



ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568 ISSN 2673-0693

Vol. 35 No. 1 January - April 2025 ISSN 2673-0693



- ➔ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโมหิน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
- ➔ ปัจจัยทำนายการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ สาเหตุจากเชื้อดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวิกฤต
- ➔ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาต่อความรู้สึกสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
- ➔ ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า ในบ้านพักคนชรา
- ➔ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลนครพนม
- ➔ ผลของสื่อปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในการพยาบาลจิตเวชต่อความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล
- ➔ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในบริบทพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้
- ➔ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย จังหวัดจันทบุรี
- ➔ การพัฒนาแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งต่อสำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
- ➔ การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและรูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ
- ➔ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความคาดหวังการดูแลสุขภาพจากชุมชนของผู้สูงอายุในชุมชนเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก
- ➔ Factors Related to Consumption Behaviors of Containing-cannabis Foods and Beverages Among High School Students in Ban Bueng District, Chonburi Province

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568



# วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

## Nursing Journal of the Ministry of Public Health

### จุดมุ่งหมายและขอบเขต (Aims and Scope)

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเวทีของการเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และสังคมศาสตร์ทางการแพทย์ ในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมการผลิตและเผยแพร่ผลงานวิชาการให้มีคุณภาพ พร้อมทั้งพัฒนานักวิชาการทั้งด้านวิชาการและจริยธรรมโดยผ่านกระบวนการเผยแพร่ผลงานวิชาการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับชาติและนานาชาติ

วารสารฯ เผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการที่จัดทำต้นฉบับด้วยภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ โดยบทความที่ส่งเข้ามาขอรับการพิจารณาเพื่อการตีพิมพ์ต้องไม่เคยหรือกำลังอยู่ในกระบวนการตีพิมพ์เผยแพร่ในแหล่งอื่นใด วารสารฯ ใช้กระบวนการตรวจสอบแบบ double-blind ซึ่งมีการปกปิดทั้งผู้เขียนและผู้ตรวจสอบตลอดกระบวนการ โดยเนื้อหาสาระเป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และสังคมศาสตร์ทางการแพทย์

### ความถี่ในการตีพิมพ์ (Publication Frequency)

วารสารฯ มีกำหนดการตีพิมพ์ ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน ธันวาคม

### ลิขสิทธิ์และสิทธิ (Copyright and Licensing)

ผู้พิมพ์ต้นฉบับเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ในผลงานที่ตีพิมพ์ในวารสารฯ ซึ่งผู้อื่นสามารถนำไปใช้ได้โดยมีเงื่อนไขว่าบทความต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้อง ไม่ดัดแปลง และไม่ได้ใช้ในเชิงพาณิชย์ โดยต้องได้รับการระบุแหล่งที่มาที่เหมาะสมของผู้แต่งและวารสาร หรือต้องขออนุญาตการนำผลงานไปใช้จากผู้พิมพ์ เช่น การใช้เครื่องมือวิจัยที่ผู้พิมพ์พัฒนาขึ้น นอกจากนั้น ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบเนื้อหาของบทความ ยกเว้นข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพิมพ์ ยกเว้นข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพิมพ์

### การติดต่อ (Contact)

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 02-590-1834

www.tnaph.org, อีเมลล์: n.tnaph@gmail.com



# วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568 ISSN 2673-0693

## คณะที่ปรึกษา

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| 1. ดร. ดาราพร คงจา      | นายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข |
| 2. ดร. อีรพร สติรอังกูร | กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข            |

## คณะกองบรรณาธิการวารสาร

- |  |   |               |
|--|---|---------------|
| 1. ดร. มัณฑนา เหมชะญาติ                  | สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข                                      | บรรณาธิการ    |
| 2. ดร. เชษฐา แก้ววรม                     | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่   | รองบรรณาธิการ |
| 3. ผศ.ดร. ศุภกรใจ เจริญสุข               | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี   | กองบรรณาธิการ |
| 4. ดร. นุสรุา ประเสริฐศรี                | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์                                 | กองบรรณาธิการ |
| 5. ผศ.ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง              | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช   | กองบรรณาธิการ |
| 6. ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง                  | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี                             | กองบรรณาธิการ |
| 7. ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม               | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี   | กองบรรณาธิการ |
| 8. รศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ | คณะแพทยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล                    | กองบรรณาธิการ |
| 9. รศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ             | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  | กองบรรณาธิการ |
| 10. รศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์        | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร                                      | กองบรรณาธิการ |
| 11. ดร. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์              | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง                                   | กองบรรณาธิการ |
| 12. ดร. กิรติ กิจธีระวุฒิมังษ์           | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช                                       | กองบรรณาธิการ |
| 13. รศ.ดร. โสเพ็ญ ชูนวน                  | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์                                  | กองบรรณาธิการ |
| 14. ผศ. สมศักดิ์ วงศาवास                 | สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล                                 | กองบรรณาธิการ |
| 15. ผศ.ดร. อัครวิณี ตันกุริมาน           | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง                               | กองบรรณาธิการ |
| 16. ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา                | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี   | กองบรรณาธิการ |
| 17. ดร. ชินกร สุจิมงคล                   | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย   | กองบรรณาธิการ |
| 18. Dr. Paul Alexander TURNER            | St.Francis Xavier School  | กองบรรณาธิการ |
| 19. นางสาวไบศรี นวลอินทร์                | ผู้จัดการวารสาร/เลขาธิการ/ประสานงาน/สมาคมศิษย์เก่าพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข |               |



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิชาการ/วิจัย  
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568 ISSN 2673-0693

1. ศ.ดร. มารุต พัฒนาผล คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. รศ.ดร. อรวรรณ แก้วบุญชู คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ.ดร. ธัญชัย บุญหนัก คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
4. ผศ.ดร. ศุภรีใจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
5. ผศ.ดร. อติญาณ์ ศรเกษตริน คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
6. ผศ.ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
7. ผศ.ดร. พยงค์ เทพอักษร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
8. ผศ.ดร. อัสวินี ดันกูริมาร สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
9. ผศ.ดร. ดลวิวัฒน์ แสนโสม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
10. ดร. มณฑนา เหมชะญาติ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
11. ดร. เชษฐา แก้วพรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
12. ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
13. ดร. ปัทมา บุญช่วยเหลือ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
14. ดร. อรัญญา นามวงษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
15. ดร. เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
16. ดร. ภูริชา พัชรธรรมากุล วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
17. ดร. พิมพ์มล วงศ์ไชยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
18. ดร. ณิชฐ์ชานันท์ กมลฤกษ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
19. ดร. กุลธิดา กุลประทีปัญญา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
20. ดร. ชินกร สุจิมงคล คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
21. ดร. อาจารย์ เบทซ์ นักวิชาการอิสระ



# วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568 ISSN 2673-0693

## สารบัญ

### บทความวิจัย

- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกัน..... 1  
โรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโม้หิน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
- ปัจจัยทำนายการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ สาเหตุจากเชื้อดื้อยา..... 18  
หลายขนานในผู้ป่วยวิกฤต
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาต่อความรู้สึกสิ้นหวัง.....31  
ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
- ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบนวนรลึกลับความหลังที่เป็นสุขต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ..... 43  
สมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า ในบ้านพักคนชรา
- การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลนครพนม..... 54
- ผลของสื่อปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในการพยาบาลจิตเวชต่อความรู้.....71  
และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในบริบทพื้นที่.....85  
จังหวัดชายแดนใต้
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย จังหวัดจันทบุรี..... 98
- การพัฒนาแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งต่อสำหรับผู้ป่วย..... 112  
หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
- การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและรูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม..... 126  
เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ
- ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความคาดหวังการดูแลสุขภาพจากชุมชนของผู้สูงอายุในชุมชน..... 140  
เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก
- Factors Related to Consumption Behaviors of Containing-cannabis Foods and Beverages..... 157  
Among High School Students in Ban Bueng District, Chonburi Province



## บรรณาธิการกล่าว

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 1 ปีที่ 35 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน 2568 นี้ มีการปรับทั้งรูปแบบของต้นฉบับโดยจัดทำเทมเพลตใหม่ เพื่อรองรับการดำเนินงานของวารสารให้มีคุณภาพได้มาตรฐานยิ่งขึ้น นอกจากนั้น ในการตีพิมพ์บทความของวารสารฯ ตั้งแต่ฉบับนี้เป็นต้นไป ทางกองบรรณาธิการ ได้มีความเห็นร่วมกัน ที่จะลดจำนวนลงเป็นฉบับละ 12 เรื่อง เพื่อการเจาะจงบทความที่มีเนื้อหาความตรงกับจุดประสงค์และขอบเขตของวารสาร รวมทั้งมีกระบวนการผลิตที่ได้มาตรฐานทั้งด้านวิชาการและจริยธรรม สำหรับการตีพิมพ์เผยแพร่รายงานวิจัยที่ได้รับการกลั่นกรองตามระบบของวารสารฯ จำนวนทั้ง 12 เรื่องในฉบับนี้ มีความครอบคลุมเนื้อหาสาระที่มีความหลากหลายทั้งทางการแพทย์ และการสาธารณสุข โดยบทความแต่ละเรื่องนั้น ได้รับการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ เพื่อการสนับสนุนให้มีการเผยแพร่บทความวิจัยที่มีคุณภาพ สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานด้านการพยาบาล และการบริการสุขภาพของประชาชน ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ในนามกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณ ผู้นิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้นำเสนอบทความที่มีคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อวงการด้านสุขภาพ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะส่งผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพ มาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขอีกในฉบับต่อไป นอกจากนั้น กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่าง ๆ ทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการพิจารณาบทความพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการ สามารถใช้อ้างอิง และนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม อันจะเป็นการช่วยส่งเสริมวงจรคุณภาพของการผลิตผลงานวิจัย นวัตกรรม และวารสารฯ ให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งนับว่าจะเป็นประโยชน์อย่างแท้จริงต่อวงวิชาการด้านการพยาบาล และการสาธารณสุขสืบไป

ดร.มัทนา เหมชะญาติ

บรรณาธิการ

กระทรวงสาธารณสุข  
พ.ศ. 2526



## การพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อม จากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม้หิน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

### A Development of Promoting Behavior Model for Noise-Induced Hearing Loss Prevention from Working Employees in Stone Milling Factory Mueang District Chonburi Province

พรณรัตน์ พงศ์สวัสดิ์<sup>1</sup>, นิภัตสรณ์ บุญญาสันติ<sup>2</sup>, ชัยญา ตันเต็ง<sup>1</sup>

Pornarut Pongsawasdi<sup>1</sup>, Nipatsorn Boonyasanti<sup>2</sup>, Chaiya Tanteng<sup>1</sup>

<sup>1</sup>กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลชลบุรี <sup>2</sup>กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี

<sup>1</sup>Department of Occupational Medicine Chonburi hospital, <sup>2</sup>Research and development of nursing department Chonburi hospital

Corresponding author: Pornarut Pongsawasdi; Email: Pornarut780@gmail.com

Received: September 27, 2024 Revised: March 2, 2025 Accepted: March 4, 2025

#### บทคัดย่อ

โรคประสาทหูเสื่อมในการทำงานสามารถป้องกันได้ด้วยการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดังในการทำงาน การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม้หิน ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในพนักงานโรงงานไม้หิน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพนักงานซึ่งมาจากการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 72 คน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลและเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยของโรงงานจำนวน 5 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มกับพนักงานจำนวน 10 คน ระยะที่ 2 เป็นพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมฯ และนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจำนวน 10 คนในโรงงาน 1 แห่ง สำหรับระยะที่ 3 เป็นการทดลองและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 36 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมฯ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดัง ระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อเท่ากับ .99 และใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคหาความเชื่อมั่นเท่ากับ .79-.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที่ ผลการวิจัย ระยะที่ 1 พบว่า พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของพนักงานอยู่ในขั้นก่อนซึ่งใจถึงขั้นคงการปฏิบัติ โดยมีพฤติกรรมในขั้นปฏิบัติถึงคงการปฏิบัติสูงสุด (38.89%) สำหรับรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรมเสริมแรง การค้นหาสิ่งสนับสนุน การเผชิญกับเงื่อนไขพฤติกรรม การจัดการสิ่งแวดล้อม และการสร้างความตระหนัก หลังการใช้รูปแบบฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่ารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดังในการวิจัยครั้งนี้ส่งผลถึงพฤติกรรมป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม้หิน

คำสำคัญ : รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม; โรคประสาทหูเสื่อม; พนักงานโรงงานไม้หิน



## A Development of Promoting Behavior Model for Noise-Induced Hearing Loss Prevention from Working Employees in Stone Milling Factory Mueang District Chonburi Province

Pornarut Pongsawasdi<sup>1</sup>, Nipatsorn Boonyasanti<sup>2</sup>, Chaiya Tanteng<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Occupational Medicine Chonburi hospital, <sup>2</sup>Research and development of nursing department Chonburi hospital

Corresponding author: Pornarut Pongsawasdi; Email: Pornarut780@gmail.com

Received: September 27, 2024 Revised: March 2, 2025 Accepted: March 4, 2025

---

### Abstract

Occupational hearing loss can be prevented by enhancing noise-induced hearing loss-preventing behaviors. This research and development aimed to develop and study the effectiveness of a promoting behavior model for noise-induced hearing loss prevention from working employees in stone milling factories. Phase 1: Studying the behavior of using hearing protection devices among stone mill factory workers. Quantitative data were collected from a simple random sampling of 72 employees using a behavioral questionnaire. Qualitative data were gathered from five key informants, including human resources personnel and safety officers of the factory, through in-depth interviews, as well as from focus group discussions with 10 workers. Phase 2: Developing a promoting behavior model for noise-induced hearing loss prevention from working employees in a small sample group of 10 people from a stone milling factory. Phase 3: Implementing the model and evaluating its effectiveness. The sample was divided into an experimental group and a comparison group, with 36 participants in each group. The research instruments included the behavioral promotion model, a personal information questionnaire, a behavioral assessment questionnaire, a questionnaire on stages of behavior change, a process of behavior change questionnaire, and a behavior change stage evaluation form. The content validity was checked with the item consistency index of .99, and the Cronbach's alpha coefficient was found to be appropriate at .79-.94. The data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. Research results found that Phase 1: The employees' behavior in using hearing protection devices ranged from the pre-contemplation stage to the maintenance stage, with the highest proportion observed in the action to maintenance stage (38.89%). Phase 2: The behavioral promotion model consisted of five activities, including reinforcing for noise protection, identifying supportive factors, addressing behavioral conditions, managing the environment, and raising awareness about noise protection. Phase 3: After implementing the model, the experimental group showed a statistically significant increase in noise protection behavior compared to both the pre-intervention stage and the comparison group. The results in this study indicate that the promoting behavior model for noise-induced hearing loss prevention has an effect on preventing behaviors of working employees in stone milling factories.

**Keywords:** behavioral modification model; noise-induced hearing loss; stone milling factory workers



## ความเป็นมาและความสำคัญ

การสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังเป็นปัญหาด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ และการสูญเสียการได้ยินจากประสาทหูเสื่อมเนื่องจากการทำงานในที่ที่มีเสียงดังกลับเป็นปัญหาที่พบมากขึ้น เนื่องจากการทำงานที่สัมผัสเสียงดังที่เกินระดับที่มาตรฐานกำหนด<sup>1</sup> ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดอาการทันทีในระยะแรก แต่ในระยะยาวหากยังทำงานในบริเวณที่มีเสียงดังต่อเนื่องประสาทหูเสื่อมโดยอาจมีระยะการดำเนินโรคเป็นสิบปี<sup>2</sup> จากการรายงานของ องค์การอนามัยโลก<sup>3</sup> เกี่ยวกับอุบัติการณ์ของการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยินจากเสียงในการประกอบอาชีพ พบร้อยละ 7-21 ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ของโรคประสาทหูเสื่อมในผู้ปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมต่าง ๆ ถึงร้อยละ 18<sup>4</sup> ประเทศไทยมีข้อมูลโรคหูเสื่อมจากการประกอบอาชีพ ปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหูเสื่อมจำนวน 3,615 ราย 3,684 ราย และ 3,810 ราย ตามลำดับ<sup>5</sup> รายงานอุบัติการณ์ในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง จำนวน 836 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนรายเท่ากับ 1.82 โดยจังหวัดชุมพรมีอัตราป่วยสูงสุด (23.38) รองลงมา ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ (21.10) และขอนแก่น (7.49) ตามลำดับ<sup>5</sup> สำหรับจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนรายเท่ากับ 0.24, 0.16, และ 0.68 เพิ่มขึ้นตามลำดับ สะท้อนสภาพปัญหาที่มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคประสาทหูเสื่อมจากการสัมผัสเสียงดังเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจุบันโรคนี้ยังไม่มียารักษาที่จะทำให้หายกลับเป็นปกติได้เหมือนเดิม แต่สามารถทำการป้องกันได้<sup>6</sup>

โรคประสาทหูเสื่อมจากการสัมผัสเสียงดัง (noise induced hearing loss: NIHL) คือ ภาวะของการสูญเสียการได้ยินแบบถาวร เนื่องจากการสัมผัสเสียงดังมาก ๆ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน ดังนั้นการป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดังจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด<sup>7</sup> สถานประกอบกิจการจำเป็นต้องร่วมมือกับคลินิกโรคจากการทำงานในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อจัดทำรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานอย่างเป็นระบบตาม 8 องค์ประกอบ<sup>8</sup> ได้แก่ การตรวจประเมิน การตรวจติดตามการสัมผัสเสียงดัง การควบคุมเสียงดังทางวิศวกรรมและการบริหารจัดการ การประเมินสมรรถภาพการได้ยิน และระบบการส่งต่อ อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน การฝึกอบรมและการจูงใจ การเก็บบันทึกข้อมูล และการประเมินผล แต่ที่ผ่านมามีการประสานความร่วมมือกับฝ่ายบริหารของสถานประกอบกิจการเพื่อดำเนินการให้ครอบคลุมตาม 8 องค์ประกอบดังกล่าวมีข้อจำกัด พยาบาลอาชีวอนามัยซึ่งเป็นผู้มีบทบาทเกี่ยวกับการป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมการสัมผัสเสียงดังในการทำงาน จึงจำเป็นต้องฝึกฝนทักษะที่เกี่ยวข้องจนเกิดความชำนาญด้านการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถดูแลผู้ปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงต่อโรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดังได้ โดยมุ่งเน้นทั้งการควบคุมและการป้องกันอันตรายจากเสียงดังในหลักการสำคัญ 3 ประการ<sup>9</sup> ได้แก่ 1) การควบคุมเสียงที่แหล่งกำเนิด 2) การควบคุมที่ทางผ่าน เป็นการควบคุมเพื่อต้องการลดระดับเสียงที่จะมาถึงหูของผู้ปฏิบัติงาน และ 3) การควบคุมเสียงที่ผู้ปฏิบัติงาน เป็นการควบคุมโดยให้ผู้ปฏิบัติงานสัมผัสเสียงดังให้น้อยที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าพนักงานโรงงานผลิตเหล็กกล้าในประเทศบราซิลที่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงมีอัตราการสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังร้อยละ 11.9 ซึ่งต่ำกว่าพนักงานที่ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงที่มีอัตราการสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังร้อยละ 21.39<sup>10</sup> ผลการศึกษาพนักงานก่อสร้างในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบพนักงานที่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงมีอัตราการสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังต่ำกว่าพนักงานที่ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง 1.44 เท่า (99%, CI = 0.95-1.95)<sup>11</sup> แต่การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงที่มีประสิทธิภาพได้นั้น พนักงานต้องปฏิบัติตามหลักการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างถูกต้อง ทั้งการเลือกชนิดอุปกรณ์ป้องกันเสียงที่สามารถลดระดับเสียงให้อยู่ในระดับ 70-85 เดซิเบล



การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ และการดูแลรักษาทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันเสียงเพื่อคงอายุการใช้งาน<sup>12</sup>

สำหรับรายงานการตรวจคัดกรองและประเมินการได้ยินจากคลินิกโรคจากการทำงานของโรงพยาบาลชลบุรี พบความผิดปกติของการได้ยินในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโม้หินในระดับสูง ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 อยู่ที่ร้อยละ 68.53, 66.46 และ 65.83 ตามลำดับ<sup>13</sup> จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย จึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดัง เพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อม จากการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ที่ผ่านมามีการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากปัจจัยต่างๆ เช่น การขาดความตระหนักของพนักงาน และการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันเสียงที่ไม่เพียงพอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องพิจารณาระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละบุคคล เพื่อให้เกิดการปรับใช้ที่มีประสิทธิผล และการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดังจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะผู้ประกอบการ ผู้ปฏิบัติงาน และพยาบาลอาชีวอนามัย

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถอธิบายได้อย่างง่าย ๆ ผ่านทฤษฎีเปลี่ยนผ่าน (Transtheoretical Model) ของโปรชาสกาและไดคลีเมนเท<sup>14</sup> ซึ่งเชื่อว่าการปรับพฤติกรรมของแต่ละบุคคลต้องผ่านกระบวนการที่ละขั้นตอน โดยมีการกระตุ้นหรือส่งเสริมพฤติกรรมในแต่ละระดับที่แตกต่างกัน โดยทฤษฎีนี้แบ่งออกเป็น 5 ระยะหลัก ดังนี้

- 1) ระยะไม่สนใจ (pre-contemplation หรือ ignorance) ในระยะนี้ บุคคลยังไม่ตระหนักถึงปัญหาหรือไม่คิดว่าต้องเปลี่ยนพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น พนักงานในโรงงานไม่รู้ว่าการสัมผัสเสียงดังอาจทำให้สูญเสียการได้ยิน และยังไม่มีความคิดที่จะใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงภายใน 6 เดือนข้างหน้า
- 2) ระยะลังเลใจ (contemplation หรือ learning) บุคคลเริ่มตระหนักถึงปัญหาและเริ่มคิดว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น พนักงานเริ่มรู้ว่าการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอาจเป็นอันตรายต่อการได้ยิน และเริ่มประเมินว่าการใช้อุปกรณ์มีข้อดีมากกว่าข้อเสีย แม้จะยังไม่ได้ลงมือทำจริงจัง
- 3) ระยะเตรียมพร้อม (preparation หรือ planning) ในระยะนี้ บุคคลเริ่มวางแผนที่จะปรับพฤติกรรม เช่น ตั้งใจจะใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงภายใน 1 เดือนข้างหน้า หรือเริ่มใช้อุปกรณ์แล้วบ้างแต่ยังไม่สม่ำเสมอ
- 4) ระยะลงมือปฏิบัติ (action หรือ doing) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มลงมือทำจริงจัง เช่น พนักงานใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง แต่ยังไม่ครบ 6 เดือนเต็ม
- 5) ระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (maintenance หรือ habit) เมื่อพฤติกรรมถูกทำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นนิสัย เช่น พนักงานใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นทันที แต่ต้องผ่านการตระหนักรู้ การวางแผน และการลงมือทำ จนกระทั่งพฤติกรรมกลายเป็นนิสัยในที่สุด แม้ว่าพนักงานบางคนจะใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าพนักงานจะคงพฤติกรรมนี้ได้ตลอดไป นั่นเป็นเพราะพฤติกรรมของมนุษย์ไม่คงที่ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ ความรู้สึกและแรงจูงใจในแต่ละช่วงเวลา แบบจำลองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of Change Model หรือ Transtheoretical Model: TTM) อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็น “กระบวนการ” ไม่ใช่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นครั้งเดียวจบ ซึ่งแต่ละคนจะอยู่ในขั้นของกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ต่างกัน และมีระดับความพร้อม หรือแรงจูงใจที่ไม่เหมือนกัน ต่างจากทฤษฎีอื่นที่มักเชื่อว่าการจัดกิจกรรมหรือการณรงค์แบบเดียวกันสามารถกระตุ้นให้ทุกคนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ TTM มองว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ใช่เรื่องของ “สูตรสำเร็จ” สำหรับทุกคน เพราะบุคคลแต่ละคนมีปัจจัยภายในและภายนอกที่แตกต่างกัน<sup>15</sup>

ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาลด้านอาชีวอนามัย มีแนวคิดในการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



สุขภาพของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม่หิน เพื่อป้องกันโรคประสาทรูเสื่อมจากการทำงาน แมพนักงานจะใช้ อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างถูกต้องในบางช่วง แต่หากขาดแรงจูงใจหรือการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง อาจกลับไปสู่พฤติกรรมเดิมได้ ดังนั้นการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมจึงต้องสอดคล้องกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคล เพื่อช่วยให้พนักงานพัฒนาพฤติกรรมที่ต้อยยั้งยืนในระยะยาว โดยนำแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษาในบริบทของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม่หินมาก่อน ความแปลกใหม่ของงานวิจัยนี้คือการผสมแนวคิด TTM กับบทบาทเชิงรุกของผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทรูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม่หิน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทรูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม่หิน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทรูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม่หิน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชลบุรี ตามเอกสารเลขที่ 066/2566 รหัสวิจัย 35/66/T/h3 เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2566 โดยพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยและการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2566 ถึงเดือนเมษายน 2567 หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม 12 สัปดาห์และติดตามหลังทดลอง 6 สัปดาห์ การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทรูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม่หิน ดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2566

