ของผู้ดูแล ท่าที่ 9 ปฏิบัติในท่าทางหลังตรงก่าหลังส่วนล่างของผู้ป่วย ปฏิบัติในท่าที่ 10 ปฏิบัติในท่าทางผู้ดูแลวางเท้าขวาของผู้ดูแลในขณะที่ช่วยผู้ป่วยยืนขึ้น ท่าที่ 11 ปฏิบัติในท่าทางวางเท้าซ้ายไว้ระหว่างเท้าของผู้ป่วยในขณะที่ช่วยให้ผู้ป่วยลุกขึ้นยืน ท่าที่ 12 ปฏิบัติในท่าทางการทำหลังตรงย่อขา ก่อนช่วยผู้ป่วยยืนขึ้น ท่าที่ 13 ปฏิบัติในท่าทางการทำหลังตรงย่อขา ก่อนช่วยผู้ป่วยยืนขึ้น ท่าที่ 14 ปฏิบัติในท่าทางช่วยผู้ป่วยโดยโน้มตัวไปข้างหน้าก่อนนั่งลง ท่าที่ 15 ปฏิบัติในท่าทางย่อขาและท่าหลังตรงขณะช่วยให้ผู้ป่วยนั่งลง ท่าที่ 16 ปฏิบัติในท่าทางจับปลายแขนของผู้ป่วย แล้วนำแขนผู้ป่วยไว้ข้างลำตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเปลี่ยนมือจับใต้รักแร้ของผู้ป่วย และท่าที่ 17 ปฏิบัติโดยการช่วยให้ผู้ป่วยก้มตัวลงก่อนที่จะปรับเป็นท่านั่งของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 1.00 (0.00) และหลังทำกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติท่าที่ 1 ถึง ท่าที่ 16 มีค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 1.00 (0.00) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน และครั้งที่ 17 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังจากปฏิบัติทำที่ 17 แล้ว ให้กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติในทำที่ 18 ปฏิบัติในท่าทางวางเท้าของผู้ป่วยบนพนักเก้าอี้ของรถเข็น มีค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 1.00 (0.00) หลังทำกิจกรรม มีค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 1.00 (0.00) ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ครั้งที่ 18 (n=12)

ท่าที่	ความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		p-value
		ก่อนทำกิจกรรม	หลังทำกิจกรรม	
ท่าที่ 1	ปฏิบัติท่าทางวางรถเข็นไว้ข้างเตียงแล้วปรับให้มุมของรถเข็น อยู่ที่ 20-30 องศา	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.000
ท่าที่ 2	ปฏิบัติท่าทางการวางรถเข็นใกล้ผู้ป่วย	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.000
ท่าที่ 3	ปฏิบัติในท่าทางดึงเบรกรถเข็น	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.000
ท่าที่ 4	ปฏิบัติในท่าทางการปรับเก้าอี้ผู้ป่วยอยู่ในท่าปรับนั่ง	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.000
ท่าที่ 5	ปฏิบัติในท่าทางวางเท้าซ้ายไว้ระหว่างเท้าของผู้ป่วยขณะปรับอยู่ในท่านั่งของผู้ป่วย	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.000
ท่าที่ 6	ปฏิบัติในท่าทางผู้ป่วยนั่งบนขอบเตียงโดยโยกกันของผู้ป่วย	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.000
ท่าที่ 7	ปฏิบัติในท่าทางปรับท่าทางขาของผู้ป่วย	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.000
ท่าที่ 8	ปฏิบัติในท่าทางวางแขนทั้งสองข้างของผู้ป่วยบนไหล่ของผู้ดูแล	0.92 (0.28)	1.00 (0.00)	0.317
ท่าที่ 9	ปฏิบัติในท่าทางหลังตรงกึ่งหลังส่วนล่างของผู้ป่วย	0.92 (0.28)	1.00 (0.00)	0.317
ท่าที่ 10	ปฏิบัติในท่าทางผู้ดูแลวางเท้าขวาของผู้ดูแลอยู่ในขณะที่ช่วยผู้ป่วยยืนขึ้น	0.83(0.83)	1.00 (0.00)	0.157
ท่าที่ 11	ปฏิบัติในท่าทางวางเท้าซ้ายไว้ระหว่างเท้าของผู้ป่วยในขณะที่ช่วยให้ผู้ป่วยลุกขึ้นยืน	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.000
ท่าที่ 12	ปฏิบัติในท่าทางการทำหลังตรงย่อขา ก่อนช่วยผู้ป่วยยืนขึ้น	0.83(0.83)	1.00 (0.00)	0.157
ท่าที่ 13	ปฏิบัติในท่าทางโดยใช้เท้าซ้ายของผู้ดูแลเป็นแกนหมุนเพื่อช่วยผู้ป่วยหันหน้าออกจากรถเข็น	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.000
ท่าที่ 14	ปฏิบัติในท่าทางช่วยผู้ป่วยโดยโน้มตัวไปข้างหน้าก่อนนั่งลง	0.92 (0.28)	1.00 (0.00)	0.317
ท่าที่ 15	ปฏิบัติในท่าทางย่อขาและทำหลังตรงขณะช่วยให้ผู้ป่วยนั่งลง	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.000

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ครั้งที่ 18 (ต่อ)

ความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		p-value
	ก่อนทำกิจกรรม	หลังทำกิจกรรม	
ทำที่ 16 ปฏิบัติในท่าทางจับปลายแขนของผู้ป่วยแล้วนำแขนผู้ป่วยไว้ข้างลำตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลเปลี่ยนมือจับใต้รักแร้ของผู้ป่วย	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.000
ทำที่ 17 ปฏิบัติโดยการช่วยให้ผู้ป่วยก้มตัวลงก่อนที่จะปรับเป็นท่านั่ง	0.00(0.00)	1.00 (0.00)	0.001*
ทำที่ 18 ปฏิบัติในท่าทางวางเท้าของผู้ป่วยบนพนักเก้าอี้ของรถเข็น	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.000