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ พนักงานโรงงานไม่หินในจังหวัดชลบุรี จากจำนวนโรงงาน 30 แห่ง รวมจำนวนพนักงานในโรงงาน 1,852 คน<sup>16</sup>

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน คือ อำเภอ ตำบล โรงงานไม่หินในจังหวัดชลบุรี และพนักงานโรงงานไม่หินตามลำดับ เป็นกลุ่มตัวอย่างในเชิงปริมาณจำนวน 72 คนโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G\*Power<sup>17</sup> โดยกำหนดค่ากำลังทดสอบ ( $\beta$ ) .95 ค่าความน่าเชื่อถือ ( $\alpha$ ) .05 และขนาดผล (effect size) .80 เลือกโดยการสุ่มแบบง่ายจากพนักงานโรงงานไม่หินในโรงงาน A ตำบลห้วยกะปิ อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี และโรงงาน B ตำบลหนองข่างคอก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี นอกจากนี้ยังเลือกกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 10 คนจากการเลือกแบบเจาะจง เป็นพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม่หินจำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลและเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยของโรงงานจำนวน 5 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ

1) พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม้หิน จำนวน 2 ข้อใหญ่ 7 ข้อย่อย 2) การดำเนินการตาม 8 องค์ประกอบหลักตามคู่มือปฏิบัติการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงานเครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง 5) แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง 6) แบบบันทึกการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงาน

ระยะที่ 2: ระยะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม้หิน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ระยะนี้ดำเนินการในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม้หิน กระบวนการพัฒนารูปแบบนี้เกิดขึ้นจากการประชุมระดมสมองกับผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลจำนวน 3 คน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้เป็นรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง ประกอบด้วย 4 ส่วนสำคัญ ดังนี้ ส่วนที่ 1 จัดทำเป็นโครงการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดังด้วย 8 องค์ประกอบการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพดำเนินการร่วมกับสถานประกอบการ ประกอบด้วย (1) การตรวจสอบสภาพแวดล้อมการทำงานและระดับเสียงที่พนักงานสัมผัส (2) การตรวจติดตามการสัมผัสเสียงดัง ติดตามระดับเสียงอย่างสม่ำเสมอ (3) การควบคุมเสียงดังทางวิศวกรรมและการบริหารจัดการด้วยมาตรการควบคุมเสียงในแหล่งกำเนิดและกระบวนการทำงาน (4) การประเมินสมรรถภาพการได้ยินเป็นประจำและมีระบบส่งต่อหากพบความผิดปกติ (5) จัดหาอุปกรณ์ป้องกันเสียงที่เหมาะสมและใช้งานง่าย (6) การจัดอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และแรงจูงใจในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (7) การเก็บบันทึกข้อมูลการตรวจการได้ยินและประวัติการสัมผัสเสียง และ (8) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ส่วนที่ 2 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง อ้างอิงตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (TTM) ที่เน้นการปรับพฤติกรรมที่ละขั้นตอนครอบคลุม 5 ระยะ ดังนี้ 1) precontemplation สร้างการตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงจากเสียงดัง 2) contemplation สนับสนุนการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) preparation ช่วยวางแผนการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง 4) action สนับสนุนการใช้อุปกรณ์อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ และ 5) maintenance เสริมสร้างความคงทนของพฤติกรรมเชิงบวก โดยใช้กิจกรรมสัมพันธ์เชิงปฏิบัติการ การฝึกอบรมเชิงประสบการณ์ การให้คำปรึกษารายบุคคล และการสร้างแรงจูงใจจากเพื่อนร่วมงาน ส่วนที่ 3 กระบวนการเปลี่ยนแปลงในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ดังนี้ 1) การประเมินพฤติกรรมเดิม สார்วจระดับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในปัจจุบัน 2) การออกแบบแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสื่อสารและการฝึกอบรมที่เหมาะสม 3) การนำแผนไปปฏิบัติจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมในสถานที่ทำงานและ 4) การติดตามประเมินผลลัพธ์และปรับแผนตามความจำเป็น ส่วนที่ 4 จัดกิจกรรมตามระยะของการเปลี่ยนแปลงในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ในพนักงานที่มีความพร้อมแต่ละระยะ โดยระยะที่ 1 ยังไม่สนใจ (precontemplation) จะเป็นการให้ข้อมูลความเสี่ยง ระยะที่ 2 ชั่งใจ (contemplation) ใช้การกระตุ้นให้เห็นคุณค่าของการป้องกัน ระยะที่ 3 เตรียมพร้อม (preparation) ทำการฝึกการใช้อุปกรณ์จริง ระยะที่ 4 ลงมือปฏิบัติ (action) ให้การสนับสนุนและติดตามผล และระยะที่ 5 คงพฤติกรรม (maintenance) ใช้การเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง พร้อมใช้แบบสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญ และทำการทดสอบรูปแบบกับกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจงจำนวน 10 คน จากโรงงาน 1 แห่งในตำบลเหมือง เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี



ด้วยการประเมินตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อศึกษาความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ในด้านความเข้าใจในการใช้ ความสอดคล้องกับการปฏิบัติ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความสะดวกในการนำไปใช้ ความเหมาะสมในการนำไปใช้ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ปัญหาอุปสรรคในการใช้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเป็นไปไม่ได้ (ให้คะแนนเท่ากับ 1) และเป็นไปไม่ได้ (ให้คะแนนเท่ากับ 0) จนได้คำตอบต้นแบบกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ระยะที่ 3: ดำเนินการทดลองและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโม้หิน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ระยะนี้จะดำเนินการตั้งแต่เดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 โดยเป็นการทดลองรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโม้หิน ตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโม้หินคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power กำหนดอำนาจการทดสอบ ( $\beta$ ) .80 ค่าความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) .05 และค่าอิทธิพล (effect size) 1.95 ซึ่งมาจากการคำนวณตามสูตร<sup>17</sup> โดยใช้งานวิจัยที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้<sup>18</sup> ได้กลุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 72 คน สุ่มได้โรงงาน A เป็นกลุ่มทดลองและสุ่มได้โรงงาน B เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 72 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน เข้าร่วมกิจกรรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์และติดตามหลังทดลอง 6 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง (โรงงาน A): ได้รับรูปแบบฯ ผู้วิจัยจะทำการวิจัยและเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 ของเดือนกันยายน 2566, สัปดาห์ที่ 1 ของเดือนธันวาคม 2566 และสัปดาห์ที่ 4 ของเดือนกุมภาพันธ์ 2567
2. กลุ่มเปรียบเทียบ (โรงงาน B): ได้รับคำแนะนำแบบปกติ ผู้วิจัยจะทำการวิจัยและเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 ของเดือนกันยายน 2566 และสัปดาห์ที่ 4 ของเดือนกุมภาพันธ์ 2567

สัปดาห์ที่/ เดือน	กลุ่มทดลอง (โรงงาน A)	กลุ่มเปรียบเทียบ (โรงงาน B)
สัปดาห์ที่ 1 ของกันยายน 2566	ผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดี พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินการวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ์และความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างพิจารณาข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย และลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม ก่อนเริ่มกระบวนการวิจัย	
เข้าพบกลุ่ม ทดลองวันที่ 1 กันยายน 2566	กลุ่มทดลองทำแบบสอบถาม 6 ส่วน (30 นาที) 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง	กลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสอบถาม 6 ส่วน (30 นาที) 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง
เข้าพบกลุ่ม เปรียบเทียบ วันที่ 4 กันยายน 2566	3) แบบสอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง 5) แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง 6) แบบบันทึกการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงาน	3) แบบสอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง 5) แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง 6) แบบบันทึกการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงาน



สัปดาห์ที่/ เดือน	กลุ่มทดลอง (โรงงาน A)	กลุ่มเปรียบเทียบ (โรงงาน B)
เข้าพบกลุ่ม ทดลองวันที่ 1 กันยายน 2566 ช่วงเช้า	<p>ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงาน ดังนี้</p> <p>ขั้นตอนที่ 1: ประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงว่าอยู่ระยะใดบ้าง (ระยะที่ 1-5)</p> <p>ขั้นตอนที่ 2: ดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป้าหมายเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่ระยะปฏิบัติ/ชั้นลงมือปฏิบัติ ถึงระยะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม/ชั้นกระทำต่อเนื่อง</p>	<p>หลังจากกลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน และการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงาน</p> <p>ในขณะที่ผู้วิจัยให้คำแนะนำ กลุ่มเปรียบเทียบสามารถซักถามประเด็นข้อสงสัยต่าง ๆ ได้ตลอดเวลา ภายหลังจากผู้วิจัยให้คำแนะนำเสร็จสิ้น จะให้กลุ่มเปรียบเทียบกลับไปปฏิบัติงานตามปกติ พร้อมกับผู้วิจัยกล่าวขอบคุณพร้อมนัดหมายครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4 ของเดือนกุมภาพันธ์ 2567</p>
สัปดาห์ที่ 1 ของกันยายน 2566 เข้าพบกลุ่ม ทดลองวันที่ 1 กันยายน 2566 ช่วงบ่าย	<p>ขั้นตอนที่ 3: ดำเนินกิจกรรมตาม 8 องค์ประกอบป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน ดังนี้</p> <p>(1) การตรวจประเมิน (assessment) ตรวจสอบจุดแข็ง-จุดอ่อนของการป้องกันเสียงดัง พยาบาลอาชีวอนามัยมีบทบาทในการประเมินร่วมกับทีมงาน เพื่อพัฒนามาตรการป้องกันให้สอดคล้องกับเป้าหมาย</p> <p>(2) การตรวจติดตามการสัมผัสเสียงดัง (noise exposure monitoring) ตรวจวัดระดับเสียงในพื้นที่ทำงานอย่างต่อเนื่อง พยาบาลมีบทบาทในการให้คำแนะนำเพื่อสร้างความตระหนักถึงอันตรายจากเสียงดัง</p> <p>(3) การควบคุมเสียงดัง (noise control) แบ่งดำเนินการเป็น 2 ส่วน ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มาตรการทางบริหาร (administrative control) ลดเวลาสัมผัสเสียงดัง จัดอบรมเกี่ยวกับความเสี่ยงและการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2)</li> <li>- มาตรการทางวิศวกรรม (engineering control) ใช้การออกแบบอุปกรณ์และการแยกกระบวนการที่มีเสียงดังสูง</li> </ul> <p>(4) การประเมินสมรรถภาพการได้ยินและระบบการส่งต่อ (hearing capacity assessment &amp; referral): ตรวจการได้ยินด้วยเครื่อง audiometer ที่ความถี่ 8,000 Hz แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ขั้นตอนแรก ก่อนตรวจแนะนำให้ทดสอบสัมผัสเสียงดังอย่างน้อย 12 ชั่วโมง</li> <li>- ขั้นตอนการตรวจ พยาบาลอาชีวอนามัยตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกผล</li> <li>- ขั้นตอนหลังการตรวจ วิเคราะห์ผลผ่าน audiogram และส่งต่อผู้มีความเสี่ยงทำการตรวจสมรรถภาพการได้ยินเพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมจาก แพทย์หู คอ จมูกต่อไป</li> </ul> <p>(5) อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน (hearing protection devices - HPDs) ประเมินและเลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับพนักงานแต่ละคน พร้อมให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีใช้งานและการดูแลรักษา</p> <p>(6) การฝึกอบรมและการจูงใจ (training &amp; motivation) จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของเสียงดัง การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง และการตรวจการได้ยิน เพื่อสร้างความตระหนักและแรงจูงใจในการป้องกัน (ดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2)</p> <p>(7) การเก็บบันทึกข้อมูล (record keeping) รวบรวมและจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ผลการตรวจการได้ยิน การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง และประวัติการฝึกอบรม โดยต้องบันทึกอย่างถูกต้อง ตรวจสอบได้ และชัดเจน</p>	
สัปดาห์ที่ 1 ของธันวาคม 2566 เข้าพบกลุ่ม ทดลองวันที่ 1 ธันวาคม 2566 ช่วงบ่าย	<p>ขั้นตอนที่ 4: ดำเนินกิจกรรมตาม 8 องค์ประกอบป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงานในองค์ประกอบที่ 8 ได้แก่</p> <p>(8) การประเมินผล (program evaluation) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาการป้องกันเสียงดังให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น</p> <p>บทบาทของพยาบาลอาชีวอนามัยทำหน้าที่เป็นผู้ประเมิน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้จัดการฝึกอบรม และผู้ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่ากิจกรรมป้องกันการสูญเสียการได้ยินมีประสิทธิภาพสูงสุดในสถานประกอบการ</p>	



สัปดาห์ที่/ เดือน	กลุ่มทดลอง (โรงงาน A)	กลุ่มเปรียบเทียบ (โรงงาน B)
สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน กุมภาพันธ์ 2567	ผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้พนักงานโรงงานซักถามพร้อมประเมินผลของการเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน	
เข้าพบกลุ่ม ทดลองวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567	กลุ่มทดลองทำแบบสอบถาม 6 ส่วน (30 นาที) 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง	กลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสอบถาม 6 ส่วน (30 นาที) 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง
เข้าพบกลุ่ม เปรียบเทียบ วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2567	4) แบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง 5) แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง 6) แบบบันทึกการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงาน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและปิดโครงการวิจัย	4) แบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง 5) แบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง 6) แบบบันทึกการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงาน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและปิดโครงการวิจัย

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยและทีมพัฒนานำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลจำนวน 1 คน หัวหน้าพยาบาลจำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเป็นดังนี้ โดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง แบบสอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง แบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง และแบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงทุกชุดมีค่า CVI = 1.00

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม้หินจำนวน 1 แห่ง เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 30 ราย ตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดังมีค่าเท่ากับ .943 แบบสอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงมีค่าเท่ากับ .964 แบบสอบถามเกี่ยวกับกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงมีค่าเท่ากับ .905 และแบบประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงมีค่าเท่ากับ 1.00 ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะนำแบบสอบถามดังกล่าวไปใช้เก็บข้อมูลต่อไป



## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
2. ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม วิเคราะห์การพัฒนาและการกลับซ้ำขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ระยะของการเปลี่ยนแปลงการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง และการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงาน ด้วยสถิติเชิงอนุมานด้วยการทดสอบค่าที่ pretest – posttest design ในกลุ่มทดลอง และใช้ independent t-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

## ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโมหิน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วยผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1.1 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ศึกษาพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโมหิน พบว่า มีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานอยู่ในขั้นก่อนซึ่งใจสู้ขั้นซึ่งใจ และขั้นซึ่งใจสู้ขั้นปฏิบัติ (ร้อยละ 30.56) และขั้นปฏิบัติสู่ขั้นคงการปฏิบัติ (ร้อยละ 38.89) ใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงในขั้นก่อนซึ่งใจสู่ขั้นซึ่งใจต่ำ มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงในขั้นปฏิบัติสู่ขั้นคงการปฏิบัติสูง ดังตารางที่ 1

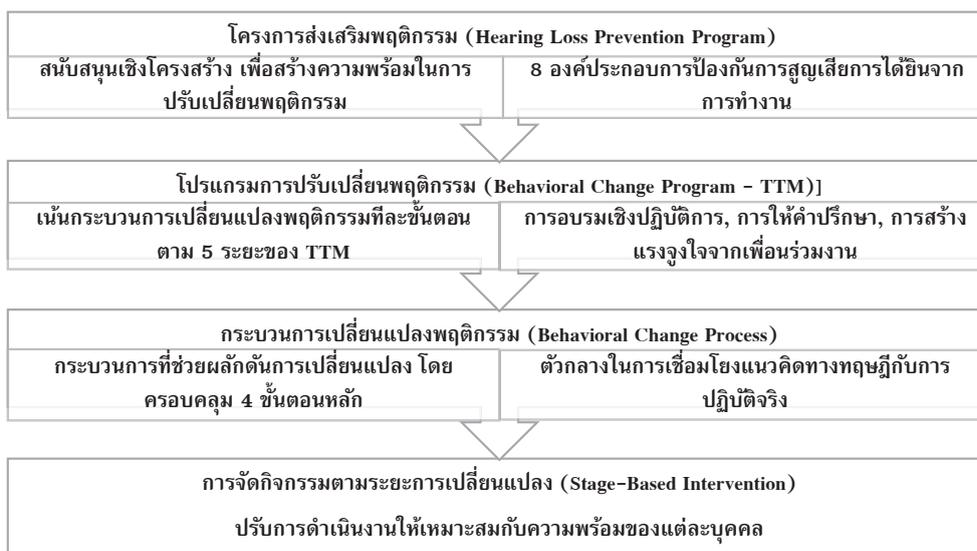
1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลและพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโมหิน สามารถจัดกลุ่มข้อมูลเป็น ดังนี้ 1) อุปสรรคในการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง ผู้เข้าร่วมวิจัยระบุว่าต้องการวิธีการที่ไม่ซับซ้อนในการป้องกันเสียงดังเพื่อความสะดวกในการทำงาน ประกอบกับอุปกรณ์ป้องกันเสียงทำให้สื่อสารกับเพื่อนร่วมงานได้ยาก ส่งผลให้เกิดความไม่สะดวกในการทำงาน 2) ปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะงานที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังกำบัง เนื่องจากพนักงานที่ยังอยู่ในวัยทำงานและมีสุขภาพแข็งแรงมักมองว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน ลักษณะงานที่ต้องเคลื่อนไหวหรือสื่อสารบ่อยทำให้การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงไม่สะดวก 3) แรงจูงใจในการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง จากเพื่อนร่วมงานที่ชักชวนกันใช้เครื่องป้องกันเสียงสามารถสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามได้ดี สถานที่ทำงานที่ถูกออกแบบให้เอื้อต่อการใช้เครื่องป้องกันเสียงช่วยส่งเสริมการป้องกันได้ และความตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวกระตุ้นให้พนักงานเลือกป้องกันตนเองมากขึ้น 4) ประโยชน์ของการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง เพราะการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคประสาทหูเสื่อมในระยะยาว และพนักงานรู้สึกมั่นใจในการทำงานมากขึ้นเมื่อมีมาตรการป้องกันเสียงดังที่เหมาะสม



ตารางที่ 1 ระยะและกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโมหิน ในระยะที่ 1 (n = 72)

ระยะและกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงาน	Mean± SD(ระดับ)
<b>ขั้นก่อนซึ่งใจสู้ขั้นซึ่งใจ (n = 22, 30.56%)</b>	
- การเพิ่มความตระหนักรู้ต่อการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง	1.74±.43 (ต่ำสุด)
- การแสดงความรู้สึกต่อการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง	2.59±.68 (ต่ำ)
- การประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม	2.56±.73 (ต่ำ)
<b>ขั้นซึ่งใจสู้ขั้นปฏิบัติ (n = 22, 30.56%)</b>	
- การประเมินตนเอง	2.64±.74 (ปานกลาง)
- การประกาศอิสรภาพต่อตนเอง	2.91±.63 (ปานกลาง)
<b>ขั้นปฏิบัติสู่ขั้นคงการปฏิบัติ (n = 28, 38.89%)</b>	
- การเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง	4.23±.64 (สูงมาก)
- ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ	3.84±.80 (สูง)
- การเผชิญเงื่อนไขพฤติกรรม	3.96±.66 (สูง)
- การควบคุมสิ่งเร้า	3.52±.72 (สูง)
- การประกาศอิสรภาพทางสังคม	4.27±.57 (สูงมาก)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดัง โดยรูปแบบนี้พัฒนาขึ้นโดยอิงตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) และ 8 องค์ประกอบการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างมีประสิทธิภาพในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโมหิน โดยมี 4 ส่วนสำคัญ ที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ เพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน สรุปลได้ตามแผนภาพเชื่อมโยง Model (conceptual framework) ดังนี้



ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโมหิน โดยใช้ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม



ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโม้หิน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ผลเป็นดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง เป็นเพศชายมากที่สุดร้อยละ 66.67 เพศหญิงร้อยละ 33.33 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี และ 41-50 ปี มากที่สุดร้อยละ 33.33 อายุเฉลี่ย 38.58 ปี อายุน้อยสุด 21 ปี สูงสุด 57 ปี สถานภาพหม้าย/แยกกันอยู่มากที่สุดร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. ร้อยละ 30.56 รายได้รายเดือนที่ 15,001 - 20,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 63.88 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่ร้อยละ 69.44 จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันอยู่ที่ 8 ชั่วโมงร้อยละ 58.33 มากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไปร้อยละ 41.67 จำนวนชั่วโมงที่สัมผัสเสียงดังต่อวันน้อยกว่า 8 ชั่วโมงที่ร้อยละ 63.89 และสัมผัสเสียงดังต่อวัน 8 ชั่วโมงขึ้นไปที่ร้อยละ 36.11 โดยจำนวนชั่วโมงที่สัมผัสเสียงดังเฉลี่ยต่อวันที่ 7.08 ชม. น้อยที่สุดที่ 5 ชม. มากที่สุด 11 ชม.

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 61.11 เพศชายร้อยละ 38.89 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุดร้อยละ 36.11 อายุเฉลี่ย 35.89 ปี อายุน้อยสุด 22 ปี สูงสุด 57 ปี สถานภาพหม้าย/แยกกันอยู่มากที่สุดร้อยละ 52.78 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. ร้อยละ 52.78 รายได้รายเดือนที่ 15,001 - 20,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 61.11 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่ร้อยละ 88.89 จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันอยู่ที่ 8 ชั่วโมงร้อยละ 75.00 มากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไปร้อยละ 25.00 จำนวนชั่วโมงที่สัมผัสเสียงดังต่อวันน้อยกว่า 8 ชั่วโมงที่ร้อยละ 83.33 และสัมผัสเสียงดังต่อวัน 8 ชั่วโมงขึ้นไปที่ร้อยละ 16.67 โดยจำนวนชั่วโมงที่สัมผัสเสียงดังเฉลี่ยต่อวันที่ 6.31 ชม. น้อยที่สุดที่ 1 ชม. มากที่สุด 8 ชม.

3.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง (ขั้นปฏิบัติสู่ขั้นคงการปฏิบัติ) แยกรายด้านก่อนใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโม้หิน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดัง (ขั้นปฏิบัติสู่ขั้นคงการปฏิบัติ) ของทั้งสองกลุ่มก่อนใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมฯ ทุกด้านไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) และหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโม้หิน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า พฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดัง (ขั้นปฏิบัติสู่ขั้นคงการปฏิบัติ) ของทั้งสองกลุ่มทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง (ชั้นปฏิบัติสู่ชั้นคงการปฏิบัติ) แยกรายด้าน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมโม้หิน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง (ชั้นปฏิบัติสู่ชั้นคงการปฏิบัติ) แยกรายด้าน	ก่อนทดลอง (n=36)			หลังทดลอง (n=36)		
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	t	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	t
	Mean (SD)	Mean (SD)	(p-value)	Mean (SD)	Mean (SD)	(p-value)
ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ	1.59 (.56)	1.62 (.46)	.849 (.401) <sup>ns</sup>	1.34 (.30)	3.30 (.65)	17.41 (.001)
การเผชิญเงื่อนไขพฤติกรรม	1.72 (.45)	1.76 (.45)	-1.152 (.257) <sup>ns</sup>	1.28 (.38)	3.22 (.49)	23.48 (.001)
การควบคุมสิ่งเร้า	1.75 (.46)	1.56 (.54)	3.445 (.002)	1.28 (.38)	3.69 (.45)	28.10 (.001)
การประกาศอิสรภาพทางสังคม	1.70 (.54)	1.70 (.51)	.000 (1.000) <sup>ns</sup>	2.31 (.24)	4.15 (.34)	34.79 (.001)
<b>ภาพรวม</b>	<b>1.62 (.37)</b>	<b>1.64 (.42)</b>	<b>.721 (.476)<sup>ns</sup></b>	<b>1.49 (.26)</b>	<b>3.53 (.21)</b>	<b>47.05 (.001)</b>

ns = non-significant

## อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจ โดยผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง แบ่งการวิเคราะห์ผลออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังของพนักงานอยู่ในระดับที่แตกต่างกันในแต่ละชั้นของกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนี้ 1) ชั้นก่อนซึ่งใจสู้ชั้นซึ่งใจ (30.56%) พนักงานมีระดับความตระหนักรู้ต่ำ ( $1.74 \pm 0.43$ ) และการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในระดับต่ำ ( $2.56 \pm 0.73$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Prochaska และ DiClemente ที่ระบุว่า การขาดความตระหนักรู้เป็นอุปสรรคสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม<sup>14</sup> 2) ชั้นซึ่งใจสู่ชั้นปฏิบัติ (30.56%) พบว่าพนักงานมีการประเมินตนเอง ( $2.64 \pm 0.74$ ) และการประกาศอิสรภาพต่อตนเอง ( $2.91 \pm 0.63$ ) ในระดับปานกลาง แสดงถึงความลังเลในการตัดสินใจใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังอย่างจริงจัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Velicer et al. ที่ระบุว่า การขาดความเชื่อมั่นในตนเองเป็นอุปสรรคในการเข้าสู่ชั้นปฏิบัติ<sup>19</sup> และ 3) ชั้นปฏิบัติสู่ชั้นคงการปฏิบัติ (38.89%) กลุ่มนี้มีการเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ( $4.23 \pm 0.64$ ) และการประกาศอิสรภาพทางสังคม ( $4.27 \pm 0.57$ ) ในระดับสูงมาก แสดงให้เห็นว่าปัจจัยสนับสนุนจากสังคมและการได้รับแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องมีบทบาทสำคัญในการคงพฤติกรรมใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bandura ที่ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน<sup>20</sup>



2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลและพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม ไม่นิติน สามารถสกัดประเด็นสำคัญได้ดังนี้ 1) อุปสรรคในการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง พนักงานต้องการอุปกรณ์ที่ใช้งานง่ายและไม่ซับซ้อน รวมถึงปัญหาในการสื่อสารเมื่อใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hong et al. ที่พบว่าการขาดความสะดวกในการใช้อุปกรณ์เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการใช้งานอย่างสม่ำเสมอ<sup>21</sup> 2) ปัจจัยส่วนบุคคล และลักษณะงานที่มีผลต่อพฤติกรรม พนักงานที่อายุน้อยและมีสุขภาพแข็งแรงมักมองว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยิน ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Rabinowitz ที่ระบุว่าความตระหนักรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพมักต่ำในกลุ่มวัยทำงานที่แข็งแรง<sup>7</sup> 3) แรงจูงใจในการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้เครื่องป้องกันเสียงช่วยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zohar & Luria ที่ระบุว่า การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานประกอบการมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน<sup>22</sup> และ 4) ประโยชน์ของการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคประสาทหูเสื่อมและสร้างความมั่นใจในการทำงาน ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Morata et al. ที่พบว่าพนักงานที่ใช้เครื่องป้องกันเสียงอย่างต่อเนื่องมีสุขภาพการได้ยินที่ดีขึ้นในระยะยาว<sup>23</sup>

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดัง โดยรูปแบบนี้พัฒนาขึ้น โดยอิงตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ของ Prochaska และ DiClemente<sup>14</sup> ซึ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทีละขั้นตอน การปรับใช้ TTM ช่วยให้สามารถออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับระดับความพร้อมของพนักงานแต่ละคน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Velicer et al.<sup>19</sup> ที่ยืนยันว่า TTM มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว รวมถึงการประยุกต์ใช้ 8 องค์ประกอบป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการทำงาน เพื่อสร้างความยั่งยืนในการป้องกันอันตรายจากเสียงดังในสถานประกอบการ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ตามข้อเสนอแนะของ Morata et al.<sup>23</sup> การบูรณาการทั้ง 4 ส่วนนี้ช่วยผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Glanz et al.<sup>18</sup> ที่เน้นถึงความสำคัญของการจัดระบบการสนับสนุนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การพัฒนารูปแบบนี้ช่วยเสริมสร้างทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันเสียงดังอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Hong et al.<sup>21</sup> ที่พบว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการและการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานช่วยเพิ่มอัตราการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงได้อย่างมีนัยสำคัญ

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดัง มีประเด็นสำคัญในการอภิปรายผล ดังนี้

1. การเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีลักษณะประชากรที่คล้ายคลึงกัน เช่น อายุเฉลี่ย สถานภาพทางสมรสและระดับการศึกษา ซึ่งช่วยลดความแปรปรวนของปัจจัยภายนอกที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดัง ทำให้ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบมีความน่าเชื่อถือ การที่กลุ่มทดลองมีสัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง (66.67%) สะท้อนถึงความแตกต่างในเชิงเพศที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองต่อมาตรการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rabinowitz et al.<sup>7</sup> ที่ระบุว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสเสียงดังและตอบสนองต่อมาตรการป้องกันแตกต่างจากเพศหญิง

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดัง ก่อนการเข้าร่วม พบว่า พฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดังไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในทุกด้านของพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสเสียงดัง เช่น การเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ และการควบคุมสิ่งเร้า แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมเริ่มต้นที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งยืนยันความ



สอดคล้องของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา หลังการใช้รูปแบบฯ พบว่าระดับพฤติกรรมกำบังการสัมผัสเสียงดังในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ในทุกด้านเมื่อเทียบกับก่อนทดลองและเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ เช่น การเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.30 (SD=.35) เป็น 3.31 (SD=.41), ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 1.34 (SD=.30) เป็น 3.30 (SD=.65) และการควบคุมสิ่งรบกวนมีค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 1.28 (SD=.38) เป็น 3.69 (SD=.45) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hong et al.<sup>21</sup> ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมที่ออกแบบตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (TTM) ช่วยเพิ่มอัตราการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การวิเคราะห์ความสำเร็จของรูปแบบฯ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ชัดเจนหลังการแทรกแซงสามารถอธิบายได้จากประสิทธิภาพขององค์ประกอบสำคัญในรูปแบบฯ ที่พัฒนา ได้แก่ การเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน รวมทั้งความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือเป็นการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง และการควบคุมสิ่งรบกวนที่เกิดจากการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เอื้อต่อการป้องกันเสียงดังช่วยให้พนักงานสามารถปรับพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Zohar & Luria<sup>22</sup> ที่เน้นถึงความสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยในการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกในสถานที่ทำงาน นอกจากนี้การคงพฤติกรรมกำบังใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังในระยะยาว (maintenance stage) เป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรม การเสริมแรงทางสังคมและการสร้างนิสัยที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้พนักงานสามารถรักษาพฤติกรรมนี้ได้อย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Prochaska & Velicer<sup>15</sup> ที่แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนเชิงบวกอย่างต่อเนื่องช่วยเสริมสร้างความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารองค์กรและสถานประกอบการควรนำรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกำบังการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม่หิน เขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมกำบังการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานให้ต่อเนื่อง

2. ควรสนับสนุนและส่งเสริมพฤติกรรมกำบังการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานให้ต่อเนื่อง โดยการเสริมแรงในการป้องกันสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานหาสิ่งสนับสนุนที่ทำให้เกิดการกำบังการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงาน การจัดการกับสิ่งแวดล้อม และสร้างความตระหนักต่อสิ่งสนับสนุนการกำบังการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงาน

3. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของการส่งเสริมพฤติกรรมกำบังการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงาน ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพร้อมติดตามประเมินผลให้มีความต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

งานวิจัยนี้ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาในระยะยาว 6 เดือน และระยะ 1 ปี เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมกำบังการสัมผัสเสียงดังเพื่อป้องกันโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม่หิน และการลดการเกิดโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานในพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมไม่หิน



## References

1. World Health Organization. Occupational noise: assessing the burden of disease from work-related hearing impairment at national and local levels. Geneva: WHO; 2011.
2. Nelson DI, Nelson RY, Concha-Barrientos M, Fingerhut M. The global burden of occupational noise-induced hearing loss. *Am J Ind Med.* 2005;48(6):446-58.
3. World Health Organization. Deafness and hearing loss: key facts. Geneva: WHO; 2021.
4. Masterson EA, Bushnell PT, Themann CL, Morata TC. Hearing impairment among noise-exposed workers—United States, 2003–2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65(15):389-94.
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. Occupational hearing loss surveillance report 2017–2019. Nonthaburi: DDC; 2020.
6. Neitzel R, Swinburn TK. Noise-induced hearing loss: burden of disease from occupational noise exposure. *Bull World Health Organ.* 2014;92(5):367-73.
7. Rabinowitz PM. Noise-induced hearing loss. *Am Fam Physician.* 2000;61(9):2749-56.
8. Occupational Safety and Health Administration (OSHA). Hearing conservation program guidelines. Washington, DC: OSHA; 2019.
9. Rabinowitz PM. Noise-induced hearing loss. *Am Fam Physician.* 2000;61(9):2749-56.
10. Rachiotis G, Alexopoulos C, Drivas S. Occupational exposure to noise, and hearing function among heavy industry workers in Brazil. *Int Arch Occup Environ Health.* 2006;79(7):517-22.
11. Leensen MCJ, van Duivenbooden JC, Dreschler WA. A retrospective analysis of noise-induced hearing loss in the construction industry of the Netherlands. *Int Arch Occup Environ Health.* 2011;84(5):577-90.
12. Masterson EA, Deddens JA, Themann CL, Bertke S, Calvert GM. Trends in worker hearing loss by industry sector, 1981–2010. *Am J Ind Med.* 2015;58(4):392-401.
13. Chonburi Hospital. Occupational disease clinic annual report 2021–2023. Chonburi: Ministry of Public Health Thailand; 2023.
14. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390-5.
15. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997;12(1):38-48.
16. Chonburi Provincial Industry Office. Statistics of factories in December [Internet]. [cited 2024 Feb 10]. Available from: <https://chonburi.industry.go.th/en/home>
17. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175-91.
18. Yokphonchanchai C, Paengprakon Y, Duangsi C, Buncheua C, Panyaphong A. Factors related to chemical safety behavior among farmers in Ubon Ratchathani Province. *Journal of Health Center 9: Journal of Health Promotion and Environmental Health.* 2022;16(3):1016-27. (in Thai)



19. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Norman GJ, Redding CA. Smoking cessation and stress management: Applications of the transtheoretical model of behavior change. *Homeost Health Dis.* 1998;38(5-6):216-233.
20. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: Freeman; 1997.
22. Hong O, Chin DL, Ronis DL, et al. Predictors of hearing protection behavior among farm operators: A test of Pender's health promotion model. *Public Health Nurs.* 2013;30(3):198-206.
23. Zohar D, Luria G. Climate as a social-cognitive construction of supervisory safety practices: Scripts as proxy of behavior patterns. *J Appl Psychol.* 2003;88(2):322-33.
24. Morata TC, Themann CL, Randolph RF, et al. Working in noise with a hearing loss: Perceptions from workers, supervisors, and hearing conservation program managers. *Ear Hear.* 2005;26(6):529-45.



ปัจจัยทำนายการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ  
สาเหตุจากเชื้อดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวิกฤต  
Factors Predicting Ventilator-Associated Pneumonia  
Caused by Multidrug Resistant Organisms in Critically Ill Patients

ปวีณา ทาระคุณ<sup>1</sup>, ดลวิวัฒน์ แสนโสม<sup>2</sup>

Paweena Harakun<sup>1</sup>, Donwivat Saensom<sup>2</sup>

<sup>1</sup>นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>1</sup>Student of Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen

<sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<sup>2</sup>Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen

Corresponding author; Donwivat Saensom; Email; donsae@kku.ac.th

Received: December 4, 2024 Revised: February 20, 2025 Accepted: March 22, 2025

### บทคัดย่อ

ผู้ป่วยวิกฤตมักมีภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต และมักมีการล้มเหลวของระบบอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะการหายใจล้มเหลว ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังชนิดศึกษาจากผลมาหาเหตุ (case-control study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจสาเหตุจากเชื้อดื้อยาหลายขนาน (ventilator-associated pneumonia caused by multidrug-resistant organisms: VAP-MDR) ดำเนินการที่โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2565 จำนวน 328 ราย แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา (case) ที่เกิด VAP-MDR 164 ราย และกลุ่มควบคุม (control) ที่ไม่เกิด VAP-MDR 164 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนโดยใช้แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วยและด้านการรักษา แบบเก็บข้อมูลผลตรวจการเพาะเชื้อจากเสมหะผู้ป่วยและผลการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของปัจจัยเสี่ยงของการเกิด VAP-MDR โดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิด VAP-MDR โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ทำนายการเกิด VAP-MDR คือคะแนน APACHE II ( $OR_{adj}=1.06$ , 95%CI=1.02-1.11,  $p=.006$ ) ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ การใช้เครื่องช่วยหายใจ 7 วันขึ้นไป ( $OR_{adj}=3.63$ , 95%CI=2.24-5.89,  $p<.001$ ) และการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ( $OR_{adj}=2.02$ , 95%CI=1.18-3.45,  $p=.010$ ) ดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิด VAP-MDR ทีมสุขภาพควรดำเนินการเพื่อลดจำนวนวันการใช้เครื่องช่วยหายใจ ป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และพิจารณาใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (non-invasive ventilation) ในกรณีที่เหมาะสม

คำสำคัญ : เชื้อดื้อยาหลายขนาน; ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ; ผู้ป่วยวิกฤต



## Factors Predicting Ventilator-Associated Pneumonia Caused by Multidrug-Resistant Organisms in Critically Ill Patients

Paweena Harakun<sup>1</sup>, Donwiwat Saansom<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Student of Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen

<sup>2</sup>Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen

Corresponding author; Donwiwat Saansom; Email; donsae@kku.ac.th

**Received:** December 4, 2024 **Revised:** February 20, 2025 **Accepted:** March 22, 2025

---

### Abstract

Critically ill patients often have life-threatening illnesses and are prone to organ failure, particularly respiratory failure, which requires intubation and ventilator support. This case-control study was conducted to identify factors predicting ventilator-associated pneumonia caused by multidrug-resistant organisms (VAP-MDR) in intensive care units of a secondary care-level hospital. The subjects were 328 intubated critically ill patients admitted between October 2017 and September 2022. The sample consisted of 164 cases with VAP-MDR and 164 controls without. Data were collected from medical records using a data collection form that assessed demographic information, patient-related risk factors, treatment-related risk factors, and sputum culture results with antimicrobial susceptibility. Descriptive statistics were used to summarize demographic information and risk factor characteristics, while logistic regression analysis was used to identify factors predicting VAP-MDR. The results revealed that the patient-related predictor of VAP-MDR was the APACHE II score ( $OR_{adj}=1.06$ , 95%CI=1.02-1.11,  $p=.006$ ). Treatment-related predictors of VAP-MDR included ventilator days of 7 or more ( $OR_{adj}=3.63$ , 95% CI=2.24-5.89,  $p<.001$ ) and reintubation ( $OR_{adj}=2.02$ , 95% CI=1.18-3.45,  $p=.010$ ). Therefore, to prevent the occurrence of VAP-MDR, measures should be implemented to reduce ventilator days, prevent reintubation, and consider using non-invasive ventilation when appropriate.

**Keywords:** drug-resistant organisms; ventilator-associated pneumonia; multicritically ill patients



## ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้ป่วยวิกฤตมีภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ที่มักเกิดจากความล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ โดยเฉพาะระบบหายใจ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 97.7 ของผู้ป่วยวิกฤตทั้งหมด การใช้เครื่องช่วยหายใจแม้จะมีประโยชน์และช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤตได้ แต่การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลาช้านานก็มักจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและรุนแรงคือปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated pneumonia: VAP)<sup>1</sup> เมื่อผู้ป่วยวิกฤตเกิด VAP จะส่งผลให้การรักษาพยาบาลเป็นไปได้ยากมากขึ้น เพราะมักจะต้องใช้ยาปฏิชีวนะในการฆ่าเชื้อที่ออกฤทธิ์กว้างเป็น ระยะเวลาช้านาน ซึ่งอาจส่งผลทำให้เชื้อแบคทีเรียเกิดการดื้อยาได้ สมาคมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของยุโรป รายงานความชุกของการเกิดปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจสาเหตุจากเชื้อดื้อยาหลายขนาน (Ventilator-associated pneumonia caused by multidrug-resistant organisms: VAP-MDR) อยู่ระหว่างร้อยละ 10-51<sup>1</sup> ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วย VAP-MDR ร้อยละ 27<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทยมีรายงานความชุกของ VAP-MDR ในบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสูงถึงร้อยละ 81.8<sup>3</sup> และในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งพบอุบัติการณ์การเกิด VAP-MDR ในปี 2563-2565 เท่ากับ 1.85, 1.98 และ 2.0 ต่อ 1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามลำดับ<sup>4</sup> จึงเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ VAP-MDR เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

เมื่อผู้ป่วยเกิด VAP-MDR จะส่งผลกระทบต่อหลายด้านทั้งต่อผู้ป่วย ต่อโรงพยาบาล และต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ในส่วนผลกระทบต่อผู้ป่วยพบว่า เมื่อเกิด VAP-MDR ผู้ป่วยจะต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้นเฉลี่ย 16 วัน มีระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยนานขึ้นเฉลี่ย 18 วัน และนอนรักษาในโรงพยาบาลนานเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยอีก 32 วัน<sup>5</sup> ทำให้มีผลการรักษาไม่ดีและผู้ป่วยมีอัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 69.4<sup>6</sup> ผลกระทบของ VAP-MDR ต่อโรงพยาบาล พบว่า การติดเชื้อทำให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านยาปฏิชีวนะในการรักษาสูงขึ้น<sup>7</sup> ดังเช่นการศึกษาในประเทศเม็กซิโก พบว่า ผู้ป่วย VAP มีค่ารักษาพยาบาลเพียง 1,730.36 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย ส่วนในผู้ป่วย VAP-MDR มีค่ารักษาพยาบาลสูงถึง 6,571.20 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย<sup>7</sup> ผลกระทบด้านบุคลากรสุขภาพพบว่า VAP-MDR ทำให้บุคลากรมีภาระงานเพิ่มมากขึ้นจากการที่ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น และนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น<sup>8</sup>

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด VAP-MDR มาจากหลายสาเหตุ เช่น ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความสูงอายุ<sup>9,10</sup> เพศชาย<sup>9</sup> การมีโรคระบบทางเดินหายใจ<sup>11-13</sup> โรคหลอดเลือดสมอง<sup>11</sup> โรคที่มีผลต่อระดับภูมิคุ้มกัน<sup>11</sup> การมีโรคร่วม<sup>12-13</sup> ความรุนแรงของโรค<sup>10,14</sup> และปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>12,15</sup> ประวัติการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน<sup>9,16</sup> จำนวนวันนอนโรงพยาบาล<sup>10,17-18</sup> จำนวนวันนอนหอผู้ป่วยวิกฤต<sup>5,10,19</sup> จำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ<sup>1,19</sup> การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Reintubation)<sup>12,18,20</sup> ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะและจำนวนยาปฏิชีวนะที่ได้รับ<sup>10,14,21</sup> เป็นต้น

ในการค้นหาสาเหตุที่ทำให้การติดเชื้อ VAP-MDR ยังเป็นปัญหาในการบริหารจัดการได้มีการศึกษานำร่องในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน โดยการทบทวนเวชระเบียนและการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาพบว่าการป้องกัน VAP-MDR โรงพยาบาลได้จัดทำแนวทางในการป้องกันการเกิด VAP คือ WHAPO bundle ที่ประกอบด้วย W= Weaning, H= Hand hygiene, A= Aspiration precaution, P= Prevention contamination, และ O= Oral care ร่วมกับการใช้แนวทางดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ได้แก่ การจัดขอบเขตพื้นที่ดูแล (zoning) ผู้ป่วยตามแผนผังของหน่วยงาน การล้างมือ 7 ขั้นตอน การสวมอุปกรณ์ป้องกันเมื่อให้การดูแลผู้ป่วย การแยกอุปกรณ์ผู้ป่วยแต่ละราย การป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อขณะเคลื่อนย้าย และการแนบแนวปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อดื้อยาไว้ในเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ แต่ถึงแม้จะมีนโยบายดังกล่าวก็ยังคงพบว่ามีอุบัติการณ์เกิด VAP 3.98 3.58 และ 4.97 ต่อ 1000 วันการใช้เครื่องช่วยหายใจและมีอุบัติการณ์เกิด VAP-MDR ในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 1.85 ในปี 2563 เป็น 2.0 ต่อ 1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ ในปี 2565 ตามลำดับ<sup>4</sup> ซึ่งจากการทบทวนการปฏิบัติงานพบว่า ในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจบุคลากรไม่ได้ทำการลดปริมาณเชื้อโดยการดูดเสมหะเหนือ Subglottic area



ยังมีการเลือกใช้อุปกรณ์ท่อช่วยหายใจที่ไม่ถูกต้อง ไม่ได้ซักถามและบันทึกประวัติการเคยได้รับเชื้อดื้อยาของผู้ป่วย ไม่มีการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาเนื่องจากบุคลากรยังไม่ทราบว่าปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยามีอะไรบ้าง และไม่มีแนวทางในการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด VAP-MDR ตั้งแต่แรกเริ่ม จึงทำให้การป้องกันการติดเชื้อ VAP-MDR ไม่มีความเฉพาะเจาะจงตามระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้น เพื่อให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและวางแผนในการดูแลป้องกันการติดเชื้อ VAP-MDR อย่างเหมาะสมแต่เนิ่น ๆ จึงมีความจำเป็นต้องทราบปัจจัยที่ทำนายการเกิด VAP-MDR ซึ่งผลการศึกษานี้จะช่วยให้บุคลากรสุขภาพสามารถนำไปวางแผนในการดูแลลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่สามารถแก้ไขได้และวางแผนป้องกันปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ อันจะเป็นการลดอัตราการติดเชื้อ VAP-MDR ในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

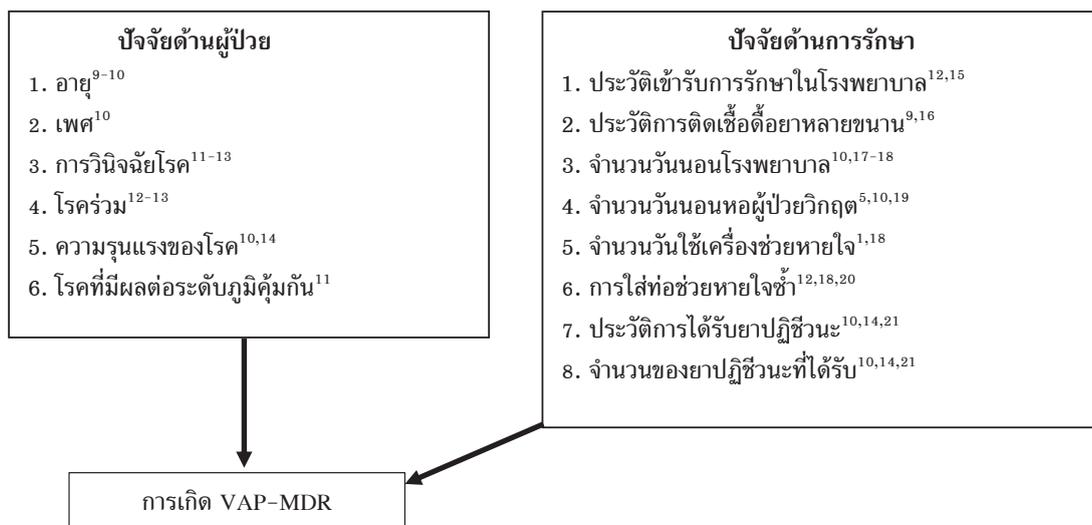
เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิด VAP-MDR ในผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ณ โรงพยาบาลทุติยภูมิ

## สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม ความรุนแรงของโรค โรคที่มีผลต่อระดับภูมิคุ้มกัน และปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนวันนอนหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ และจำนวนของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ สามารถร่วมทำนายการเกิด VAP-MDR ในผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

## กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิด และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายการเกิด VAP-MDR ในผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาย้อนหลังชนิดศึกษาจากผลไปหาเหตุ (case-control study) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ในเวลาเดียวกัน ได้แก่ 1) กลุ่มศึกษา (case) คือ ผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจเกิด VAP-MDR และ 2) กลุ่มควบคุม (control) คือ ผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจแต่ไม่เกิด VAP-MDR ดำเนินการศึกษาโดยเริ่มจากการทราบสถานะการเกิด VAP-MDR ของผู้ป่วย แล้วจึงศึกษาย้อนหลังเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิด VAP-MDR

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวิกฤตด้วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลทุติยภูมิ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงอย่างต่อเนื่อง (purposive consecutive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) เพศชายและเพศหญิง 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตรวม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลที่ศึกษา ในช่วงเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2565 4) ใช้เครื่องช่วยหายใจ 2 วันขึ้นไป 5) มีผลเพาะเชื้อจากเสมหะที่เก็บจากท่อช่วยหายใจ และ 6) ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ โดยกลุ่มศึกษาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น VAP ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 รหัส Y95 ที่มีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียชนิดที่ติดต่อยาปฏิชีวนะหลายขนาน ยืนยันด้วยผลเพาะเชื้อจากเสมหะที่เก็บทางท่อช่วยหายใจ (tracheal suction culture) และกลุ่มควบคุมได้รับการวินิจฉัยว่าไม่เป็น VAP-MDR ซึ่งมีระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของการเกิด VAP-MDR ในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของ Hsieh, Bloch & Larsen (1998)<sup>22</sup> โดยใช้ผลการวิจัยของ Zhou et al.<sup>23</sup> กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 246 คน แต่เนื่องจากการศึกษานี้มีปัจจัยทำนาย VAP-MDR หลายปัจจัย ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติกแบบหลายตัวแปร (multiple logistic regression)<sup>22</sup> จึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 328 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา 164 รายและกลุ่มควบคุม 164 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ส่วนที่ 1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไป บันทึกข้อมูลวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หอผู้ป่วย วันที่จำหน่าย ประเภทการจำหน่าย และค่ารักษาพยาบาล 2) ส่วนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของ VAP-MDR ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค คะแนน acute physiology and chronic health evaluation II (APACHE II) โรคร่วม และโรคที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน 3) ส่วนที่ 3 แบบเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงของ VAP-MDR ด้านการรักษา ได้แก่ ประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนครั้งการใส่ท่อช่วยหายใจ ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ และจำนวนของยาปฏิชีวนะที่ได้รับ 4) ส่วนที่ 4 แบบเก็บข้อมูลผลการเพาะเชื้อจากเสมหะผู้ป่วยและข้อมูลผลการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ และ 5) แบบวินิจฉัย VAP-MDR