\*p-value < .05

**อภิปรายผล**

จากการศึกษาวิจัย พบว่า การฝึกอบรมท่าทางตามหลักการประเมินตามแบบประเมิน Checklist for Evaluating Patient Transfer Skill (Huang et al, 2014) ทั้งหมด 18 วัน การฝึกปฏิบัติท่าที่ 1 และเพิ่มขึ้นวันละ 1 ท่า จนครบ 18 ท่า ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ ในท่าที่ 2 ปฏิบัติท่าทางการวางรถเข็นใกล้ผู้ป่วย ท่าที่ 3 ท่าทางผู้ดูแลดึงเบรกรถเข็น และท่าที่ 18 ปฏิบัติในท่าทางวางเท้าของผู้ป่วยบนพนักเก้าอี้ของรถเข็น กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติท่าทางได้ถูกต้องจำนวน 12 คน สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทุกคน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p\text{-value} > .05$  ซึ่งอาจเกิดจาก ท่าทางดังกล่าวเป็นการปฏิบัติที่เป็นพื้นฐานความปลอดภัยสำหรับการเตรียมพร้อมรถเข็นในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยไม่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญในวิชาชีพ

จากการศึกษาผลการวิเคราะห์ ก่อนการทบทวนการปฏิบัติท่าทางความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จากเตียงนอนลงสู่รถเข็นของผู้ดูแลในท่าที่ 1 และท่าที่ 4 จนถึงท่าที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบหลักการในการปฏิบัติท่าทางความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกต้อง ซึ่งหากไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดังกล่าว อาจส่งผลเสียหรือการบาดเจ็บของผู้ดูแลได้ โดยเฉพาะบริเวณหลังส่วนล่าง โดยเฉพาะ การปฏิบัติท่าที่ 6 ผู้ดูแลจัดผู้ป่วยนั่งบนขอบเตียงโดยโยกกันของผู้ป่วย ท่าที่ 9 ผู้ดูแลทำหลังตรงกำหลังส่วนล่างของผู้ป่วย ท่าที่ 12 ผู้ดูแลทำหลังตรงย่อขา ก่อนช่วยผู้ป่วยขึ้น และท่าที่ 15 ผู้ดูแลย่อขาและทำหลังตรงขณะช่วยให้ผู้ป่วยนั่งลง เป็นท่าทางที่ช่วยรองรับน้ำหนักของผู้ป่วย ช่วยลดการบาดเจ็บของหลังส่วนล่างจากการยกน้ำหนัก ในขณะที่ก่อนทบทวนท่าทางปฏิบัติฯ ท่าที่ 1 ผู้ดูแลวางรถเข็นไว้ข้างเตียงแล้วปรับให้มุม อยู่ที่ 20-30 องศา ท่าที่ 3 ท่าทางผู้ดูแลดึงเบรกรถเข็น และท่าที่ 5 ผู้ดูแลวางเท้าซ้ายไว้ระหว่างเท้าของผู้ป่วยขณะปรับอยู่ในท่านั่งของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เนื่องจาก เป็นท่าทางที่ต้องอาศัยความละเอียดรอบคอบ และกลุ่มตัวอย่างมีความเคยชินในการปฏิบัติท่าทางเดิมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ปรับมุมรถเข็น ไม่ดึงเบรกรถเข็น และไม่ได้วางเท้าซ้ายไว้ระหว่างเท้าของผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Levy et al (2011) เกี่ยวกับท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม ท่าทางการทำงานซ้ำซาก การยกของหนัก การออกแรงเกินกำลัง ลักษณะดังกล่าวทำให้เกิดอาการบาดเจ็บสะสม หรือเกิดอาการบาดเจ็บหลังส่วนล่าง และสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Vinstrup et al (2020) ที่ศึกษาการได้รับการบาดเจ็บหลังส่วนล่างจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในบุคลากรทางการแพทย์จากการเคลื่อนย้ายผู้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ มีโอกาสที่จะได้รับการบาดเจ็บที่หลังส่วนล่าง จากการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในท่าทางที่ไม่ดีวิธี สะสมเป็นระยะเวลาาน จากการปฏิบัติท่าทางที่ตนเองได้ปฏิบัติงานอยู่เป็นประจำในสถานที่ปฏิบัติงานไม่แสดงถึงความเปลี่ยนแปลงจากการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง และการแสดงออกทางสรีระ ความคิดและความรู้สึกที่บ่งบอกถึงสภาวะที่ปราศจากภัยหรือพ้นภัยจากอันตราย การบาดเจ็บ การเสี่ยงภัยหรือการสูญเสียจากการทำงาน ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบสำรวจพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานอีกด้วย

จากการศึกษาวิจัยผลหลังการทบทวนการปฏิบัติท่าทางความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นของผู้ดูแลทั้ง 18 ครั้ง พบว่า ภายหลังจากทบทวนท่าทางปฏิบัติฯ ทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติท่าทางได้ถูกต้องมากกว่า ก่อนการทบทวนท่าทางปฏิบัติฯ ในแต่ละครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) เนื่องจาก การศึกษาครั้งนี้ อาศัยหลักการปฏิบัติท่าทางความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นของผู้ดูแลจากการฝึกหัดรู้อันตราย หรือ One point KYT ซึ่งเป็นกิจกรรมที่นำมาใช้เพื่อลดอุบัติเหตุจากการทำงานช่วยเพิ่มจิตสำนึกในด้านความปลอดภัย และเหมาะสำหรับการวิเคราะห์ที่จะใช้กับงานที่มีอันตรายไม่มากนัก หรืองานที่มีวิธีการไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน เช่น การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นของผู้ดูแลจากการฝึกหัดรู้อันตราย ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sato et al (2018) ที่การทำกิจกรรม One point KYT ของนักศึกษาพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ดูแลผู้ป่วยลงจากเตียงหลังการผ่าตัดและเดินภายในห้องพักพบว่า นักศึกษามีการปฏิบัติด้านความปลอดภัยต่อผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) นอกจากนี้ กระบวนการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมที่มีการทบทวนท่าทางปฏิบัติตามหลัก KYT เป็นเทคนิคการกระตุ้นการย้าคิดย้าทำ เพื่อให้เกิดจิตสำนึกในด้านความปลอดภัย และปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องอาศัยความปลอดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการวิจัยของ สุนันทา ถาวร (2559) ที่พบว่า กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความปลอดภัยตามหลัก KYT มีค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) ซึ่งผลการทดลองครั้งนี้ อาจช่วยให้กลุ่มบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาคทฤษฎีและการปฏิบัติเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายท่าทางด้านการยศาสตร์ ที่ถูกต้อง และช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ปฏิบัติงาน (Yahyaei et al, 2019) ตลอดจนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเป็นกิจกรรมของผู้สูงอายุที่ถูกต้องจะช่วยส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ให้กลับคืนสู่สภาพปกติให้มากที่สุด ก่อให้เกิดความสุขสบาย และป้องกันปัญหาของระบบกล้ามเนื้อ ระบบกระดูก ระบบประสาท และระบบไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วย

สรุปผลการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมท่าทางปฏิบัติงานความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นของผู้ดูแล จำนวน 18 ครั้งสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติท่าทางความปลอดภัยฯ ได้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอันตรายและความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ดังนั้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จึงมีความสำคัญมากพยาบาลหรือผู้ช่วยพยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

และสามารถเลือกวิธีการเคลื่อนย้ายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายตามสภาพการเจ็บป่วย จึงต้องมีการทบทวนย้อนกลับเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักถึงความปลอดภัยในการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต่อไป

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. เทคนิค KYT สามารถประยุกต์ใช้ในการฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ ดังนั้นจึงควรจัดทำเป็นคู่มือฝึกปฏิบัติทางความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็น เพื่อแนวทางในการป้องกันการบาดเจ็บบริเวณหลังส่วนล่างของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น ๆ

2. การยกเคลื่อนย้ายตามแนวทางแบบประเมิน Checklist for Evaluating Patient Transfer Skill เป็นแนวทางที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติผ่านการฝึกอบรมด้วยเทคนิค KYT One point ได้ จึงควรนำไปใช้เป็นต้นแบบของนวัตกรรมด้านความปลอดภัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติทางความปลอดภัยในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงนอนลงสู่รถเข็นทั้งในสถานบริการทางการแพทย์ และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเทคนิคความปลอดภัยในการเคลื่อนตัวผู้ป่วยจากรถเตียงขึ้นสู่รถเข็นในแบบต่างๆเพิ่มเติม และมีกลุ่มเปรียบเทียบผลการศึกษาเพื่อให้ได้ผลที่แม่นยำยิ่งขึ้น

2. ควรทำการศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติความปลอดภัยในการเคลื่อนตัวผู้ป่วยจากรถเตียงขึ้นสู่รถเข็นต่อการลดอาการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2560). *คู่มือแนวทางการจัดบริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนด้านการยศาสตร์ สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ*. กลุ่มอาชีวอนามัย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

จันจิราภรณ์ วิชัยและสุนิสา ชายเกลี้ยง. (2557). การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในพนักงานที่มีการยกเคลื่อนย้ายวัสดุ. *วารสารวิจัย มช*, 19(5), 708-719.

ปัญจภัชชร์ บุญพร้อม, นาถนิตดา มรกตศรีวรรณ, ญาณิศา พึ่งเกิด, สิทธิพันธุ์ ไชยนิรันทน. (2564). การศึกษาผลการจัดการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการในกิจกรรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตบางกอกใหญ่ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2554). *หลักความปลอดภัยในการทำงาน* (พิมพ์ครั้งที่ 11). โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สำนักงานประกันสังคม. (2561). สถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี 2556-2560. กลุ่มงานกำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน.

## เอกสารอ้างอิง

- สุนันทา ถาวร. (2559). ผลของกิจกรรมการฝึกหัดรู้อันตรายแบบปากเปล่า (Oral KYT) ต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในพนักงานฝ่ายผลิตของโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Huang Z, Nagata A, Kanai-Pak M, Maeda J, Kitajima Y, Nakamura M et al. (2014). Self-Help Training System for Nursing Students to Learn Patient Transfer Skills in *IEEE Transactions on Learning Technologies*, 7(4), 319-332.
- Levy SB, Rosemary KS, David HW, Sherry LB. (2011). Recognizing and preventing occupational and environmental disease and injury. *Oxford University Press*, New York.
- Sato Y, Okamoto S, Kayaba K, Nobuhara H, Soeda K. (2017). Effectiveness of role-play in hazard prediction training for nursing students: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(1), 1-7.
- Vinstrup J, Jakobsen MD, Madeleine P et al. (2020). Physical exposure during patient transfer and risk of back injury & low-back pain: prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disord* 21, 715.
- Yahyaei K, Yazdi K, Kolagari S, Rahmani H. (2019). Effect of Patient Transfer Training on Low Back Pain in Pre-hospital Emergency Medical Services Personnel. *Journal of Clinical and Basic Research*, 3(4), 31-36.

## ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง

### จากโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ฉวีวรรณ จิตต์สาคร<sup>1</sup>, วิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล<sup>1</sup>, พชรนันท์ วิวรากานนท์<sup>1</sup>

<sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 7 กันยายน 2566; วันที่แก้ไข: 16 ตุลาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 6 ธันวาคม 2566)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 409 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ โดยมีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.93 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.55$ , S.D.=0.42) และมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.48$ , S.D.=0.34) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ( $r=0.49$ ,  $p < 0.01$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ( $r=0.45$ ) ด้านการได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ ( $r=0.42$ ) ด้านการกระตุ้นอารมณ์ ( $r=0.40$ ) และด้านการชักจูงโดยใช้คำพูด ( $r=0.39$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามลำดับ ดังนั้นควรส่งเสริมในด้านการประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19

**คำสำคัญ:** สมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรม, โรคโควิด 19, ผู้สูงอายุ

**\*ผู้รับผิดชอบบทความ:** ฉวีวรรณ จิตต์สาคร; chaweewan.j@ mail.bcnlp.ac.th



## Perceived Self-Efficacy and Preventive Health Behaviors with COVID-19 among the Older Adults in Mueang Lampang District, Lampang Province

Chaweewan Jitsakorn<sup>1\*</sup>, Wipa Iamsam-Ang Jaramillo<sup>1</sup>, Phatchanun Wiwaraganon<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Boromarajonani College of Nursing Nakorn Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: 7 September 2023; Revised: 16 October 2023; Accepted: 6 December 2023)

### Abstract

This analytical cross-sectional research aimed to 1) study the level of self-efficacy perception and the level of self-protective behavior from COVID-19, and 2) examine the relationship between self-efficacy perception and protective behavior COVID19 disease of older adults. The sample were 490 older adults in Mueang Lampang District that were recruited through a multistage random sampling method. The questionnaires included sociodemographic data and perceived self-efficacy and health behavior, with a content validity index of 0.93 and Cronbach's alpha coefficient of 0.70. The data were analyzed utilizing Pearson's correlation coefficient.