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน แพทย์หัวหน้างานป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้างานป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน และหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาทและสมอง 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 และหาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีประเมินความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) โดยให้พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ใช้แบบเก็บข้อมูลโดยอิสระจากกันจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่ม



ตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ข้อมูลระดับอันตรภาคและอัตราส่วนนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass correlation coefficient: ICC) ได้ผลการประเมิน ICC เท่ากับ 0.93 ส่วนข้อมูลที่เป็นข้อมูลระดับนามบัญญัติและอันดับวิเคราะห์ด้วยสถิติโคเฮนแคปปาได้ Cohen's Kappa เท่ากับ 1.0

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุมัติให้ทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ศึกษาแล้ว ผู้วิจัยประสานหัวหน้าแผนกสารสนเทศเพื่อขอทราบจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตรวม หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2565 จากนั้นคัดเลือกแฟ้มประวัติผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก โดยแยกเป็นกลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็น VAP ตามเกณฑ์ ICD-10 รหัส Y95 ที่มีสาเหตุจากเชื้อ MDR และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยไม่มีภาวะ VAP-MDR จากนั้นเรียงลำดับแฟ้มผู้ป่วยตามเวลาที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลจากเดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือนกันยายน 2565 ในกรณีที่ผู้ป่วยของสองกลุ่มไม่เท่ากันในปีนั้น ผู้วิจัยจัดสรรกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมในแต่ละปีให้มีจำนวนเท่ากัน จนครบกลุ่มละ 164 คน

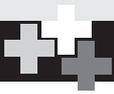
เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มศึกษาตามแบบเก็บข้อมูล โดยใช้ข้อมูลปัจจัยทำนายที่เกิดขึ้นในช่วงก่อน ที่ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัย VAP-MDR 2 วันปฏิทินและเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมตามแบบเก็บข้อมูล ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่เกิด VAP ที่ไม่ได้มีสาเหตุจากเชื้อดื้อยาหลายขนาน ใช้ข้อมูลปัจจัยทำนายในช่วงก่อน ที่วินิจฉัยการเกิด VAP 2 วันปฏิทิน ส่วนกลุ่มควบคุมที่ไม่เกิด VAP ใช้ข้อมูลปัจจัยทำนายแรกเริ่มเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจถึงวันหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลไปจนกระทั่งครบ 164 รายทั้ง 2 กลุ่ม โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลำดับการเข้ารับการรักษาในช่วงระยะเวลาที่กำหนด จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS Statistics 28.0 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิด VAP-MDR แบบตัวแปรเดียวโดยใช้สถิติถดถอยอย่างง่าย (Simple logistic regression) นำเสนอข้อมูลด้วยค่า Crude OR ( $OR_{crude}$ ) แล้วนำตัวแปรทำนายที่มีค่า  $p < .20$  ไปวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิด VAP-MDR แบบหลายตัวแปรโดยใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติกแบบหลายตัวแปร (Multiple logistic regression) นำเสนอข้อมูลด้วยค่า Adjusted OR ( $OR_{adj}$ ) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95%CI) และตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุโลจิสติกแบบหลายตัวแปรผ่านทุกข้อ<sup>24</sup>

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ 3 หลักการ คือ กฎการเคารพเกียรติของความเป็นมนุษย์ กฎสิทธิประโยชน์ และกฎแห่งความยุติธรรม ข้อมูลจากเวชระเบียนถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมและใช้รหัสแทนการระบุชื่อของผู้ป่วย การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ HE662144 เมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2566 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลที่ศึกษาตามบันทึกข้อความที่ นค. 0033.202/34422 เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2566



## ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง การศึกษาปัจจัยทำนายการเกิด VAP-MDR เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 328 ราย เป็นเพศชาย 197 คน (ร้อยละ 60.06) เพศหญิง 131 ราย (ร้อยละ 29.94) ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 61.88 ปี (range 4-93 ปี, SD=17.18) คะแนนความรุนแรงของโรค APACHE II เฉลี่ย 15.93 คะแนน (SD=5.72 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 111 ราย (ร้อยละ 33.84) รองลงมาโรคติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 47 ราย (ร้อยละ 14.33) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีโรคร่วม จำนวน 220 ราย (ร้อยละ 67.07) โดยมีโรคของหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 153 ราย (ร้อยละ 46.65) และโรคของระบบต่อมไร้ท่อ จำนวน 89 ราย (ร้อยละ 27.13) เมื่อพิจารณาแยกกลุ่มตามสถานะการเกิด VAP-MDR พบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม VAP-MDR มีค่าเฉลี่ยคะแนน APACHE II และสัดส่วนการมีโรคร่วมของระบบหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ กลุ่ม VAP-MDR ยังมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวนวันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ สัดส่วนการได้รับยา dexamethasone สัดส่วนการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำและการได้รับยาปฏิชีวนะ 2 ชนิด ขึ้นไปสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานะการเกิด VAP-MDR (n=328)

ปัจจัย	VAP-MDR	No VAP-MDR	p-value*
	จำนวนและร้อยละ (%) n=164	จำนวนและร้อยละ (%) n=164	
<b>ปัจจัยด้านผู้ป่วย</b>			
เพศชาย	105 (64.02)	92 (56.09)	.176
อายุ ( $\bar{X}$ , SD) ปี	62.23 (17.59)	61.54 (16.69)	.716
น้อยกว่า 60 ปี	61 (31.19)	70 (42.68)	.311
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	103 (62.81)	94 (57.3)	
APACHE II ( $\bar{X}$ , SD)	16.99 (6.14)	14.87 (5.06)	<.001
<b>การวินิจฉัยโรคหลัก</b>			
โรคหัวใจและ/หรือหลอดเลือด	57 (34.75)	54 (32.93)	.726
โรกระบบหายใจ	17 (10.37)	11 (6.71)	.236
โรคติดเชื้อในกระแสเลือด	25 (15.24)	22 (13.41)	.636
โรกระบบทางเดินอาหาร	25 (15.24)	21 (12.80)	.525
โรกระบบทางเดินปัสสาวะ	11 (6.71)	12 (7.32)	.829
โรกระบบภูมิคุ้มกัน	11 (6.71)	21 (12.80)	.063
การบาดเจ็บหลายระบบ	18 (10.97)	24 (14.63)	.404
<b>โรคร่วม</b>			.725
โรคหัวใจและหลอดเลือด	75 (45.73)	78 (47.56)	.740
โรกระบบหายใจ	14 (8.54)	4 (2.43)	.015
โรคไตวายเรื้อรัง	25 (15.24)	23 (14.02)	.755
โรกระบบต่อมไร้ท่อ	40 (24.39)	49 (29.87)	.264
<b>โรคที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน</b>			
โรคเมะเร็ง	12 (7.32)	15 (9.15)	.547
โรคเอดส์	2 (1.22)	1 (.61)	.562
<b>ปัจจัยด้านการรักษา</b>			
เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	44 (26.83)	41 (25.00)	.705
มีประวัติการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน	3 (1.83)	1 (.61)	.314
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ( $\bar{X}$ , SD)	14.46 (12.22)	9.74 (5.66)	<.001



ปัจจัย	VAP-MDR	No VAP-MDR	p-value*
	จำนวนและร้อยละ (%) n=164	จำนวนและร้อยละ (%) n=164	
จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ( $\bar{X}$ , SD)	12.71 (11.09)	7.59 (4.87)	<.001
จำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ ( $\bar{X}$ , SD)	12.81 (11.01)	7.69 (4.81)	<.001
การได้รับยาที่มีผลต่อระดับภูมิคุ้มกัน			
ได้รับยา Dexamethasone	66 (40.24)	40 (24.39)	.002
ได้รับยา Prednisolone	5 (3.05)	2 (1.22)	.252
ได้รับยา Hydrocortisone	18 (10.97)	14 (8.54)	.457
มีการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ	61 (37.19)	31 (18.90)	<.001
เคยได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 90 วัน	13 (7.93)	18 (10.98)	.345
ได้รับยาปฏิชีวนะ 2 ชนิดขึ้นไป	163 (99.39)	147 (89.63)	<.001

หมายเหตุ : VAP-MDR=ventilator-associated pneumonia caused by multidrug-resistant organisms;  $\bar{X}$ =Mean; SD=Standard deviation; p-values\* ของ Independent t-test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง และ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรกลุ่ม p<.05

2. ปัจจัยทำนายด้านตัวผู้ป่วย มีปัจจัยด้านผู้ป่วย 2 ปัจจัยที่ทำนายการเกิด VAP-MDR ได้แก่ คะแนน APACHE II โดยคะแนน APACHE II ที่เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด VAP-MDR เพิ่มขึ้นร้อยละ 7 หรือ 1.07 เท่า ( $OR_{crude}=1.07$ , 95%CI=1.03-1.12, p<.001) และการมีโรคระบบหายใจจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด VAP-MDR 3.73 เท่า ( $OR_{crude}=3.73$ , 95%CI=1.20-11.59, p=.023) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคระบบหายใจ ดังแสดงในตารางที่ 2

3. ปัจจัยทำนายด้านการรักษา มี 6 ปัจจัยด้านการรักษาที่ทำนายการเกิด VAP-MDR ได้แก่ 1) การได้รับยา Dexamethasone จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด VAP-MDR 2.08 เท่า ( $OR_{crude}=2.08$ , 95%CI=1.30-3.35, p=.002) 2) การมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 20 วันขึ้นไปเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด VAP-MDR 3.17 เท่า ( $OR_{crude}=3.17$ , 95%CI=1.49-6.88, p=.03) 3) การมีจำนวนวันนอนหอผู้ป่วยวิกฤต 7 วันขึ้นไป เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด VAP-MDR 3.76 เท่า ( $OR_{crude}=3.76$ , 95%CI=2.36-5.97, p<.001) 4) การมีจำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ 7 วันขึ้นไป เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด VAP-MDR 4.21 เท่า ( $OR_{crude}=4.21$ , 95%CI=2.63-6.72, p<.001) 5) การใส่ท่อช่วยหายใจ 2 ครั้งขึ้นไป เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด VAP-MDR 2.54 เท่า ( $OR_{crude}=2.54$ , 95%CI=1.54-4.20, p<.001) และ 6) การได้รับยาปฏิชีวนะ 2 ชนิดขึ้นไปเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด VAP-MDR 18.85 เท่า ( $OR_{crude}=18.85$ , 95%CI=2.48-143.39, p=.005) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายการเกิด VAP-MDR ในการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (n=328)

ปัจจัยทำนาย	VAP-MDR	No VAP-MDR	OR <sub>crude</sub>	95%CI	p-value
	จำนวนและร้อยละ (%) (n=164)	จำนวนและร้อยละ (%) (n=164)			
<b>ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย</b>					
เพศชาย	105 (64.02)	92 (56.09)	1.39	.89-2.17	.143
อายุ ≥ 60 ปี	103 (62.80)	94 (57.32)	1.26	.81-1.96	.311
APACHE II ( $\bar{X}$ , SD)	16.99 (6.14)	14.87 (5.06)	1.07	1.03-1.12	<.001*
<b>การวินิจฉัยโรคหลัก</b>					
โรคหัวใจหรือหลอดเลือด	57 (34.75)	54 (32.93)	1.09	.69-1.72	.726
โรกระบบหายใจ	17 (10.37)	11 (6.71)	1.61	.73-3.55	.239
โรคติดเชื้อในกระแสเลือด	25 (15.24)	22 (13.41)	1.16	.63-2.16	.637
โรกระบบทางเดินอาหาร	25 (15.24)	21 (12.80)	1.23	.66-2.29	.525
โรกระบบทางเดินปัสสาวะ	11 (6.71)	12 (7.32)	.91	.39-2.13	.829
โรกระบบภูมิคุ้มกัน	11 (6.71)	21 (12.80)	.49	.23-1.05	.067
โรคการบาดเจ็บหลายระบบ	18 (10.97)	24 (14.63)	.76	.39-1.46	.405
<b>โรคร่วม</b>					
โรคหัวใจและหลอดเลือด	75 (45.73)	78 (47.56)	.93	.60-1.43	.740
โรกระบบทางเดินหายใจ	14 (8.54)	4 (2.43)	3.73	.20-11.59	.023
โรคไตวายเรื้อรัง	25 (15.24)	23 (14.02)	1.10	.59-2.04	.755
โรกระบบต่อมไร้ท่อ	40 (24.39)	49 (29.87)	.76	.46-1.23	.246
<b>โรคที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน</b>					
โรคมะเร็ง	9 (5.49)	8 (4.87)	1.13	.42-3.01	.803
โรคเอดส์	2 (1.22)	1 (.61)	.49	.05-5.53	.570
<b>ปัจจัยด้านการรักษา</b>					
เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล	44 (26.83)	41 (25.00)	1.10	.67-1.80	.705
เคยติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน	3 (1.83)	1 (.61)	3.04	.31-29.51	.338
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ≥ 20 วัน	28 (17.07)	10 (6.09)	3.17	1.49-6.88	.03*
จำนวนวันนอนหอผู้ป่วยวิกฤต ≥ 7 วัน	120 (73.17)	69 (42.07)	3.76	2.36-5.97	<.001*
จำนวนวันใช้เครื่องช่วยหายใจ ≥ 7 วัน	122 (74.39)	67 (40.85)	4.21	2.63-6.72	<.001*
ใส่ท่อช่วยหายใจ ≥ 2 ครั้ง	61 (37.19)	31 (18.90)	2.54	1.54-4.20	<.001*
ได้รับยา Dexamethasone	66 (40.24)	40 (24.39)	2.08	1.30-3.35	.002*
ได้รับยา Prednisolone	5 (3.05)	2 (1.22)	2.55	.49-13.32	.268
ได้รับยา Hydrocortisone	18 (10.97)	14 (8.54)	1.32	.63-2.75	.458
เคยได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 90 วัน	13 (7.93)	18 (10.98)	.69	.33-1.48	.347
ได้รับยาปฏิชีวนะ 2 ชนิดขึ้นไป	163 (99.39)	147 (89.63)	18.85	2.48-143.3	.005*

หมายเหตุ :  $\bar{X}$ =Mean; SD=Standard deviation; 95%CI=95% confidence interval; \*p<.05

4. ปัจจัยทำนายการเกิด VAP-MDR การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิด VAP-MDR แบบหลายตัวแปรพบว่า ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ทำนายการเกิด VAP-MDR คือ คะแนน APACHE II โดยเมื่อมีคะแนน APACHE II เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน ความเสี่ยงของการเกิด VAP-MDR จะเพิ่มร้อยละ 6 ( $OR_{adj}=1.06$ , 95%CI=1.02-1.11, p=.006) และ ปัจจัยด้านการรักษาที่ทำนายการเกิด VAP-MDR คือ การใช้เครื่องช่วยหายใจ 7 วันขึ้นไป ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด VAP-MDR 3.63 เท่า ( $OR_{adj}=3.63$ , 95%CI=2.24-5.89, p<.001) และการใส่ท่อช่วยหายใจ 2 ครั้งขึ้นไป ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด VAP-MDR 2.02 เท่า ( $OR_{adj}=2.02$ , 95%CI=1.18-3.45, p=.010) โดยโมเดลนี้ สามารถทำนายการเกิด VAP-MDR ถูกต้องร้อยละ 68 อย่างไรก็ตาม 3 ตัวแปรนี้สามารถอธิบายการผันแปรของการเกิด VAP-MDR ได้เพียงร้อยละ 18.10 ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายการเกิด VAP-MDR ในการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร

ปัจจัยทำนาย	$\beta$ Coefficient	OR <sub>adj</sub>	95% CI	p-value
APACHE II	.059	1.06	1.02-1.11	.006
การใช้เครื่องช่วยหายใจ 7 วันขึ้นไป	1.290	3.63	2.24-5.89	<.001
การใส่ท่อช่วยหายใจ 2 ครั้งขึ้นไป	.701	2.02	1.18-3.45	.010
Constant	-1.886			<.001

5. สมการทำนายการเกิด VAP-MDR จากตารางที่ 3 สามารถเขียนสมการพยากรณ์การเกิด VAP-MDR ได้ดังนี้  $VAP-MDR = -1.886 + 0.059$  (คะแนน APACHE II)  $+ 1.290$  (การใช้เครื่องช่วยหายใจ 7 วันขึ้นไป)  $+ 0.701$  (การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ)

## อภิปรายผล

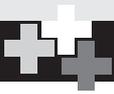
ผลการศึกษาปัจจัยทำนายการเกิด VAP-MDR ในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลทุติยภูมิพบว่า คะแนน APACHE II การใช้เครื่องช่วยหายใจ 7 วันขึ้นไป และการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำสามารถทำนายการเกิด VAP-MDR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ผู้ป่วยวิกฤตที่มีคะแนน APACHE II เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนนเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด VAP-MDR ร้อยละ 6 (OR<sub>adj</sub> = 1.06, 95%CI=1.02-1.11, p=.006) เนื่องจากจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง และมีอวัยวะหลายระบบล้มเหลวร่วมด้วย อีกทั้งการมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน เพิ่มระยะเวลาที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตนานขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ครอบคลุมความเจ็บป่วยต่างๆ รวมทั้งยาปฏิชีวนะหลายขนานร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีคะแนน APACHE II สูงกว่าจึงเกิด VAP-MDR ได้มากกว่า<sup>24</sup> ดังเช่นผลการศึกษาของ Hu et al.<sup>10</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยวิกฤตที่มีคะแนน APACHE II เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนนเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด VAP-MDR ร้อยละ 0.9 (HR=1.009, p<.001)

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนาน 7 วันขึ้นไป เพิ่มความเสี่ยงของการเกิด VAP-MDR 3.63 เท่า (OR<sub>adj</sub> = 3.63, 95%CI=2.24-5.89, p<.001) เนื่องจากจากการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้กลไกการกลืนผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยสำลักเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากลงสู่ทางเดินหายใจส่วนล่างได้<sup>25</sup> อีกทั้งการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานานผู้ป่วยมีโอกาสนำเชื้อ MDR มากเพิ่มขึ้น มีโอกาสได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะหลายขนานเป็นระยะเวลานาน จึงเพิ่มโอกาสติดเชื้อ VAP-MDR เพิ่มขึ้น<sup>10</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Torres et al.<sup>1</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนาน 7 วันขึ้นไปเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด VAP-MDR 6.00 เท่า (OR=6.00, 95%CI=1.60-23.10, p=.009)

ผู้ป่วยที่มีใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด VAP-MDR 2.02 เท่า (OR<sub>adj</sub> = 2.02, 95%CI=1.18-3.45, p=.010) การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำทำให้เกิดการระคายเคือง และบาดเจ็บของเนื้อเยื่อในช่องปากและลำคอ ประกอบกับขั้นตอนการใส่ท่อช่วยหายใจกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ เกิดการสำลักเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากลงสู่ทางเดินหายใจส่วนล่าง เมื่อผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดการสำลักเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากลงสู่ทางเดินหายใจส่วนล่างเพิ่มขึ้น<sup>25</sup> อีกทั้งการที่ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ เป็นกลุ่มที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน มีโอกาสนำเชื้อ MDR มากเพิ่มขึ้น จึงเพิ่มโอกาสติดเชื้อ VAP-MDR เพิ่มขึ้น<sup>10</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khilnani et al.<sup>12</sup> ที่ทำการศึกษากับผู้ป่วยวิกฤตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศอินเดีย ที่พบว่า การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด VAP-MDR 66.97 เท่า (OR=66.96, 95%CI=4.86-992.72, p=.002)

ส่วนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด VAP-MDR ด้านอายุ เพศ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม โรคที่มีผลต่อระดับภูมิคุ้มกัน ประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จำนวนวันนอน



หอผู้ป่วยวิกฤต ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ และจำนวนของยาปฏิชีวนะที่ได้รับจากการศึกษาแม้บางปัจจัยจะมีความสัมพันธ์กับการเกิด VAP-MDR ในการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว แต่เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ ที่มาจากทั้งตัวผู้ป่วยและการรักษาพบว่า ไม่สามารถทำนายการเกิด VAP-MDR ทั้งนี้ เนื่องมาจากบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลที่ทำการศึกษารับผู้ป่วยวิกฤตทั้งเพศชายและหญิง ในสัดส่วนเท่า ๆ กัน ดังนั้น เพศชายจึงไม่เป็นปัจจัยทำนายการติดเชื้อ VAP-MDR การวินิจฉัยโรค เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 34.75 ในกลุ่ม VAP-MDR มีโรคร่วมเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 45.37 ในกลุ่ม VAP-MDR ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hu et al.<sup>10</sup> ที่พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดไม่เป็นปัจจัยทำนายการติดเชื้อ VAP-MDR อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรในการศึกษาคั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Tebano et al.<sup>19</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตนานกว่า 14 วันเพิ่มความเสี่ยงของการเกิด VAP-MDR 3.70 เท่า (OR=3.70, 95%CI=1.69-8.12) ผู้ป่วยวิกฤตที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่มีคะแนน APACHE II สูง ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลา 7 วันขึ้นไป และมีการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด VAP-MDR ดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิด VAP-MDR ทีมสุขภาพควรดำเนินการเพื่อลดจำนวนวันการใช้เครื่องช่วยหายใจ ป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และพิจารณาใช้เครื่องช่วยหายใจแบบไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (non-invasive ventilation) ในกรณีที่เหมาะสม

### ข้อจำกัดของการวิจัยในครั้งนี้

1. เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย จึงทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน และไม่สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ เช่น ประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น ประวัติการรักษาที่คลินิก หรือประวัติการชื้อยาปฏิชีวนะรับประทานเอง เป็นต้น
2. จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างกำหนดให้ต้องมีจำนวนกลุ่มศึกษาจำนวน 164 ราย หากศึกษาไปข้างหน้าจะไม่สามารถทราบระยะเวลาที่เก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวน เป็นผลทำให้ไม่สามารถศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นที่เกิดขึ้น ขณะปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเกิด VAP-MDR เช่น การวัด cuff pressure การจัดทำผู้ป่วย วิธีการให้อาหารทางสายยางผู้ป่วย การปฏิบัติตามกิจกรรมตาม WHAPO bundle หรือ VAP-MDR prevention bundle เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยวิกฤต ควรนำข้อมูลปัจจัยทำนายการเกิด VAP-MDR ในผู้ป่วยวิกฤต ไปใช้ในคัดกรองผู้ป่วย และวางแผนการป้องกันการติดเชื้อ VAP-MDR ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยวิกฤตรุนแรง ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานและใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ
2. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยวิกฤต ควรนำสมการทำนายการเกิด VAP-MDR ไปใช้ในคัดกรองผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้การป้องกัน VAP-MDR ในกลุ่มเสี่ยงสูง
3. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยวิกฤต ควรส่งเสริมการช่วยหายใจชนิดที่ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ (non-invasive ventilation) และเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางจมูก (high flow nasal cannula) เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิด VAP-MDR

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากผลการวิจัยอธิบายการเกิด VAP-MDR ได้เพียงร้อยละ 18.1 อาจเป็นผลจากการที่ศึกษาย้อนหลัง ทำให้ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลของปัจจัยเสี่ยงหลายชนิด จึงควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้าเพื่อค้นหาปัจจัยทำนายการเกิด VAP-MDR ในผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ครอบคลุมมากขึ้น และควรศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการเกิด VAP-MDR เช่น การปฏิบัติตามรพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP-MDR เป็นต้น



## กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหนองคายเป็นอย่างสูงที่มีส่วนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

## References

1. Torres A, Niederman MS, Chastre J, Ewig S, Fernandez-Vandellos P, Hanberger H, et al. International ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia. *Eur Respir J* 2017;50(3):1700582. doi:10.1183/13993003.00582-2017.
2. Bailey KL, Kalil AC. Ventilator-associated pneumonia (VAP) with multidrug-resistant (MDR) pathogens: optimal treatment?. *Curr Infect Dis Rep* 2015;17(8):39. doi:10.1007/s11908-015-0494-5.
3. Arayasukawat P, So-ngern A, Reechaipichitkul W, Chumpangern W, Arunsurat I, Ratanawatkul P, et al. Microorganisms and clinical outcomes of early- and late-onset ventilator-associated pneumonia at Srinagarind Hospital, a tertiary center in northeastern Thailand. *BMC Pulm Med* 2021;21(1):47. doi:10.1186/s12890-021-01415-8.
4. Nongkhai Hospital. Ventilator-associated pneumonia report. Nongkhai: Nongkhai Hospital; 2023. (in Thai)
5. Cornejo-Juárez P, González-Oros I, Mota-Castañeda P, Vilar-Compte D, Volkow-Fernández P. Ventilator-associated pneumonia in patients with cancer: impact of multidrug resistant bacteria. *World J Crit Care Med* 2020;9(3):43-53.
6. Feng DY, Zhou YQ, Zou XL, Zhou M, Zhu JX, Wang YH, et al. Differences in microbial etiology between hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: a single-center retrospective study in Guang Zhou. *Infect Drug Resist* 2019;12:993-1000.
7. Sosa-Hernández O, Matías-Télez B, Estrada-Hernández A, Cureño-Díaz MA, Bello-López JM. Incidence and costs of ventilator-associated pneumonia in the adult intensive care unit of a tertiary referral hospital in Mexico. *Am J Infect Control* 2019;47(9):e21-5. doi:10.1016/j.ajic.2019.02.031.
8. Boonlum S. Risk factors of multidrug-resistant microorganism infection in surgical intensive care unit II at Suratthani Hospital. *Journal of Health Sciences and Pedagogy* 2021;1(1):28-39. (in Thai)
9. Juylek N, Picheansathian W, Kasatpibal N. Development of risk factor scoring system of multidrug-resistant microorganism infection among in-patients. *Nursing Journal* 2016;43(3):69-80.
10. Hu JN, Hu SQ, Li ZL, Bao C, Liu Q, Liu C, et al. Risk factors of multidrug-resistant bacteria infection in patients with ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *J Infect Chemother* 2023;29(10):942-7.
11. Chen G, Xu K, Sun F, Sun Y, Kong Z, Fang B. Risk factors of multidrug-resistant bacteria in lower respiratory tract infections: A systematic review and meta-analysis. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2020;7268519. doi:10.1155/2020/7268519.
12. Khilnani G, Dubey D, Hadda V, Sahu S, Sood S, Madan K, et al. Predictors and microbiology of ventilator-associated pneumonia among patients with exacerbation of chronic obstructive pulmonary



disease. *Lung India* 2019;36(6):506. doi:10.4103/lungindia.lungindia\_13\_19.

13. Raman G, Avendano EE, Chan J, Merchant S, Puzniak L. Risk factors for hospitalized patients with resistant or multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* infections: A systematic review and meta-analysis. *Antimicrob Resist Infect Control* 2018;7(1):79. doi:10.1186/s13756-018-0370-9.
14. Inchai J, Liwsrisakun C, Theerakittikul T, Chaiwarith R, Khositsakulchai W, Pothirat C. Risk factors of multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant *Acinetobacter baumannii* ventilator-associated pneumonia in a medical intensive care unit of university hospital in Thailand. *J Infect Chemother* 2015;21(8):570-4.
15. Sami R, Mousavi FAS, Mahjobipoor H, Soltaninejad F, Naderi Z. Factors affecting incidence of ventilator-associated pneumonia with multidrug-resistant microbes in intensive care unit. *Infect Dis Clin Pract* 2023;31(1):e1171. doi:10.1097/IPC.0000000000001171.
16. Lat I, Daley MJ, Shewale A, Pangrazzi MH, Hammond D, Olsen KM. A multicenter, prospective, observational study to determine predictive factors for multidrug-resistant pneumonia in critically ill adults: The DEFINE study. *Pharmacotherapy* 2019;39(3):253-60.
17. Dominedò C, Ceccato A, Niederman M, Cillóniz C, Gabarrús A, Martín-Loeches I, et al. Predictive performance of risk factors for multidrug-resistant pathogens in nosocomial pneumonia. *Ann Am Thorac Soc* 2021;18(5):807-14.
18. Rit K, Saha R, Chakraborty B, Majumder U. Ventilator associated pneumonia in a tertiary care hospital in India: Incidence, etiology, risk factors, role of multidrug resistant pathogens. *Int J Med Public Health* 2014;4(1):51. doi:10.4103/2230-8598.127125
19. Tebano G, Geneve C, Tanaka S, Grall N, Atchade E, Augustin P, et al. Epidemiology and risk factors of multidrug-resistant bacteria in respiratory samples after lung transplantation. *Transpl Infect Dis* 2016;18(1):22-30.
20. Gunalan A, Sistla S, Ramanathan V, Sastry AS. Early- vs late-onset ventilator-associated pneumonia in critically ill adults: comparison of risk factors, outcome, and microbial profile. *Indian J Crit Care Med* 2023;27(6):411-5.
21. Gao B, Li X, Yang F, Chen W, Zhao Y, Bai G, et al. Molecular epidemiology and risk factors of ventilator-associated pneumonia infection caused by carbapenem-resistant enterobacteriaceae. *Front Pharmacol* 2019;10:262. doi:10.3389/fphar.2019.00262.
22. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med* 1998;17(14):1623-34.
23. Zhou Y, Yu F, Yu Y, Zhang Y, Jiang Y. Clinical significance of MDRO screening and infection risk factor analysis in the ICU. *Am J Transl Res* 2021;13(4):3717-23.
24. Cai Y, Zhou Q, Yang H, Jiang J, Zhao F, Huang X, et al. Logistic regression analysis of factors influencing the effectiveness of intensive sound masking therapy in patients with tinnitus. *BMJ Open* 2017;7(11):e018050. doi:10.1136/bmjopen-2017-018050.
25. Seubniam S, Ruaisungnoen W, Saansom D. Factors associated with early-onset ventilator-associated pneumonia development among critically ill medical patients. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;35(1):137-45.(in Thai)



# ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาต่อความรู้สึกสิ้นหวัง ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน<sup>1</sup>

## Effect of Empowerment and Counseling Program on Hopelessness in Family Caregivers of Stroke Patients<sup>1</sup>

ภาวิณี แพงสุข<sup>2</sup>, ชลดา กิ่งมาลา<sup>2</sup>, ศุภวรรณ ชิมทอง<sup>2</sup>, ณวริษฐ์ พีระถาวรวิทย์<sup>2</sup>  
Pavinee Pangsuk<sup>2</sup>, Chonlada Kingmala<sup>2</sup>, Supawan Kimthong<sup>2</sup>, Nawarit Peerathawomwit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>สนับสนุนทุนการวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

<sup>1</sup>Research granted by The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

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

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

Corresponding author: Supawan Kimthong; Email: suphawan@bcsurin.ac.th

Received: October 22, 2024 Revised: February 28, 2025 Accepted: March 20, 2025

### บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ วิจัยเชิงกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาต่อความรู้สึกสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 64 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา และแบบสอบถามความรู้สึกสิ้นหวัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Independent t-test และ Paired t-test ผลการวิจัย พบว่า ความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม ส่วนใหญ่มีความสิ้นหวังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 และร้อยละ 56.25 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-9.86, p<.01$ ) และญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้คำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=2.79, p<.01$ ) ดังนั้น ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงบ่งชี้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาสามารถช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพลังและมีความหวังในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

คำสำคัญ: ความสิ้นหวัง; ญาติผู้ดูแล; ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง; การเสริมสร้างพลังอำนาจ; การให้คำปรึกษา



## Effect of Empowerment and Counseling Program on Hopelessness in Family Caregivers of Stroke Patients<sup>1</sup>

Pavinee Pangsuk<sup>2</sup>, Chonlada Kingmala<sup>2</sup>, Supawan Kimthong<sup>2</sup>, Nawarit Peerathawornwit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Research granted by The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

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

Corresponding author: Supawan Kimthong; Email: [suphawan@bcnsurin.ac.th](mailto:suphawan@bcnsurin.ac.th)

Received: October 22, 2024 Revised: February 28, 2025 Accepted: March 20, 2025

---

### Abstract

Continuous care for stroke patients at home can cause burdensome to family caregivers, which may lead to feelings of hopelessness and depression. This quasi-experimental research aimed to study the effects of an empowerment and counseling program on the hopelessness of family caregivers taking care of stroke patients in the community. The participants were composed of 64 family caregivers of stroke patients from various communities selected by a simple random sampling technique. The research instruments included an empowerment and counseling program and a questionnaire assessing hopelessness. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and paired t-test. The results showed that the levels of hopelessness after receiving the program in both experimental and control groups of stroke caregivers were mostly moderate, with 50.00% and 56.25 %, respectively. In addition, it was found that family caregivers receiving the empowerment and counseling program had a significantly lower mean hopelessness score after the intervention compared to before receiving the program ( $t = -9.86, p < .01$ ), and the group of family caregivers receiving the empowerment and counseling program had a significantly lower mean score of hopelessness after the intervention compared to the group receiving regular advice ( $t = 2.79, p < .01$ ). The findings of this study indicate that the empowerment and counseling program helps stroke caregivers feel empowered and hopeful and enables them to continue caring for the patients.

**Keywords:** hopelessness; family caregiver; stroke patient; empowerment; counseling



## ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) เป็นโรคที่ทำให้ประชาชนทั่วโลกป่วย ตายและพิการอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่ามีประชาชนทั่วโลกถึง 15 ล้านคน เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 1 ใน 3 ของการเจ็บป่วยส่งผลให้มีความพิการถาวรและเป็นภาระของครอบครัว<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย พบอัตราการอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2565 จาก 278.49 ต่อแสนประชากร เป็น 330.72 ต่อแสนประชากร<sup>2</sup> และการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวทางในการดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่แตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่น คือ ต้องมีญาติและครอบครัวในการรับภาระดูแลต่อจากความพิการทางกายที่หลงเหลืออยู่จนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นบุคคลที่ครอบครัวมอบหมายให้มีหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน หลังกลับจากโรงพยาบาล เป็นบุคคลที่คอยดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการที่มีอย่างต่อเนื่องทุกวัน ทำให้ญาติผู้ดูแลกลายเป็นบุคคลที่มีโอกาสเจ็บป่วยจากการดูแลผู้ป่วยได้ ทั้งการเจ็บป่วยทางกาย เช่น เหนื่อย เพลีย ปวดเมื่อยร่างกาย พักผ่อนไม่เพียงพอ เจ็บป่วยทางใจ เช่น เครียด วิตกกังวล รวมถึงการเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness)<sup>3</sup>

ความสิ้นหวังที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นความรู้สึกลึกลับที่ญาติผู้ดูแลต้องประสบระหว่างการดูแลผู้ป่วย เช่น เกิดความรู้สึกเหนื่อยและท้อใจ ที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอันยาวนาน เกิดความรู้สึกโทษตนเองหรือผิดหวังจากการที่อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น เกิดความเครียดสะสมเป็นเวลานาน มีผลลัพธ์การดูแลที่ไม่เป็นไปตามความต้องการจนเกิดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<sup>3-4</sup> จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความสิ้นหวังที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลพบได้ในหลายช่วงเวลาของการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ช่วง 1 ปีแรกที่กลับมาดูแลที่บ้าน ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง ช่วงที่ผู้ป่วยต้องกลับไปรักษาภาวะแทรกซ้อนที่โรงพยาบาลอีกครั้งและช่วงที่ผู้ดูแลเองเกิดความเครียดสะสมส่วนตัว<sup>3</sup> และจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสิ้นหวังจากการดูแลคือ ความเครียดของญาติผู้ดูแลเอง ระยะเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน การที่ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และการไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว<sup>5</sup> ดังนั้น ญาติผู้ดูแลที่เกิดความรู้สึกสิ้นหวังบ่อยครั้ง จะส่งผลอย่างน้อยที่สุดคือไม่อยากดูแลผู้ป่วย และอาจส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงคือทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้<sup>3-4</sup>

ความสิ้นหวังที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับความเครียดทางจิตใจอย่างรุนแรง นำไปสู่ความรู้สึกหมดหวัง จึงไม่ควรถูกมองข้าม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องค้นหาวิธีการในการสร้างความหวังหรือลดความรู้สึกสิ้นหวังให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วิธีการที่จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีความหวังขึ้น ตามมุมมองประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลเอง ได้แก่ การให้สมาชิกคนอื่นในบ้านช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล ให้ได้พักผ่อนและมีเวลาส่วนตัว การปรับวิธีคิดสร้างแรงจูงใจของตนเอง การสร้างพลังให้กับตนเอง รวมถึงการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินการของโรค เป็นต้น<sup>3</sup> ส่วนผลการวิจัยที่ผ่านมา ที่ทำการศึกษาวิธีการต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มความหวังหรือลดความสิ้นหวัง ได้แก่ การนำเอาหลักพุทธศาสนาช่วยในการลดความสิ้นหวังในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม<sup>6</sup> หรือการนำเอาการฝึกความเห็นอกเห็นใจตนเองมาเพิ่มความหวังในผู้ดูแลเด็กที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง<sup>7</sup> อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่า มีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาถึงวิธีการลดความสิ้นหวังหรือบรรเทาภาวะจิตใจทางอารมณ์เหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<sup>5</sup> พบว่าการลดความเครียดและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับญาติผู้ดูแล<sup>5</sup> ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมเพื่อลดความสิ้นหวังให้



กับญาติผู้ดูแลโดยประยุกต์ใช้ 2 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson<sup>8</sup> มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบโปรแกรมเพื่อลดความสิ้นหวังให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการตระหนักถึงคุณค่าของตนเองได้<sup>9</sup> และการเสริมสร้างพลังอำนาจยังช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้พัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของตนเอง ในการควบคุม ตัดสินใจ เลือก หรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยได้ จนเกิดความรู้สึกในด้านบวกให้กับตนเองเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้นสอดคล้องกับวิธีการสร้างความหวังตามประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลที่พบว่า การสร้างพลังให้กับตนเองสามารถลดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้<sup>3</sup> และผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้การให้คำปรึกษา<sup>10</sup> มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมในครั้งนี้ด้วย เนื่องจากการให้คำปรึกษานั้นเป็นกระบวนการที่ให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแล ผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับการปรึกษาเพื่อให้เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาและนำไปสู่การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองในทางที่เหมาะสมได้ ญาติผู้ดูแลที่เกิดความรู้สึกสิ้นหวังซึ่งเป็นความรู้สึกลบทางใจแล้ว จำเป็นต้องได้รับการให้คำปรึกษาร่วมด้วย การได้ประยุกต์ใช้ทั้ง 2 ทฤษฎีในการออกแบบโปรแกรมการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเผชิญกับเหตุการณ์ในด้านลบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ สามารถจัดการกับการรับรู้เชิงลบที่เกิดขึ้นในตนเองและลดความรู้สึกสิ้นหวังได้ นำไปสู่การเกิดความสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีคุณภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่ดีและมีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

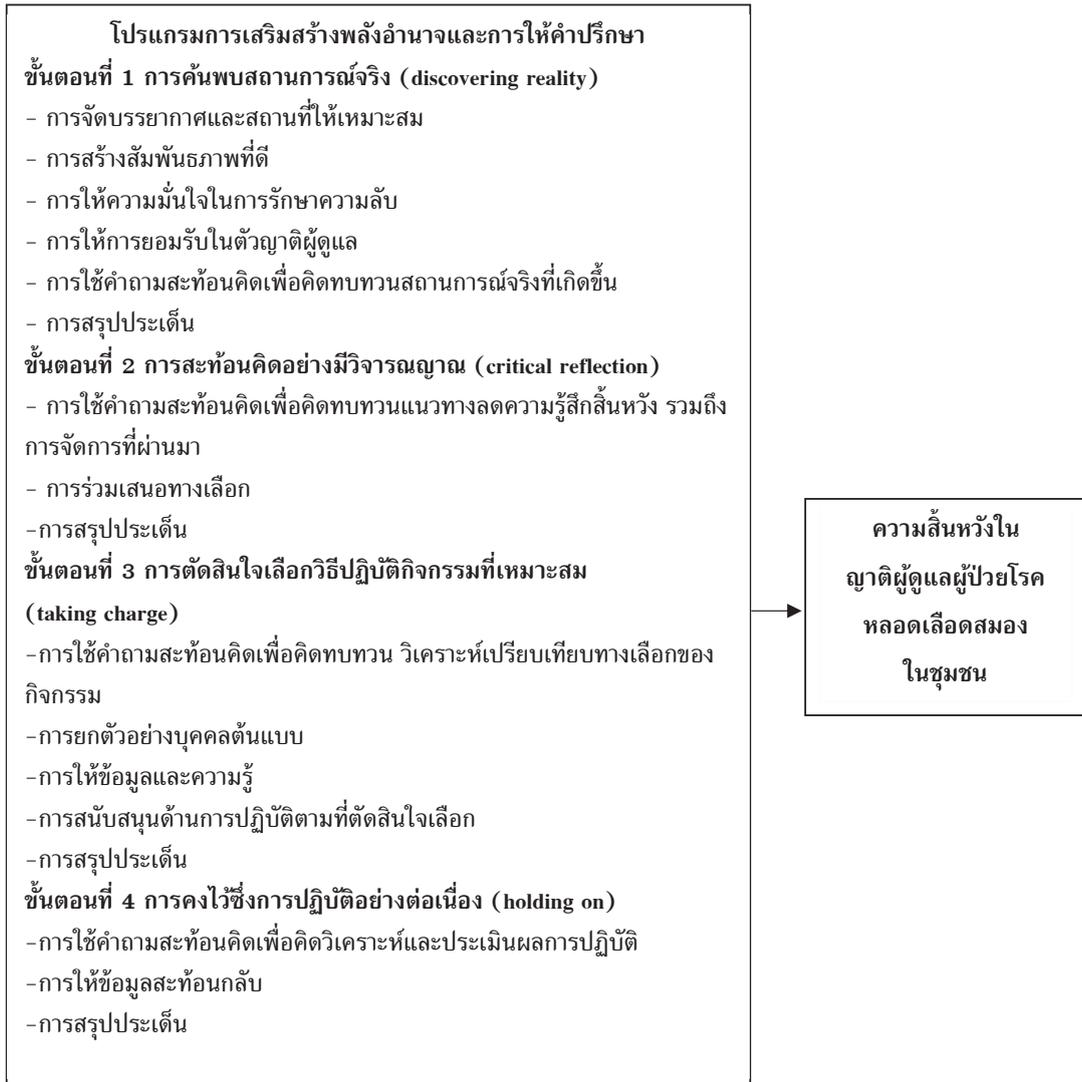
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษากับกลุ่มที่ได้รับการให้คำแนะนำตามปกติ

## สมมติฐานการวิจัย

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้คำแนะนำตามปกติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson<sup>8</sup> ร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการให้คำปรึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ two groups pre-test post-test design

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน



ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์จำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .95 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .60 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่มาจากงานวิจัยผลของ วันเพ็ญ เศรษฐรัตนานนท์<sup>11</sup> เรื่องผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเมื่อวิเคราะห์จำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G-Power ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน คือกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 64 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างนี้ ช่วยให้มั่นใจได้ว่าเป็นจำนวนที่เพียงพอในการวัดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มได้

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ simple random sampling ตาม Inclusion Criteria คือ เป็นญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) โดยมีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน ไม่มีปัญหาการพูด การฟังและการติดต่อสื่อสาร สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ครบทุกระยะ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เลขที่ P-EC 02-07-66 วันที่ 24 กรกฎาคม 2566 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมวิจัย ได้แก่ การชี้แจงวัตถุประสงค์รวมถึงกระบวนการขั้นตอนของการวิจัย สิทธิประโยชน์และผลที่อาจเกิดจากการเข้าร่วมการวิจัย การสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย การไม่บังคับในการเข้าร่วมวิจัย การเคารพในสิทธิส่วนบุคคล การเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก การซักถามข้อสงสัย การยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อเกิดความไม่สบายใจ การไม่เปิดเผยชื่อ การเก็บรักษาความลับ การให้คำปรึกษาเมื่อเกิดความรู้สึกในด้านลบขณะดำเนินการวิจัย และการจัดโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาให้กับกลุ่มควบคุม ภายหลังการเสร็จสิ้นการวิจัย

### เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา ซึ่งนักวิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดของโปรแกรม 4 ขั้นตอน (ระยะเวลา 4 สัปดาห์) ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (discovering reality) ประกอบด้วยกิจกรรมการจัดบรรยากาศและสถานที่ให้เหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้ความมั่นใจในการรักษาความลับ การให้การยอมรับในตัวญาติผู้ดูแล การใช้คำถามสะท้อนคิดเพื่อคิดทบทวนสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น และการสรุปประเด็น ซึ่งจะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) ประกอบด้วยการใช้คำถามสะท้อนคิดเพื่อคิดทบทวนแนวทางลดความรู้สึกสิ้นหวัง รวมถึงการจัดการที่ผ่านมา การร่วมเสนอทางเลือกและการสรุปประเด็น ซึ่งจะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking charge) ประกอบด้วยการใช้คำถามสะท้อนคิดเพื่อคิดทบทวน วิเคราะห์เปรียบเทียบทางเลือกของกิจกรรม การยกตัวอย่างบุคคลต้นแบบ การให้ข้อมูลและความรู้ การสนับสนุนด้านการปฏิบัติตามที่ตัดสินใจเลือกและสรุปประเด็น ซึ่งจะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (holding on) ประกอบด้วยการใช้คำถามสะท้อนคิดเพื่อคิดวิเคราะห์และประเมินผลการปฏิบัติ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับและสรุปประเด็น ซึ่งจะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-4

### ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมี 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้



ต่อเดือน อาชีพปัจจุบัน สถานภาพสมรส ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยดูแล รายได้ของครอบครัว บุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย จำนวนผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (ญาติผู้ดูแลเอง) กิจกรรมการดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพก่อนการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ยาที่ได้รับ เป็นต้น

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ซึ่งดัดแปลงจากณวัชรวิทย์ พิระถาวรวิทย์, ภาวณี แพงสุข, ชลดา กิ่งมาลา, และศุภวรรณ ชิมทอง<sup>5</sup> แบบสอบถามมี 30 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 14 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวกถ้าตอบ “ใช่” ให้คะแนน 0 คะแนน ในการตอบข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบ “ใช่” ให้คะแนน 1 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความสิ้นหวังมาก คะแนนน้อย หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความสิ้นหวังน้อย คะแนนสูงสุด 30 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนของอนูวัติ คุณแก้ว<sup>12</sup> ได้แก่ 19-30 คะแนน มีความสิ้นหวังในระดับมาก 11-18 คะแนน มีความสิ้นหวังในระดับปานกลาง และ 0-10 คะแนน มีความสิ้นหวังในระดับน้อย

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยตรวจสอบ content validity เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและความเหมาะสมของการใช้ภาษา โดยพยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1 จากนั้น ตรวจสอบ Reliability โดยนำแบบสอบถามงานวิจัยไปทดลองใช้ กับญาติผู้ดูแลที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบค่า Reliability ของแบบสอบถามความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนทั้งหมด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73 และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโปรแกรมการวิจัย โดยตรวจสอบ content validity โดยพยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาและเสริมพลังอำนาจ และได้ดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือและขอความร่วมมือในการแจ้งรายชื่อญาติผู้ดูแลและชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์เพื่อหาอาสาสมัครที่ประสงค์เข้าร่วมการดำเนินการวิจัย ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน ดำเนินการประสานงานกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยและดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย โปรแกรมการวิจัยและขั้นตอนการวิจัย ทั้ง 4 สัปดาห์และเปิดโอกาสให้ทีมวิจัยซักถามข้อสงสัย ดำเนินการนัดหมายและประสานงานเรื่องการจัดเตรียมสถานที่ที่เหมาะสมในการดำเนินการวิจัยตามรายละเอียดของโปรแกรมล่วงหน้าก่อนวันดำเนินการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้สถานที่ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อถึงวันดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการสำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ในสัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 1) ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการวิจัยและชี้แจงจริยธรรมในการวิจัยแก่ควบคุมและกลุ่มทดลองอีกครั้ง จากนั้น เก็บข้อมูลวิจัยโดยสอบถามตามแบบสอบถามการวิจัยก่อนการดำเนินการวิจัยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. ในสัปดาห์ที่ 1 วันถัดไป ผู้วิจัยดำเนินการตามรายละเอียดของโปรแกรมการวิจัยในขั้นตอนที่ 1-3 ตามรายละเอียดของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างตามรายละเอียดของโปรแกรมในขั้นตอนที่ 1-3 ให้กับกลุ่มทดลอง



3. ในสัปดาห์ที่ 2-3 ผู้วิจัยดำเนินการติดตามตามโปรแกรมการวิจัยอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนที่ 4 ให้กับกลุ่มทดลอง

4. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการติดตามตามโปรแกรมการวิจัยอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนที่ 4 และดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม หลังการดำเนินการวิจัย ให้กับกลุ่มทดลอง ตรวจสอบแบบสอบถามและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

5. การจัดการเรียนรู้สำหรับกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1-4 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการให้คำแนะนำแบบปกติ และผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามวิจัยหลังการดำเนินการวิจัยในสัปดาห์ที่ 4 และเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาให้กับกลุ่มควบคุมภายหลังการเสร็จสิ้นการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยโดยใช้สถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม และ paired t-test เพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มทดลองเมื่อเวลาผ่านไป และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติ เพื่อหาลักษณะของการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งพบว่าตัวแปรที่ศึกษาแจกแจงเป็นโค้งปกติ และเป็นไปตามข้อตกลงในการใช้สถิติ