The results found that the older adults illustrated a high level of perceived self-efficacy (mean=4.55, S.D.=0.42) and engaged in high levels of preventive behaviors against COVID-19 (mean=4.48, S.D.=0.34). A positive correlation was observed between self-perceived competency and Covid-19 preventive behaviors among the older adults in Muang District, Lampang province ( $r=0.49$ ,  $p < 0.01$ ). The other factors such as successful experiences ( $r=0.45$ ), receiving experiences from role models ( $r=0.42$ ), emotional stimulation ( $r=0.40$ ), and persuasive communication ( $r=0.39$ ) were found positively correlated with self-perceived competency. So that encourage experiences of triumph among the older adults for encourage self-assurance in self-care practices which might modify of behavior to preventing the spread of Covid-19.

**Keywords:** Self-Efficacy, Health Behaviors, Covid-19, Older people

**\*Corresponding author:** Chaweewan Jitsakorn; chaweewan.j@Meanail.bcnlp.ac.th

## บทนำ

ปัจจุบัน ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี พ.ศ. 2568 สถิติผู้สูงอายุ ณ วันที่ 4 เมษายน 2565 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวน 12,194,120 คน ซึ่งร้อยละของผู้สูงอายุที่มากที่สุดในประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 24.40 ซึ่งอยู่ในจังหวัดลำปาง และจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง ข้อมูล ณ วันที่ 4 เมษายน 2565 ประจําปีงบประมาณ 2565 มีจำนวน 186,753 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2565) คิดเป็นร้อยละ 25.97 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัดลำปาง

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง (Immunological Theory) เป็นวัยที่มีความเสื่อมโทรมลงทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการติดโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ผู้สูงอายุบางรายอาจขาดข้อมูลหรือความเข้าใจที่เพียงพอเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวิธีการป้องกันซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ยากที่จะรับรู้ความเสี่ยงและทำมาตรการอย่างเหมาะสม (พุทธิพร, 2565) ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในการรับรู้และดูแลตนเอง แต่ผู้สูงอายุบางคนมีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ขาดแคลนบริการสุขภาพหรือมีความยากลำบากในการเดินทาง ซึ่งอาจมีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและอาจจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุลดลงได้ (วิชชราวุธ, 2566)

อุบัติการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีการระบาดตั้งแต่ เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา โดยจังหวัดลำปางพบผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 สะสม ในจังหวัดลำปาง รายงาน ณ วันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2565 จำนวน 41,408 ราย เสียชีวิตสะสม 33 ราย และผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 1,349 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2565) ปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลต่อสุขภาพและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคของกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง เช่น การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและมาตรการป้องกันในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถป้องกันตนเองอย่างเหมาะสม การไม่มีการดูแลสุขภาพเหมาะสมอาจทำให้เกิดภาวะโรคภัยรุนแรงเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่มาพร้อมกับโควิด 19 โดยมีการเฝ้าระวังและให้คำแนะนำการป้องกันตนเองแก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงที่สามารถติดเชื้อได้ง่ายและมักมีอาการรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ และโรคอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35 กก./ม.<sup>2</sup> และผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสมในสภาวะเจ็บป่วย (วิญญูทัญญ และคณะ, 2563; องค์การอนามัยโลก, 2563)

มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 เช่น การมีการศึกษาและการสอนที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพและการให้บริการทางการแพทย์ในพื้นที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับบริการทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม บางพื้นที่ในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง อาจมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพและข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ซึ่งทำให้ปัญหาดังกล่าวมีอัตราการรับรู้และการป้องกันตนเองที่แตกต่างกันบนแต่ละพื้นที่ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงจึงมีความสำคัญโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ (ศิริณี และคณะ, 2566)

การรับรู้ความสามารถของตนเองหรือความเชื่อในความสามารถของตนเองหรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ (Bandura, 1997) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ซึ่งเป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ จากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีของ Albert Bandura เป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยแบนดูรามีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน ในคนคนเดียวก็เช่นกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกันก็อาจแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้ ความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้นๆ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด (Bandura, 1997)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ระดับมาก และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (นงศัณพัทธ์ และอิทธิพล, 2564) ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาในพื้นที่จังหวัดลำปาง ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีร้อยละผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศ และมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นเขตพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดและจำนวนผู้สูงอายุที่ติดโรคโควิด 19 มากที่สุดในจังหวัดลำปาง และผู้สูงอายุจะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไปเนื่องด้วยสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย (กรมการแพทย์, 2563)