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.25 และ 65.62) มีอายุเฉลี่ย 51.44 ปี (SD=11.08) และ 55.28 ปี (SD=13.10) มีระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 46.88 และ 71.88) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 68.75 และ 71.88) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในช่วง 1 ปี (ร้อยละ 40.63 และ ร้อยละ 15.63) และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (ร้อยละ 96.88 และ 96.88)

### ส่วนที่ 2 ระดับความรู้สึกล้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลก่อนการได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความสิ้นหวังจากการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.26 และในกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีความสิ้นหวังจากการดูแลอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ร้อยละ 43.75 และระดับความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลหลังการได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความสิ้นหวังจากการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 และในกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีความสิ้นหวังจากการดูแลอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ร้อยละ 56.25 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม (n=64)

ระดับความสิ้นหวัง	กลุ่มทดลอง (n=32)				กลุ่มควบคุม (n=32)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	7	21.87	1	3.12	10	31.25	4	12.50
ปานกลาง	18	56.26	16	50.00	14	43.75	18	56.25
น้อย	7	21.87	15	46.88	8	25.00	10	31.25
	(Min=4, Max=26, Mean=15.06, SD=5.18)		(Min=3, Max=19, Mean=10.31, SD=3.36)		(Min=5, Max=29, Mean=15.38, SD=6.14)		(Min=4, Max=25, Mean=13.28, SD=4.97)	

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = -9.86, p = .00$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาโดยใช้สถิติ Paired t -test

ความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	Mean	SD	t	p
ก่อนการทดลอง	15.06	5.18	-9.86	.00
หลังการทดลอง	10.31	3.36		

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกสิ้นหวังระหว่างญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้คำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $t = 2.79, p = .007$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	Mean	S.D.	t	p
กลุ่มทดลอง	10.31	3.36	2.79	.007
กลุ่มควบคุม	13.28	4.97		



## อภิปรายผล

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  ทั้งนี้เนื่องจาก ญาติผู้ดูแลได้รับเป็นโปรแกรมที่เสริมสร้างพลังอำนาจและให้คำปรึกษากับญาติผู้ดูแลที่กำลังเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง โดยนำพาญาติผู้ดูแล 1) ค้นหาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจนทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังขึ้น จนสามารถค้นหาประเด็นสถานการณ์และสาเหตุที่ชัดเจน 2) พุดคุยสะท้อนคิดเกี่ยวกับแนวทางหรือวิธีการในการแก้ไขปัญหาในแต่ละสาเหตุของทุกเหตุการณ์ รวมถึงวิธีการเชิงบวกที่จะช่วยลดความรู้สึกสิ้นหวังได้ 3) พุดคุยถึงข้อมูล ความรู้ ยกตัวอย่าง และพุดคุยสะท้อนคิดทบทวน เปรียบเทียบวิธีการทั้งหมดและตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริง 4) สนับสนุน ติดตามและให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกรวมถึงประเมินผลแนวทางที่เลือก ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการยอมรับและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเอง<sup>8,13-14</sup> เกิดความยืดหยุ่นในตนเอง ช่วยให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและมีลดความรู้สึกสิ้นหวังลงได้<sup>9</sup> และญาติผู้ดูแลยังได้รับการให้คำปรึกษาผ่านกระบวนการทำความเข้าใจปัญหา การตั้งเป้าหมาย การเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา การลงมือการแก้ไขปัญหาและการสรุปผลการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ความช่วยเหลือบุคคล ผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับการปรึกษาเพื่อให้เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาและนำไปสู่การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ลดความเครียดทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกทางบวกและลดความรู้สึกสิ้นหวังลงได้<sup>10</sup> การบูรณาการโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาจึงสามารถช่วยลดความรู้สึกสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้ งานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถเพิ่มความหวังให้กับญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้และยอมรับอารมณ์เชิงลบ ได้สำรวจการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของตนเอง และลดความเครียดทางจิตใจได้ญาติผู้ดูแลได้<sup>15-16</sup>

2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้คำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .01$  ทั้งนี้เนื่องจาก ญาติผู้ดูแลได้รับเป็นโปรแกรมที่เสริมสร้างพลังอำนาจและให้คำปรึกษากับญาติผู้ดูแลที่กำลังเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ผ่านการ 1) ค้นหาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจนทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังขึ้น จนสามารถค้นหาประเด็นสถานการณ์และสาเหตุที่ชัดเจน 2) พุดคุยสะท้อนคิดเกี่ยวกับแนวทางหรือวิธีการในการแก้ไขปัญหาในแต่ละสาเหตุของทุกเหตุการณ์ รวมถึงวิธีการเชิงบวกที่จะช่วยลดความรู้สึกสิ้นหวังได้ 3) พุดคุยถึงข้อมูล ความรู้ ยกตัวอย่าง และพุดคุยสะท้อนคิดทบทวน เปรียบเทียบวิธีการทั้งหมดและตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริง 4) สนับสนุน ติดตามและให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือก รวมถึงประเมินผลแนวทางที่เลือก เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองและความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคล ตรงกันถึงความสามารถและคุณค่าของตนเองนำไปสู่การลดความรู้สึกหมดหวัง (hopelessness) ได้<sup>17</sup> และการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้<sup>18</sup> และญาติผู้ดูแลได้รับการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ความช่วยเหลือบุคคล ผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับการปรึกษาเพื่อให้เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาและนำไปสู่การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง<sup>10</sup> กระบวนการให้การปรึกษาแบบสร้างศักยภาพ (empowerment counseling) จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีสติปัญญา และมีความสามารถที่จะแก้ปัญหาของตนเองได้<sup>13</sup> ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้คะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.001$ <sup>15</sup>



## ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ควรนำเทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา มาผนวกเข้ากับโปรแกรมสนับสนุนญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์และทักษะการตัดสินใจแก่ผู้ดูแล
2. พัฒนาระบบสนับสนุนญาติผู้ดูแลในชุมชน ให้สามารถเข้าถึงบริการด้านการให้คำปรึกษา ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและการส่งเสริมสุขภาพจิต
3. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายความร่วมมือในระดับชุมชน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการเป็นส่วนหนึ่งของการเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจและให้คำปรึกษา ญาติผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองหรือญาติผู้ดูแลโรคเรื้อรังอื่น ๆ
4. ผู้กำหนดนโยบายควรพิจารณาการใช้เทคโนโลยีสร้างโปรแกรมให้คำปรึกษาในชุมชน เพื่อลดความล้าหน่วงจากการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินการวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ขอขอบพระคุณทางสมาคมเป็นอย่างยิ่งที่ได้มอบโอกาสให้กับนักวิจัยในการดำเนินการวิจัยเพื่อประโยชน์ต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

## References

1. World Health Organization. Stroke, Cerebrovascular accident [internet]. 2024 [cited 6 October 2024]. Available from: <http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>.
2. Tiamkao S. Situation cerebrovascular disease. Thai journal of Neurology 2021;37(4):59-71. (in Thai)
3. Pangsuk P, Kingmala C, Peerathawornwit N. Hopelessness experience of family caregivers of patients with stroke. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2024;34(1):160-73. (in Thai)
4. Chayawatto C. Depression in the caregivers of stroke patients. Region 4-5 Medical Journal 2016;35(1):14-27.(in Thai)
5. Peerathawornwit N, Pangsuk P, Kingmala C, kimthong S. Factors related to hopelessness of family caregivers of patients with stroke in community. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2024;34(3):26-39.(in Thai)
6. Bannaasan B, Pothiban L. Hopelessness of cancer survivors. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2018;32(2):1-12.(in Thai)
7. Khosrobeigi M, Hafezi F, Naderi F, Ehteshamzadeh P. Effectiveness of self-compassion training on hopelessness and resilience in parents of children with cancer. Explore 2022;18(3):357-61.
8. Udonsat S, Chananin Y, Bundasak T. Nursing care for empowerment of family caregivers of elderly with stroke. Royal Thai Navy Medical Journal 2020;48(2):458-72.(in Thai)
9. Naewbood S. Effects of empowerment program on self-care ability of a family caregiver. Journal of Nursing and Education 2015;8(4):30-40.(in Thai)



10. Vuttinunt P, Phophichit N. Counseling approach based on behavioral theory. *Buddhist Psychology Journal* 2021;6(1):9-18.(in Thai)
11. Chetratanon W. Effective of empowerment program to care giving burden patient of cerebrovascular disease 2013;3(2):148-55.(in Thai)
12. Khunkaew A. *Statistics for research*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. 2019.
13. Juntapim S. Mental health counseling for feminist empowerment: application. *Journal of Nursing and Health Care* 2021;30(3):14-23.(in Thai)
14. Panthong P, Phatisena T. The empowerment of caregivers for rehabilitation of stroke patients at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *Journal of the office of disease prevention and control 9 Nakhon Ratchasima* 2018;24(2):57-66.(in Thai)
15. Jangsuntia P, Nabkasorn C. The effect of drawing program in fostering on hope with attempted suicide patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19(special):343-53.(in Thai)
16. Liu T, Zhang R, Yao H, Que L, Bai W. Efficacy of an emotion and stress management program based on empowerment theory on family caregivers of stroke survivors. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2024;41(2):494-500.
17. Dharma KK, Damhudi D, Yarden N, Haeriyanto S. Caregiver empowerment program based on the adaptation model increase stroke family caregiver outcome. *Frontiers Nursing* 2021;8(4):419-28. (in Thai)
18. Jitprasert T, Pjornphibul P, Yothayai C. Empowering caregivers of persons with spinal cord injury: a case study. *Nursing Journal CMU* 2022;49(4):163-78.(in Thai)



## ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อคุณภาพชีวิต ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า ในบ้านพักคนชรา

### The Effects of the Program Happy Reminiscence Therapy on Quality of Life in Older Persons with Dementia with Depressive Symptoms in Elderly Home

ปานุชฌาน พุสี<sup>1</sup>, ศศิวิมล บูรณะเรข<sup>1</sup>, มาลินี อยู่ใจเย็น<sup>1</sup>

Panudchanard Phoosri<sup>1</sup>, Sasiwimon Booranarek<sup>1</sup>, Malinee Youjaiyen<sup>1</sup>

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

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

Corresponding author: Sasiwimon Booranarek; Email: sasiwimon.b@bcn.ac.th

Received: October 3, 2024 Revised: January 22, 2025 Accepted: March 22, 2025

#### บทคัดย่อ

การบำบัดแบบรำลึกความหลังที่เป็นสุขอาจเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อคุณภาพชีวิตและอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีอาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยในบ้านพักคนชรา ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมองเสื่อมระดับน้อย และมีอาการซึมเศร้า คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติการทดสอบของพรีดแมนต์ Whitney U Test และ Wilcoxon Signed-Rank Test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทั้งหลังการทดลองและเมื่อติดตามผล 1 เดือน ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับน้อยที่มีอาการซึมเศร้าในบ้านพักคนชราได้

คำสำคัญ: การหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข; คุณภาพชีวิต; ภาวะซึมเศร้า; ผู้สูงอายุสมองเสื่อม



## The Effects of the Program Happy Reminiscence Therapy on Quality of Life in Older Persons with Dementia with Depressive Symptoms in Elderly Home

Panudchanard Phoosri<sup>1</sup>, Sasiwimon Booranarek<sup>1</sup>, Malinee Youjaiyen<sup>1</sup>

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

Corresponding author: Sasiwimon Booranarek; Email: sasiwimon.b@bcn.ac.th

Received: October 3, 2024 Revised: January 22, 2025 Accepted: March 22, 2025

---

### Abstract

Happy reminiscence may promote quality of life among the elderly. This quasi-experimental research, which employed a two-group pre-test post-test design, aimed to examine the effects of the Happy Reminiscence Therapy program on quality of life and depressive symptoms among the elderly with dementia and depressive symptoms. The participants were the residents of an elderly home care facility, who were diagnosed with senile dementia and depressive symptoms. They were recruited by a purposive sampling technique and divided into an experimental group and a control group, with each group composed of 32 participants. The research instruments consisted of the experimental instrument, which was the happy reminiscence therapy, and the data-collection instruments, including the demographic data questionnaire, Thai Mini-Mental State Examination (TMSE), Barthel Activities of Daily Living index (Thai version), WHOQOL – BREF – THAI, and Cornell Scale for Depression in Dementia (Thai version). Data were analyzed using descriptive statistics, the Friedman test, the Whitney U test, and the Wilcoxon signed-rank test. The results revealed that after the intervention and at the 1-month follow-up, the mean scores of quality of life and depressive symptoms of the experimental group were significantly better than the control group. The results indicate that the Happy Reminiscence Therapy program could increase the quality of life and decrease depressive symptoms among the elderly with early dementia with depressive symptoms in the elderly home care.

**Keywords:** happy reminiscence; quality of life; depressive symptoms; older persons with dementia



## ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้ในผู้สูงอายุ โดยเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้นก็จะเกิดโอกาสมีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ประเมินการว่าในปี 2583 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 20,510,045 คน โดยผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 31.37 ของประชากรไทย ซึ่งในปี 2566 พบจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมากถึง 7,734,617 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ถึงร้อยละ 90.58<sup>1</sup> องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยสมองเสื่อมประมาณ 55 ล้านคนทั่วโลก และมีอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นประมาณ 10 ล้านคนต่อปี<sup>2</sup> จากรายงานสถิติผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ประจำเดือนธันวาคม ในปีงบประมาณ 2567 ในประเทศไทย พบว่ามีผู้สูงอายุที่พบอาการบ่งชี้สมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อม และผู้สูงอายุที่เป็นจิตเวช ร้อยละ 25.40 (506 คน ใน 1,992 คน)<sup>3</sup> ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองลดลงอย่างต่อเนื่อง มีการเสื่อมถอยใน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ พฤติกรรม ด้านเชาวน์ปัญญา และด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ผู้ป่วยมีการแสดงบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไปจากเดิม หงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน อาจมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน สัมผัสสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นหรือตั้งใจจะทำ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง<sup>4-5</sup> ซึ่งอาการดังกล่าวมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความจำ การวางแผน หลงทิศทางการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานยา ความหลงลืมจะทำให้การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อการไม่สามารถสังเกตอาการของตนเองและแจ้งให้ผู้ดูแลหรือแพทย์ได้ ระดับอาการรุนแรงขึ้น และนำไปสู่การเสียชีวิต ทำให้ครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลจำนวนมาก<sup>1</sup>

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง<sup>6</sup> การประเมินตนเองของผู้สูงอายุสมองเสื่อม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ สมรรถภาพทางสมอง<sup>6-8</sup> และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน<sup>6</sup> ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ<sup>8</sup> ภาวะซึมเศร้า<sup>8-9</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับคุณภาพชีวิต<sup>7</sup> และเมื่อผู้ดูแลประเมินแทนผู้ป่วย พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน<sup>10</sup> ดังนั้น การจัดการกับภาวะซึมเศร้าเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมจึงมีความสำคัญ

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการดูแลรักษาโดยไม่ใช้นั้น วิธีการหนึ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมคือ การบำบัดด้วยการรำลึกความหลัง ซึ่งในประเทศไทย พบว่าการใช้กลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขช่วยลดอาการซึมเศร้าทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า<sup>9</sup> และผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า<sup>11</sup> ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนใต้<sup>12</sup> และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า<sup>11</sup> ส่วนในต่างประเทศ พบว่าการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังสามารถลดอาการซึมเศร้าและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม<sup>13-14</sup> ซึ่งกระบวนการระลึกถึงความหลังของฮามิลตัน เป็นกระบวนการเรียกความทรงจำในอดีตที่อาจเกิดจากการพูดออกมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติหรือมีรูปแบบ<sup>15</sup> มีกระบวนการ 3 ระยะ คือ การเลือกเหตุการณ์ในอดีต การค้นหาความหมายของเหตุการณ์ และการแบ่งปันประสบการณ์ โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เกิดพฤติกรรมในการหวนคิดถึงประสบการณ์ที่น่าประทับใจในความทรงจำ การได้ระลึกถึงความหลังและมีกระบวนการในสิ่งที่ตนนั้นได้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตทางบวก จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งการระลึกความหลังเป็นการเรียกคืนประสบการณ์ที่ผ่านมา จะช่วยทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความสุขในการใช้ชีวิตต่อไป ทั้งนี้คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมาย



และประเด็นการพยาบาลสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ในบ้านพักคนชรา ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุที่พบอาการบ่งชี้สมองเสื่อม หรือมีอาการสมองเสื่อม ในบ้านพักคนชรา มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น<sup>3</sup> ผู้วิจัยคาดว่าการศึกษาชิ้นนี้จะประโยชน์ในการนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

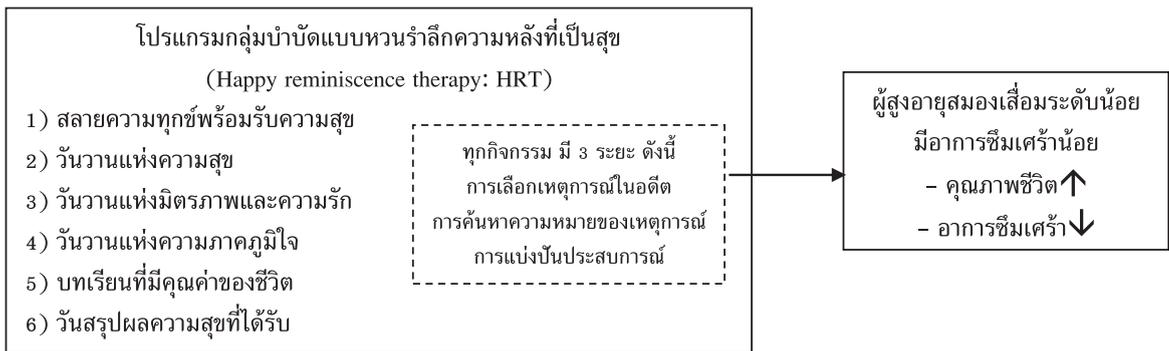
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ต่อคุณภาพชีวิต ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับน้อยที่มีอาการซึมเศร้า

## สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

## กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข Happy reminiscence Therapy (HRT) ตามแนวคิดการระลึกความหลังของฮามิลตัน<sup>12</sup> ทั้ง 6 ครั้ง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลเรียกคืนประสบการณ์ที่ผ่านมา ให้เกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในตนเอง มีความสุข ในการใช้ชีวิตต่อไปด้วยความเข้มแข็งทางจิตใจของตนเอง ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง และมีการติดตามผล 1 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลอง

**ประชากรที่ศึกษา** เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา จังหวัด กรุงเทพมหานคร ที่ได้รับวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อมระดับน้อย

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ที่รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมระดับน้อยที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา จังหวัดกรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power กำหนดค่า power = .80, effect size = .5 และค่าแอลฟา = .05 โดยใช้วิธีการสุ่มและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มแบบไม่เจาะจง โดยสุ่มเขต 1 เขต จากจังหวัดกรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 50 เขต คือ เขตบางแค สุ่มบ้านพักคนชราในเขตบางแค จากทั้งหมด 16 สถานที่ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านคุณสมบัติในบ้านพักคนชรา ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 32 คนต่อกลุ่ม รวมกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

- 1) ประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) คะแนนรวม 16-24 คะแนน
- 2) ประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมีอาการซึมเศร้าน้อยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-9 คะแนน
- 3) ประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนี บาร์เทล ฉบับภาษาไทย (Barthel Activities of Daily Living index Thai version: Bartel ADL index) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 9-20 คะแนน
- 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีอาการทางสายตา เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับน้อยมีอาการซึมเศร้าน้อยในกลุ่มทดลอง ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง เช่น เจ็บป่วย ออกจากบ้านพักระหว่างการเข้าโปรแกรม

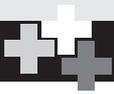
### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 9 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลหลัก และโรคประจำตัว

2) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mini-Mental State Examination: TMSE) ดัดแปลงจากแบบทดสอบการตรวจวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมที่เป็นมาตรฐานสากล คือ แบบทดสอบ Mini Mental State Examination (MMSE) ให้เป็นภาษาไทยโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง<sup>16</sup> 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมน้อยกว่า 24 คะแนน หมายถึง มีภาวะ Cognitive impairment คือ มีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมอง โดยเฉพาะความจำ คะแนน 24 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ไม่มีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมอง โดยเฉพาะความจำ นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80

3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนี บาร์เทล ฉบับภาษาไทย (Barthel Activities of Daily Living index Thai version: Bartel ADL index)<sup>17</sup> 10 ข้อ คะแนนรวม 0-20 คะแนน การแปลผล คะแนนสูง หมายถึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ คะแนนต่ำ หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำ นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88



4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ฉบับภาษาไทย Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)<sup>18</sup> จำนวน 19 ข้อ เป็นมาตรวัด 3 ระดับ มีคะแนนรวม 0-27 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

5) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) ของ World Health Organization<sup>19</sup> แปลใช้ฉบับเป็นภาษาไทย<sup>20</sup> เพื่อประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิต ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมมีจำนวน 26 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ตั้งแต่มากที่สุดถึงไม่เลย ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 มีคะแนนรวม 26 - 130 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความเชื่อมั่นทดสอบก่อนดำเนินการวิจัยในผู้สูงอายุ 10 คน เท่ากับ .90 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการบำบัดแบบทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข Happy Reminiscence Therapy (HRT) โดยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนหลักของกระบวนการกลุ่มบำบัด รวม 6 ครั้ง (ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี รวม 3 สัปดาห์) แต่ครั้งใช้เวลา 45 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมแต่ละครั้ง ดังนี้ 1) สลายความทุกข์พร้อมรับความสุข: เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพในกลุ่ม แลกเปลี่ยนแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกัน 2) วันวานแห่งความสุข: เพื่อแลกเปลี่ยนช่วงเวลาที่เป็นสุขแก่กัน 3) วันวานแห่งมิตรภาพและความรัก: เพื่อแลกเปลี่ยนช่วงเวลาแห่งมิตรภาพ ความสุขในการช่วยเหลือกัน 4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ: เพื่อแบ่งปันความภูมิใจในชีวิตของตนเองที่ผ่านมาแก่กัน 5) บทเรียนที่มีคุณค่าของชีวิต: เพื่อแบ่งปันประสบการณ์ที่ยากลำบากและการเผชิญปัญหาแก่กัน ความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมาจนถึงครั้งใดก็เป็นสุขใจ และ 6) วันสรุปผลความสุขที่ได้รับ ซึ่งในแต่ละครั้งมีขั้นตอน 3 ระยะ คือ ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์นั้น และระยะการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น ซึ่งโปรแกรมฯ นี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา การหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item objective Congruence: IOC) โดยอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญการพยาบาลจิตเวชผู้สูงอายุ 3 ท่าน ได้เท่ากับ .81 และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

### จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เลขที่ IRB. BCNB-2566-04 ลงวันที่ 14 ธันวาคม 2566 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์ และรายละเอียดการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเป็นอาสาสมัครวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินโดยการสัมภาษณ์รายบุคคลก่อนดำเนินโปรแกรม และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดแบบทวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข จำนวน 6 ครั้ง (ทุกวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี รวม 3 สัปดาห์) แต่ครั้งใช้เวลา 45 นาที กลุ่มควบคุมได้รับ



การดูแลตามปกติ หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินอีก 2 ครั้ง คือ หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ และติดตามผลหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 เดือน จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่จำนวนร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต และคะแนนอาการซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Mann-Whitney U-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต และคะแนนอาการซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติอนุมานแบบสติดินอนพาราเมตริก แบบ Friedman test เนื่องจากการทดสอบการแจกแจงหรือการกระจายตัวของข้อมูลมีการกระจายตัวไม่ปกติ และหาความแตกต่างรายคู่ด้วย Wilcoxon signed rang test

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน พบว่า โดยค่าเฉลี่ยอายุ คือ 78.47 และ 77.47 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพโสด ร้อยละ 40.6 และ 46.9 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.9 และ 100 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 50 และ 43.6 ตามลำดับ ไม่มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 100 ทั้งสองกลุ่ม และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 75 ทั้งสองกลุ่ม ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม คือ 16.44 และ 15.69 คะแนน ตามลำดับ และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 18.28 และ 18.94 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทำการทดสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

#### 2. ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ Mann - Whitney U Test ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.039$ ,  $p=.000$  และ  $p=.000$  ตามลำดับ) และในช่วงหลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.011$ ,  $p=.000$  และ  $p=.000$  ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=64)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 32)	กลุ่มควบคุม (n = 32)	Z*	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
<b>คุณภาพชีวิต</b>				
ก่อนการทดลอง	81 (14.48)	74.47 (9.93)	-2.064	.039
หลังการทดลอง	94.84 (7.62)	74.75 (9.65)	-6.074	.000
ติดตาม 1 เดือน	93.41 (8.84)	74.97 (9.38)	-5.684	.000
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>				
ก่อนการทดลอง	8.34 (.902)	7.72 (.991)	-2.542	.011
หลังการทดลอง	3.87 (1.21)	7.56 (.914)	-6.911	.000
ติดตาม 1 เดือน	4.13 (1.54)	7.59 (.911)	-6.414	.000



เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test ในกลุ่มทดลองแต่ละระยะ พบว่า คุณภาพชีวิต ก่อนทดลอง-หลังทดลอง และก่อนทดลอง-การติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) แต่พบว่าหลังการทดลอง - การติดตามผล 1 เดือน พบว่า ไม่แตกต่างกัน ( $p = .141$ ) ส่วนภาวะซึมเศร้า ก่อนทดลอง-หลังทดลอง และก่อนทดลอง-การติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) แต่พบว่าหลังการทดลอง - การติดตามผล 1 เดือน พบว่า ไม่แตกต่างกัน ( $p = .197$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้า ตามช่วงเวลา (ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือน) ของกลุ่มทดลอง ( $n = 32$ )

ตัวแปรที่ศึกษา	Z*	p-value
<b>คุณภาพชีวิต</b>		
ก่อน-หลัง	-4.784 <sup>a</sup>	.000
ก่อน-ติดตาม	-4.661 <sup>a</sup>	.000
หลัง-ติดตาม	-1.472 <sup>a</sup>	.141
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>		
ก่อน-หลัง	-4.971 <sup>a</sup>	.000
ก่อน-ติดตาม	-4.829 <sup>a</sup>	.000
หลัง-ติดตาม	-1.289 <sup>a</sup>	.197

a. Based on positive ranks,

## อภิปรายผล

โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบนวนรวิไลความหลังที่เป็นสุข ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองดีกว่า กลุ่มควบคุม ทั้งหลังการทดลองและเมื่อติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) และส่งผลให้ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งหลังทดลองและติดตามผล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ช่วงก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) แต่เมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลอง-ติดตามผล 1 เดือน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่า การที่ผู้สูงอายุได้เลือกเหตุการณ์ในอดีต ที่น่าจดจำ ทั้งในเรื่องราวแห่งความทุกข์ที่ผ่านมา มิตรภาพ ความภูมิใจ คุณค่าในชีวิต ผลแห่งความสุข แล้วได้หาความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ จากนั้นนำมาแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกัน ตามแนวคิดการระลึกความหลังจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าใจอัตมโนทัศน์ มองเห็นคุณค่าและความหมายของชีวิต เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง พึงพอใจและมีความสุขในชีวิต จึงสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ อีกทั้งส่งเสริมให้การทำหน้าที่ของสมองดีขึ้น โดยเฉพาะด้านความคิด ความจำ และการเรียนรู้ ผู้สูงอายุยังคงความรู้สึกมั่นคงด้านจิตใจ ส่งผลต่อความสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>21</sup> ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยบททวนวรรณกรรม ที่พบว่า การบำบัดด้วยการรำลึกความหลังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เล็กน้อยถึงปานกลาง อีกทั้งช่วยลดอาการซึมเศร้าได้<sup>13-14</sup> นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ แต่ครั้งนั้น ผู้สูงอายุได้พูดคุย มีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>22</sup>

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลอง ช่วงก่อนการทดลอง-หลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง-ติดตามผล



1 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่า แม้อันพักคนชราฯ จะมีกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวัน หลังการทดลอง แต่การร่วมกิจกรรมจะเป็นไปตามความสนใจของผู้สูงอายุ รวมถึงสัดส่วนของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอ ส่งผลให้กระตุ้นการเข้าร่วมกิจกรรมอาจไม่ทั่วถึง และในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวัยก่อนสูงอายุ ที่พบว่าหลังทดลองและติดตามผลไม่แตกต่างกัน<sup>23</sup> ซึ่งการบำบัดด้วยการรำลึกความหลังไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง สามารถชะลอการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมระยะรุนแรงได้ ทั้งนี้ระยะเวลาที่เหมาะสมในการบำบัดแบบกลุ่ม คืออย่างน้อย 4-16 สัปดาห์ และควรกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจึงจะเกิดผลลัพธ์ที่ดี<sup>21,23</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ไปใช้ในการบำบัด ในบุคคลที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับน้อย และมีอาการซึมเศร้าในช่วงวัยอื่น ๆ ได้

### ข้อเสนอแนะการทำวิจัย

ศึกษาในประเด็นระยะเวลาของโปรแกรมฯ ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต หรือนำไปศึกษาในผู้สูงอายุในการส่งเสริมการรู้คิด

## References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai older persons 2023. 1<sup>st</sup> ed. Bangkok: Amarin Corporations Public Company Limited; 2023.
2. World Health Organization. Dementia [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan. 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
3. Department of older person (DOP). Statistics on elderly people using services within the Elderly Social Welfare Development Center For the month of December 2024. [cited 2025 Jan 8]. Available from: [https://www.dop.go.th/th/statistics\\_page?cat=13&type=3&id=2562](https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=13&type=3&id=2562) (in Thai)
4. Boonraksa S, Ondee P, Anurukchuwong S. The effects of memory stimulation and mindfulness-based training program on memory of the elderly with mild dementia. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2021;35(3):126-40.(in Thai)
5. Phoosri P, Booranarek S. Nursing care for older persons with dementia using evidence-based care in caring. *JPNHS [internet]*. 2023 [cited 2025 Jan. 8];15(2):420-8. available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/266304>.(in Thai)
6. Bootwisas N, Intarasat U. Factors contributing quality of life for elders: A studying case in Phra Nakhon Si Ayutthaya city, Phra Nakhon Si Ayutthaya province [dissertation]. Ayutthaya: Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi; 2021.
7. Phoosri P, Sangon S, Nintachan P. Selected factors related to quality of life of older persons with dementia. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2019;33(1):18-35.(in Thai)
8. Wetzels RB, Zuidema SU, de Jonghe JF, Verhey FR, Koopmans RT. Determinants of quality of life in nursing home residents with dementia. *Dement Geriatric Cognitive Disorders* 2010;29(3):189-97.



9. Wangthong A, Wangthong A, Leedeng S, Ma-ing P. The effect of happy reminiscence group therapy program in the elderly at risk of depression. Nong Chik District, Pattani Province. *Journal of Health and Environmental Education* 2020;5(2):92-104.(in Thai)
10. Dourado MC, Sousa MF, Santos RL, Simões JP Neto, Nogueira ML, Belfort TT, Torres B, Dias R, Laks J. Quality of life in mild dementia: patterns of change in self and caregiver ratings over time. *Braz J Psychiatry* 2016 Oct-Dec;38(4):294-300.
11. Laukongtam W, Phimtra S, Kongsuk T, Rungreangkulkij S. The effects of group happy reminiscence therapy on depressive symptoms in thai older people with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2015;29(2):12-27.(in Thai)
12. Wangthong A, Wangthong A, Leedeng S, Latch N. Effects of a happy reminiscence group therapy program according to the holistic nursing model in persons affected by Unrest in 3 Southern Border Provinces: A Case Study. *Journal of environmental and community health* 2020;5(3):1-10.(in Thai)
13. Woods B, O'Philbin L, Farrell EM, Spector AE, Orrell M. Reminiscence therapy for dementia Systematic Reviews. *Cochrane library* 2018 July;3(18): 1-111.
14. Ngamwongwiwat B, Kongsuwan V, Songwathana P. Interventions for improving mental health and quality of life of older adults with mental illness in long-term care: A Systematic Review and Meta-analysis. *PRIJNR* [internet]. 2023 Sep. 28 [cited 2025 Mar. 20];27(4):671-93. available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/261505>
15. Hamilton D. Reminiscence Therapy. In G. Bulechek & J. McCloskey (Eds.), *Nursing Interventions: Treatments for Nursing Diagnoses* 1985;139-51.
16. Institute of Geriatric Medicine, DMS, MOPH, Thailand. Medical technology assessment project relationship comparison preliminary dementia test, Thai version (MMSE-Thai) 2002 and Thai brain performance test (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) in screening elderly people for dementia. ;2008 [cited 2024 Jan. 8]. Available from: [http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/07/book\\_14.pdf](http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/07/book_14.pdf) (in Thai)
17. Chittaphankul S. *Elderly analysis important principles of geriatric medicine* 1999. 2<sup>nd</sup> ed. printing house Chulalongkorn University.(in Thai)
18. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Cornell scale for depression in dementia: Study of residents in a northern Thai long-term care home. *Psychiatry Investigation* 2013; 10(4):359-64.
19. World Health Organization [Internet]. Geneva: Introducing the WHOQOL instruments ;2004 [cited 2024 Jan. 8]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOL-BREF.pdf>
20. Mahatnirunkun S, Tantiwattanasakul W, Phumpaisanchai W, Wongsuwan K, Prommanarangkul R. Comparison of the 100 required and 26 required global physical quality of life scales. Chiang Mai: Suanprung Hospital; 1997.



21. Chaiyasit Y, Kotta P, Chanbunlawat K, Wongarsa P, Seehapun N. The concept of reminiscence therapy: nursing implication for older persons with dementia. *J Nurs Sci Health* [internet]. 2017 [cited 8 Jan. 2025];40(4):142–51. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/77614>.(in Thai)
22. Kansri J, Yotthongdi N, Booranarek S. The effect of the brain exercise program applying neurobic exercise theory on depression among older adults with mild cognitive impairment. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* [internet]. 2018 [cited 2025 Jan. 8];34(3):65–76. available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/168625>.(in Thai)
23. Apisitwasana N, Thammaraksa P, Wisawatapnimit P, Srichairattanakull J, Chosivasakul K, Kunlaka S, Thongnum N, Nakphu T, Vanmamut P. The effects of the cognitive stimulation model using community participation for pre-aging persons with chronic diseases in an urban area. *BCNNON Hlth Sci Res J* [internet]. 2024 [cited 2025 Jan. 8];18(1):133–44. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/266198>.(in Thai)



## การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลนครพนม

### Development of a Nursing Care Model for Elderly Patients with Undergoing Total Hip Arthroplasty at Nakhonphanom Hospital

ปนัดดา สติชัยวัฒน์<sup>1</sup>, ลัดดาวลัย พุทธรักษา<sup>2</sup>, อนันตพร นิธิเดชาวิชิต<sup>1</sup>

Panudda sathitwat<sup>1</sup>, Laddawan Puttaruksa<sup>2</sup>, Anantaporn Nitidechwisit<sup>1</sup>

<sup>1</sup>โรงพยาบาลนครพนม <sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>1</sup>Nakhonphanom Hospital <sup>2</sup>Faculty of Nursing, Burapha university

Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; Email: laddawan@buu.ac.th

Received: December 4, 2024 Revised: January 25, 2025 Accepted: March 20, 2025

#### บทคัดย่อ

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้น การพัฒนา รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จึงเป็นเรื่องที่จำเป็น การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ สะโพกเทียม โรงพยาบาลนครพนม ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการพัฒนารูปแบบฯ โดยมีการวิเคราะห์สถานการณ์ การออกแบบรูปแบบฯ และการทดลองใช้โดยบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 12 คน และระยะที่ 2 เป็น การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบโดยทดลองใช้กับ ผู้ป่วย 30 คน ผู้ดูแล 30 คน และพยาบาล 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ตรวจสอบเวชระเบียน และประเมินความพึงพอใจ ซึ่งรูปแบบการ พยาบาลที่พัฒนาขึ้นมี 4 ระยะสำคัญ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด เป็นระยะที่เตรียมความพร้อม ลดความเสี่ยง และเพิ่มโอกาสการฟื้นตัว ระยะระหว่างผ่าตัด เน้นการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดภาวะแทรกซ้อน ระยะหลังผ่าตัด เป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ควบคุมความปวด และฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะการดูแล ต่อเนื่อง ซึ่งมุ่งลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อใช้รูปแบบที่ พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ระยะเวลาการผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลลดลงอย่างมี นัยสำคัญ ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพิ่มขึ้น โดยผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลในระดับสูง และทุกกลุ่มมีความพึงพอใจระดับสูงสุด สรุปได้ว่า รูปแบบการพยาบาลนี้ช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นไปอย่างมี ระบบ ครอบคลุม และต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิก และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยสูงอายุ; เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม; รูปแบบการพยาบาล



## Development of a Nursing Care Model for Elderly Patients with Undergoing Total Hip Arthroplasty at Nakhonphanom Hospital

Panudda sathitwat<sup>1</sup>, Laddawan Puttaruksa<sup>2</sup>, Anantaporn Nitidechwisit<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nakhonphanom Hospital <sup>2</sup>Faculty of Nursing, Burapha university

Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; Email: laddawan@buu.ac.th

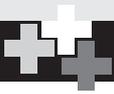
Received: December 4, 2024 Revised: January 25, 2025 Accepted: March 20, 2025

---

### Abstract

Hip replacement surgery for the elderly has increased, so the development of a nursing care model for elderly patients receiving total hip arthroplasty suitable for a particular context is necessary. This study aimed to develop and evaluate a nursing model for elderly patients undergoing hip replacement surgery at Nakhon Phanom Hospital from September 2022 to February 2024. The study was conducted in two phases: Phase 1 focused on developing the nursing model through situation analysis, model design, and pilot implementation involving 12 multidisciplinary healthcare professionals. Phase 2 involved evaluating the model's effectiveness, using 30 elderly patients, 30 caregivers, and 30 nurses through interviews, medical record reviews, and satisfaction assessments. The developed nursing practice guideline consisted of four key phases: Preoperative Care, which focused on patient readiness, risk reduction, and enhanced recovery; Intraoperative Care, ensuring patient safety and minimizing complications; Postoperative Care, emphasizing complication monitoring, pain management, and rehabilitation; and Continuing Care, aimed at long-term recovery monitoring, reducing complications, and preventing hospital readmissions. The study results showed significant improvements, including reduced surgery waiting time, shorter hospital stays, and lower medical costs. Additionally, no hospital readmissions were recorded within 28 days, and patients demonstrated a statistically significant improvement in performing daily activities. Caregivers exhibited high levels of knowledge and caregiving competence, while all groups reported the highest level of satisfaction. In conclusion, this nursing model promotes structured, comprehensive, and continuous care for elderly patients receiving total hip arthroplasty. The case management nurses play a crucial role in improving clinical outcomes, fostering collaboration, and enhancing the long-term quality of care for elderly patients undergoing hip replacement surgery.

**Keywords:** elderly patients; hip arthroplasty; nursing care model



## ความเป็นมาและความสำคัญ

กระดูกสะโพกหัก (hip fracture) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ<sup>1</sup> จากรายงานในต่างประเทศพบว่าผู้สูงอายุในยุโรปกว่า 700,000 คนต่อปีประสบภาวะกระดูกสะโพกหัก และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 20-25 ในปีแรกหลังเกิดการหักกระดูกสะโพก<sup>2</sup> และจากการศึกษาของสมาคมโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549 พบว่าอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในจังหวัดเชียงใหม่อยู่ที่ 253.3 ต่อประชากรสูงอายุ 100,000 คน (ชาย 135.9, หญิง 367.9) โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 70 ปี<sup>3</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหากระดูกสะโพกหักเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงอันดับ 1 ใน 6 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18-20 เป็นร้อยละ 30-68<sup>4</sup> ภาวะกระดูกสะโพกหักเป็นภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็ว เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิต โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายสนับสนุนให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งให้มีการจัดระบบบริหารจัดการการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง และกำหนดเป็นตัวชี้วัดของเขตบริการสุขภาพ<sup>5</sup>

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความเจ็บปวด ฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหว และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างใกล้เคียงปกติ อย่างไรก็ตาม การรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมักพบอุปสรรค เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อ ข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด การเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือด และแผลกดทับ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มักมีโรคร่วมหลายโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ทำให้การดูแลซับซ้อนยิ่งขึ้น<sup>6</sup> ส่งผลต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย การกลับมารักษาซ้ำ และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต<sup>7</sup>

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นหัวข้อที่ได้รับความสนใจอย่างมาก ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2568 เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ประสบปัญหากระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วและลดภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง อย่างไรก็ตาม การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและสามารถนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลเพื่อให้สามารถพัฒนาแนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงสุด แนวคิด Donabedian เป็นกรอบแนวทางที่ใช้ประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพ โดยมุ่งเน้นที่ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมให้มีคุณภาพมากขึ้น จากการใช้กรอบแนวคิดนี้เพื่อวิเคราะห์คุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลนครพนม ทั้ง 3 ด้าน พบว่า (1) โครงสร้าง (structure) พิจารณาจากผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล โครงสร้างทางกายภาพ และทรัพยากรของสถานพยาบาลซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลนครพนมเป็นโรงพยาบาลขนาด 392 เตียง พบว่าจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วย 60, 68 และ 72 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ที่ 12.42-13.30% และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ยังคงเป็นปัญหา สาเหตุสำคัญของปัญหานี้คือโครงสร้างการดูแลที่ยังไม่สมบูรณ์ โรงพยาบาลขาดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเฉพาะทางและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ ซึ่งล้วนเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพการดูแล (2) กระบวนการ (process) พิจารณาจากอุปสรรคในการดำเนินการ แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจะต้องดำเนินไปอย่างเป็นระบบ แต่จากการทบทวนแนวทางปฏิบัติพบว่ายังมีปัญหาหลายประการที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา เช่น



1) ความล่าช้าในการผ่าตัด 2) การขาดแผนการดูแลแบบบูรณาการ โดยการดูแลผู้ป่วยยังคงอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาลเป็นหลัก ส่วนวิชาชีพอื่น เช่น นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเภสัชกร เข้ามามีส่วนร่วมเฉพาะเมื่อได้รับคำปรึกษา ทำให้ขาดการประสานงานที่ต่อเนื่อง 3) การไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ส่งผลให้แนวทางการดูแลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ซึ่งอาจนำไปสู่ข้อผิดพลาด เช่น การติดเชื้อ แผลกดทับ หรือข้อสะโพกหลุด และ 4) การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง พบว่าการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้การดูแลที่บ้านไม่มีประสิทธิภาพ และเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยต้องกลับมารับการรักษาซ้ำ (3) ผลลัพธ์ (outcome) เป็นความท้าทายที่ยังคงอยู่ ซึ่งผลลัพธ์ของการดูแลในปัจจุบันสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดล่าช้าหรือไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และอัตราการเสียชีวิตใน 1 ปีแรก หลังผ่าตัดยังคงสูง ซึ่งบ่งชี้ว่าการดูแลผู้ป่วยยังขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลต่อเนื่อง

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ข้างต้นพบประเด็นปัญหาด้านกระบวนการให้บริการที่มีความล่าช้า ขาดความต่อเนื่องและไม่ครอบคลุม ทำให้ภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น และด้านผลลัพธ์พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำและอัตราการเสียชีวิตยังคงสูง ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาลจึงมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลแบบบูรณาการ จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมพบว่า 1) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่กำหนดบทบาทชัดเจน เช่น ระบบพี่เลี้ยงและการติดตามผล ส่งผลให้พยาบาลปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและพึงพอใจมากขึ้น<sup>8</sup> 2) การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่นการจัดการผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โดยเน้นการดูแลเฉพาะบุคคลในทุกระยะของการผ่าตัด ช่วยลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนได้<sup>6,9</sup> 3) แนวปฏิบัติทางการพยาบาล แนวทางที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การดูแลก่อน-หลังผ่าตัด และการฟื้นฟูต่อเนื่อง จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้เช่นกัน<sup>10</sup> 4) การพยาบาลแบบคาดการณ์ล่วงหน้า ซึ่ง Guo & Zhang<sup>11</sup> พบว่าการพยาบาลที่ประเมินความเสี่ยงล่วงหน้า ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน เช่น ลิ่มเลือดดำ และเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูสะโพก 5) การดูแลแบบต่อเนื่อง (Continuous Nursing Case: CNC) งานวิจัยในปี 2021 พบว่า CNC ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสะโพก ลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่าการพยาบาลทั่วไป<sup>12</sup> และ 6) การใช้รูปแบบพึ่งพาตนเองของโอเร็ม<sup>13</sup> ซึ่ง Ji & Yang<sup>14</sup> พบว่ารูปแบบนี้ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุ จะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติรวดเร็วขึ้นด้วย จะเห็นได้ว่าการใช้รูปแบบการพยาบาลที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นการพยาบาลแบบคาดการณ์ล่วงหน้า การดูแลต่อเนื่อง และการพึ่งพาตนเอง จะเห็นได้ว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานมีความสำคัญในการเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของผู้ป่วยสูงอายุเป็นอย่างมาก

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลนครพนม และผลการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยใช้แนวคิด การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเน้นการทำงานร่วมกันในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวางแผน การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล ทั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดของ Donabedian มาใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ (1) **ด้านโครงสร้าง (structure)** เป้าหมายคือ สร้างระบบสนับสนุนและทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เช่น การกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและประกาศใช้อย่างเป็นทางการ ทำงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) แนวคิดพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (case manager nurse)



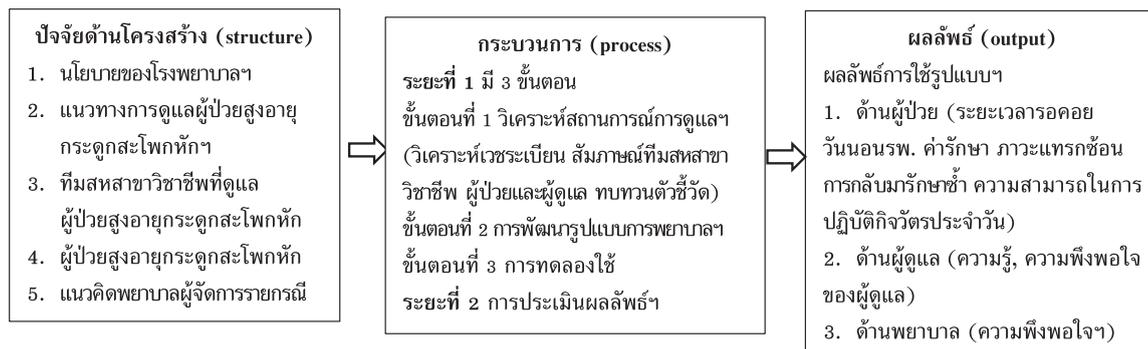
และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล (2) ด้านกระบวนการพัฒนา (process) เป้าหมายคือ ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้มีความเป็นระบบและลดความล่าช้าในการรักษา มีขั้นตอนการพัฒนาดังนี้ 1) วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดูแล โดยการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล การวิเคราะห์เวชระเบียน และการตรวจสอบตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน 2) การพัฒนารูปแบบการพยาบาล การออกแบบแนวทางการดูแลที่เป็นระบบ โดยใช้แนวทางที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ การนำแนวคิดพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (case manager nurse) และ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยครอบคลุมการดูแลระยะยาวมาใช้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล 3) ทดลองใช้รูปแบบการพยาบาล โดยการนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องติดตามและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดูแล และ 4) การประเมินผล วิเคราะห์ผลลัพธ์ของการดูแล โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบปรับปรุงและพัฒนาแนวทางเพิ่มเติม ตามข้อเสนอแนะจากบุคลากรและผู้ป่วย และ (3) ด้านผลลัพธ์ (outcome) เป้าหมายคือ ปรับปรุงคุณภาพผลลัพธ์ของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟู โดยมีเกณฑ์การวัดผลลัพธ์ คือ ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดลดลง ระยะเวลานอนโรงพยาบาลสั้นลง ค่ารักษาพยาบาลลดลง ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นและด้านพยาบาล ความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลดีขึ้น ลดภาระงานที่ไม่จำเป็น ในการนี้ผู้วิจัยได้นำกระบวนการวิจัยและพัฒนา (research and development) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่เหมาะสมกับบริบทการให้บริการของโรงพยาบาลนครพนม โดยหวังว่ากระบวนการวิจัยและพัฒนาดังกล่าวจะช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างเป็นระบบและมีกระบวนการประเมินผลผลลัพธ์การดูแลด้วยกระบวนการวิจัยที่ช่วยให้ผลลัพธ์เกิดความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโรงพยาบาลนครพนม โดยแนวคิดการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การลดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ได้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจและร่วมปฏิบัติ และติดตามประเมินผล<sup>6,8</sup> ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีของ Donabedian<sup>15</sup> มาใช้ในการดำเนินการพัฒนาซึ่งประกอบด้วย ด้านโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (output)



## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะเวลาที่ 1 คือ วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลแบบเดิม และพัฒนารูปแบบการดูแลใหม่ และระยะเวลาที่ 2 คือ ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สถานที่ดำเนินการ โรงพยาบาลนครพนม ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม ตามระยะการทำวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ประชากรในระยะนี้ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลนครพนม โดยครอบคลุมสหสาขาวิชาชีพ เช่น ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ วัสดุแพทย์ อายุรแพทย์ พยาบาลในห้องผ่าตัด พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ พยาบาลชุมชน นักกายภาพบำบัด โภชนากร และเภสัชกร รวมทั้งหมด 68 คน