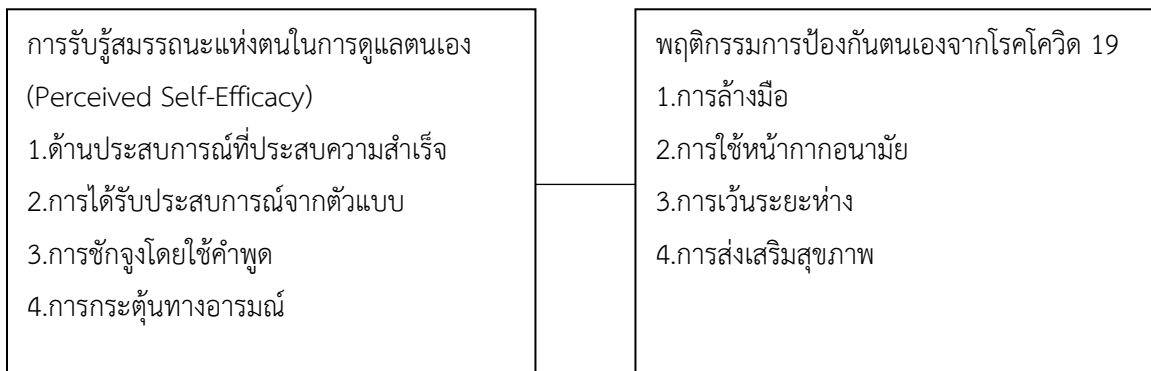
ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive Theory) โดยอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะมุ่งเน้นศึกษาระดับการรับรู้และความสัมพันธ์กับสมรรถนะแห่งตนและระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติตนในสถานการณ์โรคโควิด 19 สำหรับผู้สูงอายุได้อย่าง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นกรอบทฤษฎีในการวิจัย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนคือการตัดสินใจความสามารถของตนเองในด้านการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่กำหนดไว้ มีหลักการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วยการให้ข้อมูล 4 แห่ง ประกอบด้วย ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูง และสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถดูแลตนเองได้โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาตัวแปรจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ 1) ด้านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ 3) การชักจูงโดยใช้คำพูด และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ อีกทั้งมีการประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดโรคโควิด19 ซึ่งประกอบด้วย การศึกษาตัวแปร การล้างมือ การใช้หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง และการส่งเสริม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบงานวิจัยเป็นงานวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-Sectional Analytical Research) ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวนทั้งสิ้น 52,582 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2564)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัญชาติไทย
2. มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
3. สามารถอ่าน-เขียนภาษาไทยได้ สามารถพูดคุยให้ข้อมูลได้

4. เป็นผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมวิจัยและสามารถถอนการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง
2. เป็นผู้ที่ไม่มีความรู้ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีค่าคะแนนจุดตัด 17 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน
3. เป็นผู้ที่ไม่มีความรู้ซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q ถ้าไม่มีคำตอบ ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ แต่ถ้าคำตอบมีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึงเป็นผู้เสี่ยงโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q โดยมีคะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนนจากคะแนนเต็ม 27 คะแนน

4. อาสาสมัครขอถอนความยินยอมหรือระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยประเมินได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมีความผิดปกติจากสภาวะสุขภาพหรือสาเหตุอื่นๆ อันเนื่องมาจากตัวอาสาสมัครเอง เช่น ภาวะเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ในระหว่างการเก็บข้อมูลที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้ได้และไม่ก่อประโยชน์ต่ออาสาสมัคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamane กำหนดความคลาดเคลื่อนสุ่มกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1 + N(e^2)}$$

ซึ่ง  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (จำนวน)  
 $N$  = จำนวนประชากรทั้งหมด  
 $e$  = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิด

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร } n &= \frac{52,582}{1 + 52,582(0.0025)} \\ &= 396.98 \text{ คน} \end{aligned}$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 397 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญเสียร้อยละ 10 (บุญใจ, 2553) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวนทั้งหมด 450 คน

การคัดเลือกพื้นที่ในการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยการแบ่งตำบลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ตำบลบ้านเป้า (กลุ่มขนาดเล็ก) 2) ตำบลพระบาท (กลุ่มขนาดกลาง) และ 3) ตำบลชมพู (กลุ่มขนาดใหญ่)

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยการแบ่งตำบลออกเป็นหมู่บ้าน คือ 1) ตำบลบ้านเป้า (ทั้งหมด 12 หมู่บ้าน) ได้แก่ หมู่บ้านแม่ก่ง หมู่บ้านทุ่งม่านเหนือ และ หมู่บ้านทุ่งม่านใต้ 2) ตำบลพระบาท (ทั้งหมด 17 หมู่บ้าน) ได้แก่ หมู่บ้านพระบาท หมู่บ้านป่าขาม หมู่บ้านสนามบิน และ 3) ตำบลชมพู (ทั้งหมด 14 หมู่บ้าน) ได้แก่ หมู่บ้านชมพู หมู่บ้านต้า และหมู่บ้านลำปางกลาง

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านทั้งหมด จำนวน 450 คน ดังนี้

3.1 กลุ่มขนาดเล็ก ตำบลบ้านเป้า จำนวน 159 คน ได้แก่ หมู่บ้านแม่ก้ง จำนวน 53 คน หมู่บ้านทุ่งม่านเหนือ จำนวน 53 คน และหมู่บ้านทุ่งม่านใต้ จำนวน 53 คน

3.2 กลุ่มขนาดกลาง ตำบลพระบาท จำนวน 236 คน ได้แก่ หมู่บ้านพระบาท จำนวน 78 คน หมู่บ้านป่าขามจำนวน 79 คนและหมู่บ้านสนามบิน จำนวน 79 คน

3.3 กลุ่มขนาดใหญ่ ตำบลชมพู จำนวน 55 คน ได้แก่ หมู่บ้านชมพู จำนวน 18 คน หมู่บ้านต้า จำนวน 18 คน และหมู่บ้านลำปางกลาง จำนวน 19 คน

### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ รายได้เมื่อเทียบรายจ่าย และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมซึ่งเกี่ยวกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ จำนวน 5 ข้อ การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ จำนวน 6 ข้อ การชักจูงโดยใช้คำพูด จำนวน 6 ข้อ และการกระตุ้นทางอารมณ์จำนวน 6 ข้อ ซึ่งผู้วิจัย ใช้เครื่องมือของ นงศ์ณพัชร มณีอินทร์ และอิทธิพล ดวงจินดา (2564) โดยมี 5 ระดับให้เลือกตอบ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ในการแปลผลคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ จากช่วงคะแนนทั้งหมด 1-5 คะแนน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 1=น้อยที่สุด 2=น้อย 3=ปานกลาง 4=มาก และ 5=มากที่สุด เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1.00-2.33 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองใน ระดับน้อย

2.34-3.66 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ใน ระดับปานกลาง

3.67-5.00 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ใน ระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ปฏิบัติตามมาตรการอยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติสำหรับผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ประกอบด้วย การล้างมือ จำนวน 6 ข้อ การใช้หน้ากากอนามัยจำนวน 6 ข้อ การเว้นระยะห่าง 6 ข้อ และการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยของนงศ์ณพัชร และอิทธิพล (2564) โดยมี 5 ระดับให้เลือกตอบ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ในการแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง จากช่วงคะแนนทั้งหมด 1-5 คะแนน

1.00-2.33 คะแนน หมายถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ใน ระดับน้อย

2.34-3.66 คะแนน หมายถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ใน ระดับปานกลาง

3.67-5.00 คะแนน หมายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ใน ระดับมาก

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived Self-Efficacy) และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ในผู้สูงอายุตรวจสอบหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน ด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน และนายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกัน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index for Scale; S-CVI) เท่ากับ .933

2. การตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน ผลการการตรวจสอบค่าความเที่ยง ด้านประสพการณ์ที่ประสบความสำเร็จ มีค่าเท่ากับ 0.75 ด้านการได้รับประสพการณ์จากตัวแบบ มีค่าเท่ากับ 0.85 ด้านการชักจูงโดยใช้คำพูดมีค่าเท่ากับ 0.89 และด้านการกระตุ้นทางอารมณ์มีค่าเท่ากับ 0.93 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง และติดต่อประสานงานขอความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดลำปาง พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ และกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ด้วยตนเอง เพื่อนำข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ติดโรคโควิด 19 มาใช้ในการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้หนังสือแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด พร้อมแนบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามคืนและนำข้อมูลที่ได้ออกมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและวิเคราะห์ผลที่ได้

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และรายได้เมื่อเทียบกับรายจ่าย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) โดยแบ่งเกณฑ์การวัดระดับความสัมพันธ์จากค่าประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ออกเป็น 5 ระดับ (Bartlett, 1993)



ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับของความสัมพันธ์
.81 – 1.00	มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก
.61 – .80	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
.41 – .60	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
.21 – .40	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
.00 – .20	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่รับรอง E2565-018 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการทำวิจัย โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะมีหนังสือขออนุญาตเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ทำการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปลายปิด และไม่มีภาระบุ ชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้รหัสแทนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 65 –69 ปี ร้อยละ 30.56 อายุเฉลี่ย 71.42 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.55 การศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 86.30 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 64.30 ส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 35.45 รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 2,000 บาท/เดือน ร้อยละ 55.99 และรายได้เมื่อเทียบกับรายจ่าย ส่วนใหญ่รายได้พอกินพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 67.24 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (n=409)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60 – 64	82	20.05
65 – 69	125	30.56
70 – 74	85	20.78
75 – 79	51	12.47
80 – 84	36	8.80
85 – 89	20	4.89

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ของคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>		
90 ปีขึ้นไป	10	2.45
(Mean=71.42, S.D.=7.79) Min=60, Max=98		
<b>เพศ</b>		
หญิง	264	64.55
ชาย	145	35.45
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	353	86.30
มัธยมศึกษา	20	4.89
อนุปริญญา	7	1.72
ปริญญาตรี	6	1.47
อื่นๆ	23	5.62
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	263	64.30
หม้าย	119	29.10
โสด	16	3.92
หย่าร้าง	11	2.68
<b>อาชีพ</b>		
ว่างงาน	145	35.45
แม่บ้าน	84	20.53
รับจ้าง	75	18.33
เกษตรกร	48	11.74
ค้าขาย	48	11.74
ข้าราชการบำนาญ	7	1.72
ธุรกิจส่วนตัว	2	0.49
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>		
ไม่มีรายได้	68	16.62
< 2,000	229	55.99
2,100-5,000	74	18.09
5,001-10,000	22	5.38
รายได้เฉลี่ย < 2,000 บาท/เดือน		

**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ของคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้เมื่อเทียบกับรายจ่าย</b>		
มีเหลือเก็บ	29	7.09
พอกินพอใช้	275	67.24
ไม่พอใช้ ไม่ต้องกู้ยืม	83	20.29
ไม่พอใช้ กู้ยืม	22	5.38

**ส่วนที่ 2** การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลำปางมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=4.55$ , S.D.=.42) โดยด้านการชั่งจูงโดยใช้คำพูด มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองระดับมาก ( $\bar{x}=4.60$ , S.D.=.53) รองลงมาคือด้านการกระตุ้นทางอารมณ์ระดับมาก ( $\bar{x}=4.59$ , S.D.=.44) ด้านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จระดับมาก ( $\bar{x}=4.51$ , S.D.=.48) และด้านการได้รับประสบการณ์จากตัวแบบมีระดับมาก ( $\bar{x}=4.49$ , S.D.=.52) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุรายด้านและภาพรวม (n=409 )

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ	4.51	0.48	มาก
2. การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ	4.49	0.52	มาก
3. การชั่งจูงโดยใช้คำพูด	4.60	0.53	มาก
4. การกระตุ้นทางอารมณ์	4.59	0.44	มาก
<b>ภาพรวม</b>	<b>4.55</b>	<b>0.42</b>	<b>มาก</b>

**ส่วนที่ 3** พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=4.48$ , S.D.=.34) และทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเว้นระยะห่าง ( $\bar{x}=4.69$ , S.D.= .41) รองลงมาคือด้านการใช้หน้ากากอนามัย ( $\bar{x}=4.59$ , S.D.=.47) การล้างมือ ( $\bar{x}=4.37$ , S.D.=.67) และการส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{x}=4.26$ , S.D.=.46) ตามลำดับ

**ตาราง 3** พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุเป็นรายด้านและภาพรวม (n=409 )

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การล้างมือ	4.37	.67	มาก
2. การใช้หน้ากากอนามัย	4.59	.47	มาก
3. การเว้นระยะห่าง	4.69	.41	มาก

**ตาราง 3** พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุเป็นรายด้านและภาพรวม (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
4. การส่งเสริมสุขภาพ	4.26	.46	มาก
<b>ภาพรวม</b>	<b>4.48</b>	<b>.34</b>	<b>มาก</b>

**ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง**

ผลการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=.49$ ) โดยผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จมากที่สุด ( $r=.45$ ) ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการชั่งใจโดยใช้คำพูด ( $r=.39$ ) น้อยที่สุด เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการล้างมือ ( $r=.37$ ) และด้านการได้รับประสบการณ์จากตัวแบบมีความสัมพันธ์การสวมหน้ากากอนามัย ( $r=.35$ )

**ตาราง 4** ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง (n=409)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1.การล้างมือ	2.การสวม Mask	3.การเว้นระยะห่าง	4.ส่งเสริมสุขภาพ	ภาพรวมพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด19
1.ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ	0.37**	0.34**	0.28**	0.20**	0.45**
2.การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ	0.34**	0.35**	0.27**	0.17**	0.42**
3.การชั่งใจโดยใช้คำพูด	0.30**	0.29**	0.33**	0.12*	0.39**
4.การกระตุ้นทางอารมณ์	0.28**	0.34**	0.31**	0.18**	0.40**
<b>ภาพรวม</b>	<b>0.38**</b>	<b>0.39**</b>	<b>0.35**</b>	<b>0.20**</b>	<b>0.49**</b>

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level

**การอภิปรายผล**

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในภาพรวมส่วนใหญ่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลำปางอยู่ในระดับมาก ( $r=0.49$ ) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ มีความสอดคล้องกับผลการวิจัย

ที่ผ่านมา ในการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อพฤติกรรมและทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วยด้านความรู้และทักษะ (ณรงค์วิชัย และ สมชาย, 2565) การรับรู้ความสามารถของตนเองที่เกิดจากการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ การเรียนรู้จากการกระทำที่ได้บรรลุผลสำเร็จ การเรียนรู้จากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น การแนะนำให้ความรู้/การชักจูงด้วยคำพูด และการจัดการสภาวะทางด้านร่างกายอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถในด้านความรู้และทักษะในการออกแบบการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ (ยุพเรศ, 2562)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองในด้านการชักจูงโดยใช้คำพูด การกระตุ้นทางอารมณ์ ด้านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ และการได้รับประสบการณ์จากตัวแบบนั้น อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน การใช้รูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา เช่น การชักจูงโดยคำพูดสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหักรับรู้สมรรถนะแห่งตนและลดความกลัวในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (รัตมี, จิราภรณ์, กมลวรรณ และคณะ, 2566) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการกระตุ้นอารมณ์ มีผลต่อการทำนายภาวะสุขภาพในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทของประเทศอินโดนีเซีย การกระตุ้นทางอารมณ์สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความรู้ตั้งแต่ง่ายไปจนถึงซับซ้อน การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและช่วยเหลือ การให้แหล่งข้อมูลอื่นๆ เพิ่มเติม เป็นต้น (Khozanatuha, Setiyani, Kusumawardani, 2023) ด้านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การส่งเสริมเกี่ยวกับแนวคิดการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด19 นั้น ประสบการณ์ในการดูแลตนเอง คือ การทำให้บุคคลรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และเรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่น (ชัยณัฐ และสุชัย, 2564) และการได้รับประสบการณ์จากตัวแบบนั้น ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ จากประสบการณ์ตรงของบุคคลที่เคยเผชิญโรคโควิด19 ประสบการณ์การได้รับการดูแลและเสริมสร้างกำลังใจจากการเผชิญกับการเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเผชิญโรคที่ดีขึ้น (ชนินาถ, 2565)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด19 ของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.55$ , S.D.=.42) ซึ่งพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะคิดในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี (ดารารัตน์, อรสา, วิชราภรณ์, 2566) อีกทั้งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้สุขภาพ มีผลโดยตรงกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด19 ของผู้สูงอายุเบาหวานจากผลการใช้โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ประไพวรรณ, 2566) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการเว้นระยะห่าง ( $\bar{X}=4.69$ ) ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด19 ในผู้สูงอายุที่มีรายได้ โรคประจำตัว และการรับรู้ข่าวสารของโรคโควิด19 แตกต่างกัน การบังคับใช้การเว้นระยะระหว่างบุคคลอย่างเคร่งครัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ (สุปราณี, ศากุล, และศิริเมศร์, 2565) ร่วมกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัย ( $\bar{X}=4.59$ ) อยู่ในระดับมาก ซึ่งพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกันโรคโควิด19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (พินิตา, วลัยนารี, จิฬาวัจน์,

กิตติมาพร และพัชรียา, 2564) อีกทั้งการรวบรวมและการกำจัดได้อย่างถูกวิธี เช่น ไม่นำหน้ากากอนามัยไปตัดแปลงใช้ประโยชน์ ไม่ซักหน้ากากอนามัยที่ไม่ใช่ผ้า หรือฉีดพ่นน้ำยาฆ่าเชื้อแล้วนำมาใช้ ถือเป็นพฤติกรรมการรับรู้การใช้หน้ากากอนามัย (พิมพิกา, อนัญญา และกุลธิดา, 2566) สำหรับด้านพฤติกรรมกำล้างมือ ( $\bar{X}=4.37$ ) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $\bar{X}=4.26$ ) พบในผู้สูงอายุเป็นลำดับถัดมา ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ได้แก่ การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 ในชุมชน (Duan et al, 2022) สะท้อนการมีทัศนคติที่ดีและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เป็นปกติของผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่มีช่วงอายุ 65-69 ปี พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r=0.49$ ,  $p < 0.01$ ) กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง เช่น การสร้างการมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม และการมีแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แก่ โครงการสร้างองค์ความรู้ ผ่านกิจกรรมเพิ่มสาระน่ารู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 การอบรมเชิงปฏิบัติการ หรือการพูดคุยเพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง (จิตรานุช, 2566) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นและมีระดับการศึกษาประถมเป็นส่วนมาก และส่วนใหญ่ดูแลตนเองได้ เป็นกลุ่มติดสังคม มีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก สามารถจัดการความเจ็บป่วยของตนได้ รับรู้เรื่องยา การออกกำลังกาย เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุสามารถมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโควิดได้ในระดับมาก เมื่อพิจารณาพฤติกรรมป้องกันตนเองในทุกด้านแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของนาริมาห์ และคณะ (2564) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=4.48$ ,  $S.D.=.34$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของปฐมธิดา บัวสม (2561) พบว่า พฤติกรรมทางด้านกาย สังคมและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อีกทั้งปัจจัยการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ (วิญญ์ทิพย์ และคณะ, 2562) ดังนั้นหากผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับมาก จะมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ในระดับมาก เช่นเดียวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.22$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นนั้น มีผลโดยตรงกับพฤติกรรมจัดการสุขภาพตนเองของบุคคล เช่น ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพตนเองสอดคล้องกับบริบทของชุมชน วัฒนธรรม หรือความสัมพันธ์ในครอบครัว (ฐิติกร และวิทญา, 2566; ยุพเรศ, 2562) อันส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในยามบั้นปลายของชีวิต

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านความรู้ ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ โดยสามารถนำแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาป้องกันโรคโควิดมาใช้ในการป้องกันที่ต้องการและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นต่อตนเองได้
2. ด้านระบบบริการสุขภาพ สามารถนำผลไปใช้ในการพัฒนาวางระบบบริการสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ เน้นการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ทั้งในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู
3. ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนสามารถนำผลการศึกษาที่ได้รับไปวางแผนนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เน้นการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสังคมในการพัฒนาสุขภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งในการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและการป้องกันโรค และกรณีที่มีโรคอุบัติใหม่อื่นๆ เช่น โรคไข้หวัดสายพันธุ์ใหม่ โรคฝีดาษวานร เป็นต้น ที่ไม่ใช่โรคโควิด 19 เพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความสามารถในการดูแลตนเองและมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น เกิดความตระหนักและมีการเตรียมความพร้อมเผชิญกับผลกระทบทั้งในด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตจากสถานการณ์ที่ไม่อาจคาดหวังหรือไม่เคยประสบมาก่อน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2563). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19. Retrieved From [https://covid19.dms.go.th/backend///Content//Content\\_File/Covid\\_Health/Attach/25630406112904AM](https://covid19.dms.go.th/backend///Content//Content_File/Covid_Health/Attach/25630406112904AM)
- จิตรานุช เขียวทิพย์. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยม่วง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม*, 8(2), 522-533.
- ชำนาญดี ชินินาด (2565). ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโรคโควิด 19. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย]. (Chula ETD). 6176. <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/6176>
- ชัยณัฐ สุรพิชญพงศ์ และสุชัย สุรพิชญพงศ์. (2564). การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19): แนวคิดและแนวทางปฏิบัติ, *วารสารจิตวิทยา*, 19(1), 68-88.



## เอกสารอ้างอิง

- ณรงค์วิชัย คำรังษี และสมชาย จาคศรี. (2565). ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อทักษะการดูแลของผู้สูงอายุ ภาวะข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(2), 98-110.
- ดารารัตน์ พูลศรี, อรสา หิรัญรุ่ง และวัชรภรณ์ ฉุนแสนดี. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด19 ของผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1 บ้านทุ่งตาล ตำบลบ้านกลาง อำเภอมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสาธารณสุขและสังคมวิทยา*, 1(2), 1-10.
- นงศัณพัชร์ มณีอินทร์ และอิทธิพล ดวงจินดา. (2564). การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสมาคมนักวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 1-18.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ปฐมธิดา บัวสม, ยินดี พรหมศิริไพบุลย์ และอติญาณ์ ศรีเกษตริณ. (2560). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลมณีนี้อำเภอกะปง จังหวัดพังงา. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5 (4), 549-567.
- ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์. (2566). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด19 ผู้สูงอายุเบาหวาน. *วารสารการพยาบาล*, 25(1), 26-38.
- พุทธิพร พิธานธนาคุณ. (2565). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-19. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 145-159.
- พิมพ์ภา ทิหาวย, อนัญญา ประดิษฐ์ปรีชา และกุลธิดา บรรจงศิริ. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยใช้แล้วทิ้งของประชาชน ในเขตเทศบาลนครแม่สอด ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด19. *วารสารศูนย์อนามัย*, 9(17), 842-855.
- พินิตา จิระไพศาลพงศ์, วลัยนารี พรหมลา, จิฬาวัจน์ เลิกนอก, กิตติมาพร โลกาวิทย์ และพัชรียา สี่หัจกร. (2564). *วารสารวิชาการสถาบันการจัดการแห่งแปซิฟิก สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 7(12), 650-659.
- ยุพเรศ พญาพรหม. (2562). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาล ในการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 47(4), 386-406.
- รัศมี เกตุธานี, จิราภรณ์ ผ่องวิไล, กมลวรรณ จันทร์เดช, กษมาภาณุ ดวงมาตย์พล และวุฒิชัย โยธา. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 7(14), 64-80.

## เอกสารอ้างอิง

วิญญูทัตญญู บุญทัน, ชุติมา สร้อยนาค, พัชรภรณ์ ไหวคิด, ปรีศนา อัครชนพล, วิภาพร สร้อยแสง และจริยาวัตร คม  
พยัคฆ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา  
2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12 (2), 323- 337.

วัชรารัฐ แก้วเกต. (2566). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*,  
8(1), 269-279.

ศิริานี อิ่มน้ำขาว, กรรเวช จันทศิลป์, ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์, ทรงสุดา หมั่นไธสง, จงลักษณ์ ทวีแก้ว, ณัฐวุฒิ สุริยะ และ  
คณะ. (2566). บทเรียนการจัดระบบบริการตติยภูมิในภาวะวิกฤติโควิด-19 พื้นที่ 4 จังหวัดภาค  
ตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 17(3), 473-489.

สุปราณี แดงวงษ์, ศากุล ช่างไม้ และศิริเมศร์ โภโค. (2565). พฤติกรรมการปรับตัวบนวิถีชีวิตใหม่หลังการระบาด  
ของโรคโควิด19 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาล*, 71(2),  
57-63.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2565). *จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบจำแนกตามความสามารถในการทำ  
กิจวัตรประจำวัน เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2565*. [https://lpg.hdc.moph.go.th/  
hdc/reports/ report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id](https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id)

องค์การอนามัยโลก. (2563). *แนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*.  
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150920210610033910.pdf>

Bandura A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt  
& Co.

Duan Y, Shang B, Liang W, Lin Z, Hu C, Baker JS & He J. (2022). Predicting hand washing mask  
wearing and social distancing behaviors among older adults during the Covid-19 pandemics:  
An integrated social cognition model. *BMC Geriatrics*, 22(1), 91.

Khonzanatuha F, Setiyani, R & Kusumawardani LH. (2023). Predictors of Covid-19 related health  
literacy among older people living in rural areas of Indonesia. *Investigacion Educacion  
Enfermeria*, 41(2), e13.