ระยะที่ 2 ประชากรในระยะนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมระหว่างเดือนกันยายน 2565 ถึงกุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 102 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ คู่สมรส บุตร-หลาน หรือผู้ดูแลที่ได้รับมอบหมายจากครอบครัว จำนวน 102 คน และ 3) บุคลากรพยาบาล ประกอบด้วย วัสดุแพทย์พยาบาล 11 คน พยาบาลห้องผ่าตัด 10 คน พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 12 คน และพยาบาลกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน 3 คน รวมทั้งหมด 36 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการด้วยวิธีแบบเจาะจง (purposive sampling) จากประชากรเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรทางการแพทย์ 12 คน ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ บุคลากรที่ลาออกระหว่างการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 30 คน ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยกระดูกสะโพกหัก ไม่มีกราบบาดเจ็บส่วนอื่น และยินดีเข้าร่วมวิจัย ส่วนผู้ป่วยที่แพทย์จำหน่ายก่อนกำหนดหรือเสียชีวิตจะถูกคัดออก

2. ผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 คน ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย รับรู้ปกติ สามารถสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจะถูกคัดออก



3. บุคลากรพยาบาล จำนวน 30 คน เช่น วิทยาลัยพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์ เกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นพยาบาลวิชาชีพและยินดีเข้าร่วม ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ พยาบาลที่ย้ายออกจาก แผนกในช่วงเวลาศึกษา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม มี 6 องค์ประกอบ คือ แผนการดูแลผู้ป่วย พยาบาลผู้จัดการรายกรณี แนวปฏิบัติการพยาบาล การมีส่วนร่วมของครอบครัว การวางแผนจำหน่าย 5 ขั้นตอน และการติดตามเยี่ยม มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ใช้ในขั้นตอนการประเมินผล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 7 เครื่องมือ ดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์ สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการดูแล ปัญหา และแนวทางแก้ไข ส่วนผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับบริการและความต้องการ

2.2 แบบตรวจสอบเวชระเบียน รวบรวมข้อมูล เช่น เพศ อายุ การวินิจฉัย การรักษา ระยะเวลาการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน การวางแผนจำหน่าย การกลับมารักษาซ้ำ ฯลฯ

2.3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้ดัชนี Barthel ADL ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>16</sup> ซึ่งคะแนนรวม 0-20 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 12-20 คะแนน ผู้ป่วยพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย 5-11 คะแนน ผู้ป่วยพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง และ 0-4 คะแนน ผู้ป่วยพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

2.4 แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแล จำนวนข้อสอบ 20 ข้อ (ตอบ ใช่/ไม่ใช่/ไม่ทราบ) โดยพิจารณาเกณฑ์การวัดผล<sup>17</sup> ดังนี้ คะแนน < 60% แปลผลว่ามีความรู้ระดับต่ำ คะแนน 60-79% แปลผลว่าความรู้ระดับปานกลาง และ คะแนน  $\geq$  80% แปลผลว่าความรู้ระดับสูง และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

2.5 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลครอบครัว 4 ด้าน ประกอบด้วย กิจวัตรประจำวัน ฟื้นฟู การเคลื่อนไหว และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นแบบสอบถาม Likert scale 3 ระดับ คือ ระดับ .00-.66 คะแนน แปลว่า ความสามารถต่ำ ระดับ .67-1.32 คะแนน แปลว่าความสามารถปานกลาง และ ระดับ 1.33-2.00 แปลว่า ความสามารถสูง โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .94 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

2.6 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นแบบสอบถาม 7 ข้อ (5 ระดับ) ซึ่งคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 แปลว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลพึงพอใจมากที่สุด และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 แสดงว่าพึงพอใจน้อยที่สุด โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

2.7 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล เป็นแบบสอบถาม 6 ข้อ (5 ระดับ) ซึ่งคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 แปลว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลพึงพอใจมากที่สุด และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 แสดงว่าพึงพอใจน้อยที่สุด โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95



## ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลนครพนม มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในระหว่างเดือนกันยายน 2565 ถึงตุลาคม 2565 โดยวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยฯ ในรูปแบบเดิมจากหลากหลายแหล่ง ได้แก่ 1) วิเคราะห์จากเวชระเบียน โดยใช้ข้อมูลจากของผู้ป่วยในปี 2564 จำนวน 30 ฉบับ 2) สัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 12 คน ซึ่งครอบคลุมคัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ วิสัญญีแพทย์ อายุรแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลในห้องผ่าตัด พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ พยาบาลชุมชน นักกายภาพบำบัด โภชนากร และเภสัชกร เพื่อรวบรวมความคิดเห็นและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และ 3) สัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่านการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และผู้ดูแล จำนวน 5 คน

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำ (ร่าง) รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงกุมภาพันธ์ 2566 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และยกร่างฯ เพื่อทดลองใช้ต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการพยาบาล ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2566 ถึงกรกฎาคม 2566

ระยะที่ 2 การประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาล ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 ถึงกุมภาพันธ์ 2567 โดยผู้วิจัยได้นำรูปแบบการพยาบาลฯ ที่ได้รับการปรับปรุง 2 ครั้ง ไปใช้ในการประเมินผล โดยทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มละ 30 คน เพื่อวัดประสิทธิภาพและความเหมาะสมของแนวทางการพยาบาลที่พัฒนา โดยการประเมินผลลัพธ์แบ่งออกเป็น 3 ด้านหลัก ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ประเมินได้จากตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ ได้แก่ ระยะเวลารอคอยการผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล ประเมินได้จาก ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วย รวมถึงวัดระดับระดับความพึงพอใจต่อบริการที่ผู้ป่วยได้รับ

3. ผลลัพธ์ด้านพยาบาล ประเมินได้จาก ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลใหม่ ประเมินประสิทธิภาพและความเหมาะสมของแนวทางปฏิบัติในบริบทการทำงานจริง

ซึ่งการสรุปผลการประเมินจะแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีศักยภาพในการลดภาระการดูแล ปรับปรุงคุณภาพการรักษา และเพิ่มความพึงพอใจในทุกกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาล ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของกระบวนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ครอบคลุมทุกมิติของการดูแล

### การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อประเมินผลลัพธ์และประสิทธิภาพของรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการวิเคราะห์เวชระเบียนย้อนหลังปี 2564 สัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล และทบทวนตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย

1.2 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบบรรยาย และสรุปเชิงวิเคราะห์



## 2. ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 เก็บข้อมูลจาก 1) ความรู้ของผู้ดูแล โดยเก็บก่อนและหลังการสอนตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยเก็บก่อนจำหน่าย หลังจำหน่าย 30 วัน และ 3 เดือน 3) ความสามารถและความพึงพอใจของผู้ดูแล ประเมินหลังจำหน่าย 30 วัน 4) ความพึงพอใจของพยาบาล ประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ และ 4) เก็บข้อมูลเชิงระบบ เช่น ระยะเวลารอผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยใช้แบบบันทึกเวชระเบียน

2.2 วิเคราะห์ข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล วิเคราะห์ค่าความสามารถ และความพึงพอใจ ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 3) การเปรียบเทียบผลลัพธ์วิเคราะห์ได้โดย 3.1) เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ระหว่างก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่าย 30 วัน และ 3 เดือน และ 3.2) เปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลก่อนและหลังการสอนโดยใช้สถิติทดสอบค่าที่แบบจับคู่ (Paired t-test)

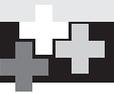
## จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม (เลขที่ NP-EC11-No. 41/2565) โดยได้รับการรับรองตั้งแต่วันที่ 3 กันยายน 2565 ถึงวันที่ 2 กันยายน 2566 และต่ออายุครั้งที่ 2 สำหรับการดำเนินการตั้งแต่วันที่ 3 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 2 กันยายน 2567 เพื่อคุ้มครองสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การให้ข้อมูลที่ชัดเจน ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย และความสำคัญของการเข้าร่วม พร้อมตอบข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจรายละเอียดอย่างครบถ้วน 2) การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับหรือกดดัน และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมในตลอดเวลาใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และ 3) การปกป้องผลกระทบต่อการรักษา การปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางการแพทย์

## ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลนครพนม โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีของ Donabedian

จากการวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลนครพนม ก่อนการพัฒนาแนวทางใหม่พบว่า การดูแลผู้ป่วยฯ ยังขาดแนวทางที่เป็นระบบ ส่งผลให้เกิดปัญหาหลายด้าน นอกจากนี้ยังพบว่าทีมสหสาขาวิชาชีพไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานกลางทำให้ขาดแผนการดูแลที่ชัดเจน นอกจากนี้รูปแบบเดิมยังขาดการดูแลอาการอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลทำส่งผลให้การติดตามผลและการสื่อสารในทีมสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ และแนวทางการดูแลไม่สม่ำเสมอเนื่องจากพยาบาลแต่ละคนมีวิธีปฏิบัติที่แตกต่างกัน รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวยังไม่เป็นระบบโดยญาติผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนให้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การวางแผนจำหน่ายขาดการบูรณาการโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเพียงฝ่ายเดียวในวันกลับบ้าน และยังไม่พบการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้แผนดูแลหลังจำหน่ายไม่ครอบคลุม ซึ่งการดูแลต่อเนื่องที่มีช่องว่างนี้ทำให้ผู้ป่วยบางรายขาดการติดตามอาการและมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงความ



จำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เป็นระบบและมีมาตรฐาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างมีคุณภาพ

การศึกษานี้ได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลนครพนม เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาล (clinical nursing practice guideline) โดยใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian ซึ่งแบ่งออกเป็น ด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (outcome) เพื่อวิเคราะห์และพัฒนาคุณภาพการดูแลที่เหมาะสม โดย (1) ด้านโครงสร้างกำหนดให้แนวปฏิบัติมีมาตรฐานครอบคลุมทุกระยะของการดูแล และมีทีมสหสาขาวิชาชีพทำงานร่วมกันอย่างมีระบบ พร้อมทั้งจัดตั้งผู้จัดการรายกรณี (case manager) เพื่อประสานงานระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว (2) ด้านกระบวนการกำหนดให้แนวทางการดูแลต้องพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์โดยเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในทุกๆ ระยะ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม และ (3) ด้านผลลัพธ์ กำหนดให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ภาวะแทรกซ้อนลดลง และอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง นอกจากนี้ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ต้องเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยสรุปรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลนครพนม โดยจัดทำเป็นแนวปฏิบัติและแบ่งตามระยะของแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การดูแลก่อนผ่าตัด (preoperative phase) การดูแลก่อนการผ่าตัดฯ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มต้นจากแพทย์ศัลยกรรมกระดูกเป็นผู้วางแผนการรักษาและประเมินปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคร่วม โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดและการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงตอบข้อสงสัยเพื่อสร้างความมั่นใจ และนักกายภาพบำบัดทำหน้าที่ประเมินสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับท่าทางที่เหมาะสม และฝึกการใช้เครื่องช่วยพยุง เช่น ไม้เท้าหรือวอล์กเกอร์ สำหรับระยะนี้สิ่งสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ภาวะโภชนาการซึ่งส่งผลต่อการหายของแผลและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ รวมถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่อาจมีความกังวลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการผ่าตัดและการฟื้นตัว ซึ่งพยาบาลจะต้องให้การสนับสนุนทางจิตใจและให้ข้อมูลเชิงบวก โดยมีผลลัพธ์ที่คาดหวังคือผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอ สามารถเตรียมตัวได้อย่างเหมาะสม ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความร่วมมือในระหว่างการรักษา ซึ่งส่งผลให้กระบวนการฟื้นฟูเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงสุด

ระยะที่ 2 การดูแลระหว่างผ่าตัด (intraoperative phase) ในระหว่างการผ่าตัดฯ ทีมสหสาขาวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดภาวะแทรกซ้อน โดยวิสัญญีแพทย์ทำหน้าที่ควบคุมระดับยาสงบ ปรับปริมาณยา และดูแลระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่วนพยาบาลห้องผ่าตัดทำหน้าที่ดูแลความพร้อมของเครื่องมือและติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วย สำหรับระยะนี้สิ่งสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ภาวะเลือดออกผิดปกติที่อาจเกิดจากการบาดเจ็บของเส้นเลือด รวมถึงการตอบสนองต่อยาสงบที่อาจทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำหรือหยุดหายใจชั่วคราวได้ นอกจากนี้การนอนท่าเดิมนานๆ ในห้องผ่าตัดจะมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับได้จึงต้องได้รับการป้องกันโดยการจัดท่าผ่าตัดที่เหมาะสม ผลลัพธ์ที่คาดหวังในขั้นตอนนี้คือ ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินได้ทันที่ส่งผลให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างปลอดภัยและราบรื่น

ระยะที่ 3 การดูแลหลังผ่าตัด (postoperative phase) สำหรับระยะหลังการผ่าตัดฯ ทีมสุขภาพต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ควบคุมความปวด และส่งเสริมการฟื้นฟู โดยพยาบาลที่หอบผู้ป่วยจะต้องให้การดูแลการอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน การติดเชื้อ และข้อสะโพกเคลื่อนหลุด โดยให้ยาควบคุมความปวดตาม



แผนการรักษาและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนักกายภาพบำบัดมีหน้าที่สำคัญคือช่วยให้ผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัยภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยฝึกการลุก นั่ง ยืน และใช้เครื่องช่วยเดินเพื่อลดความเสี่ยงจากพลัดตก หกล้ม สำหรับระยะนี้สิ่งสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ อาการปวดรุนแรงผิดปกติ และอาการบวมแดง ร้อนบริเวณแผล ซึ่งอาจเป็นสัญญาณของการติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนได้ สำหรับผลลัพธ์ที่คาดหวังในระยะนี้คือ ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นตัว ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างปลอดภัย มีอาการปวดลดลง และสามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้น

ระยะที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง (continuing care phase) ภายหลังจากจำหน่าย การดูแลอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จะทำหน้าที่ติดตามอาการของผู้ป่วย ประเมินความสามารถในการเดิน ความปวด และสมรรถภาพร่างกาย ซึ่งพยาบาล จะให้คำแนะนำด้านโภชนาการและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน และหากพบข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวพยาบาลจะทำหน้าที่ประสานนักกายภาพบำบัดเพื่อปรับแผนการฟื้นฟู และครอบครัวของผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและช่วยดูแลการเคลื่อนไหว สำหรับระยะนี้สิ่งสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ความสามารถของผู้ป่วยในการเดินและดูแลตนเอง และความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดจากข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วย ผลลัพธ์ที่คาดหวังในระยะนี้คือ ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .01$ ) และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ผลการศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การลดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาล โดยมีลักษณะข้อมูลทั่วไปดังนี้

- 1) กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ (30 คน) เป็นเพศหญิงมากที่สุด 73.33% มีอายุเฉลี่ย 70.68 ปี (SD= 6.85) มีโรคประจำตัว 83.33% สาเหตุการบาดเจ็บที่พบบ่อยที่สุดคือ การหกล้ม 86.67%
- 2) กลุ่มผู้ดูแล (30 คน) เป็นเพศหญิงมากที่สุด 80 % มีอายุเฉลี่ย 43.23 ปี (SD=10.65) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษา (53.33%) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุด 60 %
- 3) กลุ่มพยาบาล (30 คน) เป็นเพศหญิงมากที่สุด 91.17% มีอายุเฉลี่ย 41.45 ปี (SD=7.40) ประสบการณ์การทำงานที่พบบ่อยที่สุด 11-15 ปี (36.76%)

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

### 1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

การประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ระยะเวลารอคอยการผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนี้

1.1 ระยะเวลารอคอยการผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่าหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ดังนี้ 1) ระยะเวลารอคอยการผ่าตัด ลดลงจาก 52.46 ชั่วโมง (SD=1.76) เหลือ 37.96 ชั่วโมง (SD=1.38) ลดลงเฉลี่ย 14.52 ชั่วโมง 2) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดลงจาก 11.34 วัน (SD=1.68) เหลือ 8.90 วัน (SD=1.24) ลดลงเฉลี่ย 2.40 วัน และ 3) ค่ารักษาพยาบาล ลดลงจาก 77,345.22 บาท (SD=3,191.48) เหลือ 70,452.31 บาท (SD=3,636.73) ลดลงเฉลี่ย 6,892.91 บาท



1.2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จากผลการวิจัย พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดลงจาก 12.70% เหลือเพียง 3.30% อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงจาก 6.10% เหลือ 0%

### 1.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

จาก ตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่าย มีค่าเฉลี่ย 11.26(SD=1.14) หลังจำหน่าย 30 วัน มีค่าเฉลี่ย 14.86 (SD=1.04) และหลังจำหน่าย 3 เดือน มีค่าเฉลี่ย 16.86(SD=1.22) เมื่อทำการเปรียบเทียบพบว่า ภายหลังจากการจำหน่ายผู้ป่วยมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $p<0.01$ )

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n=30)

ช่วงเวลา	Mean	SD	t-value	p-value
ก่อนจำหน่าย	11.26	1.14		
หลังจำหน่าย 30 วัน	14.86	1.04	-16.543	.000
หลังจำหน่าย 3 เดือน	16.86	1.22	-27.082	.000

## 2. ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล

### 2.1 ความรู้ของผู้ดูแลก่อนและหลังการสอนการใช้รูปแบบการพยาบาล

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลก่อนการสอนตามรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 8.50 (SD=1.27) มีค่าต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภายหลังการสอน 18.05 (SD=.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -34.0$ ,  $p<.01$ )

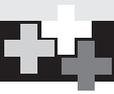
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ของผู้ดูแลก่อนและหลังการสอน (n=30)

ระยะเวลา	คะแนนความรู้ของผู้ดูแล		t-value	p-value
	Mean	SD		
ก่อนสอน	8.50	1.27	-34.00	.000*
หลังสอน	18.05	.99		

2.2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย 30 วัน จากผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=1.82, SD=.40) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในแต่ละด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.75-1.92 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่าง .20-0.41 เรียงลำดับจากมากไปน้อยได้ดังนี้ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ

### 2.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อบริการที่ได้รับ

จาก ตารางที่ 6 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยรวมต่อบริการที่ได้รับอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.69, SD=.46) โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ การสอนและสาธิตเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (Mean =4.86, SD=.34) รองลงมาคือ การติดตามเยี่ยม (Mean =4.80, SD=.46)



ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล (n=30)

ด้านความพึงพอใจ	Mean(SD)	ระดับความพึงพอใจ
การสอนและสาธิตการดูแลผู้ป่วย	4.86(.34)	มากที่สุด
การติดตามเยี่ยม	4.80(.46)	มากที่สุด
การให้ข้อมูลแผนการรักษา	4.70(.49)	มากที่สุด
ความสะอาดและรวดเร็วของบริการ	4.65(.44)	มากที่สุด
การตอบข้อซักถามและแก้ปัญหา	4.65(.49)	มากที่สุด
การประสานการทำงานของทีมดูแล	4.63(.50)	มากที่สุด
การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	4.60(.50)	มากที่สุด
รวม	4.69(.46)	มากที่สุด

### 3. ผลลัพธ์ด้านพยาบาล

#### 3.1 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลฯ

จากการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ตารางที่ 7 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด (Mean=4.70, SD=.60) และเมื่อพิจารณา รายข้อพบว่าคะแนนความพึงพอใจทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุด โดยข้อที่มีคะแนนสูงที่สุด ได้แก่ รูปแบบฯ ทำให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ (Mean=4.87,SD=.21) รองลงมาคือรูปแบบฯ ทำให้การสื่อสารและการประสานงานของ ทีมมีความสะอาดและรวดเร็ว (Mean=4.78,SD=.44)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาล (N=30)

ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลฯ	Mean(SD)	ระดับความพึงพอใจ
รูปแบบฯ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	4.87(.21)	มากที่สุด
รูปแบบฯ ทำให้การประสานการทำงานสะอาดและรวดเร็ว	4.78(.44)	มากที่สุด
รูปแบบฯ ทำให้ทราบบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ	4.68(.70)	มากที่สุด
รูปแบบฯ ทำให้ทีมได้ใช้ความรู้และความสามารถ	4.67(.71)	มากที่สุด
พึงพอใจในบทบาทของตนเองตามที่กำหนดในรูปแบบฯ	4.61(.68)	มากที่สุด
รูปแบบฯ มีความชัดเจนสามารถปฏิบัติได้	4.57(.78)	มากที่สุด
รวม	4.70(.60)	มากที่สุด

### อภิปรายผล

1. การศึกษานี้มุ่งพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลนครพนม โดยใช้แนวปฏิบัติกรพยาบาลตามกรอบแนวคิดของ Donabedian ซึ่งแบ่งเป็นโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) เพื่อให้การดูแลมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ในด้านโครงสร้าง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกำหนดให้แนวปฏิบัติครอบคลุมทุกระยะของการดูแล มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำงานร่วมกันเป็นระบบ และมีผู้จัดการรายกรณี (case manager) เพื่อประสานงานระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านกระบวนการ การดูแลต้องอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเน้นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ในทุกระยะ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนด้านผลลัพธ์



คาดหวังให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ดูแลและบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งแนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นครอบคลุม 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัดที่มุ่งเตรียมความพร้อม ลดความเสี่ยง และเพิ่มโอกาสการฟื้นตัว ระยะระหว่างผ่าตัดที่เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย ระยะหลังผ่าตัดที่มุ่งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ควบคุมความปวด และฟื้นฟูสมรรถภาพ และระยะการดูแลต่อเนื่องที่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของ Guo & Zhang<sup>11</sup> พบว่าผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกันในด้านการพยาบาลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยเน้นการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและการฟื้นฟูผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พรธิดา ชื่นบาน, ธนาวรรณ แสนปัญญา และทิพากร กระแสร์<sup>8</sup> ที่พบว่าการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน เช่น ระบบพี่เลี้ยง และการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามงานวิจัยของ Guo & Zhang<sup>11</sup> มุ่งเน้นไปที่การประเมินผลของรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง (continuous nursing care: CNC) เป็นหลัก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Guo, Zhao & Xu<sup>12</sup> ที่พบว่า การดูแลแบบ CNC ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่งานวิจัยที่โรงพยาบาลนครพนมพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด และการดูแลต่อเนื่อง

สำหรับการดูแลเฉพาะบุคคลและการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ji & Yang (2023)<sup>14</sup> ที่ระบุว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย อีกทั้งแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด รวมถึงการติดตามผลต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ยังช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ลดการกลับมารักษาซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยในปี 2021 ที่ระบุว่าการดูแลต่อเนื่อง (CNC) สามารถลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>12</sup> นอกจากนี้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จะช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดสะโพกอย่างครอบคลุม สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Zhu et. al.<sup>13</sup> พบว่าการออกแบบแนวทางการพยาบาลที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การฟื้นฟูต่อเนื่องและการพึ่งพาตนเองตามแนวคิดของโอเรียม (Orem's Self-Care Model) จะช่วยเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุได้เป็นอย่างดี

## 2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

2.1 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ระยะเวลารอคอยการผ่าตัด จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ หลังการนำรูปแบบการพยาบาลไปใช้ ความสำเร็จนี้เกิดจากการกำหนดแผนการดูแลที่ชัดเจน โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่ชัดเจน และการประสานงานโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ซึ่งทำหน้าที่เชื่อมโยงการทำงานของทีมและกำกับดูแลให้เป็นไปตามเป้าหมายรูปแบบการพยาบาลนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การวางแผนร่วมกันจนถึงการดูแลหลังผ่าตัด ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (ไม่เกิน 72 ชั่วโมง) ลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ภายในเวลาที่เหมาะสม จึงลดค่ารักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า<sup>7-8</sup> ซึ่งระบุว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนช่วยลดระยะเวลารอคอยการผ่าตัด วันนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย ขณะเดียวกันยังช่วยยกระดับคุณภาพบริการและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย



2.2 ผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนา ไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ซึ่งเป็นผลจากการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่แรกเริ่ม โดยเฉพาะการให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูงขึ้น ทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงจาก 12.70% เหลือเพียง 3.30% และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงจาก 6.10% เหลือ 0% ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร ชวัญชุม<sup>18</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุโขทัยสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมความพร้อมที่ดีจึงเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวอย่างยั่งยืนและลดภาระทางระบบสุขภาพได้อย่างชัดเจน<sup>8</sup>

2.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่โดดเด่น โดยหลังการจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ทั้งในช่วง 30 วัน และ 3 เดือน เริ่มต้นจากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เน้นการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและการสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด ร่วมกันออกแบบแนวทางการดูแล ตั้งแต่การช่วยผู้ป่วยลุกขึ้นเดินโดยใช้วอล์กเกอร์ ฝึกกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำและแต่งตัว ตลอดจนสอนเทคนิคการเดินขึ้นลงบันไดที่ปลอดภัย ในขณะที่ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจและเฝ้าระวังระหว่างการฝึกเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ นักโภชนาการยังมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำด้านอาหารเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อและกระดูก พร้อมทั้งสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย นอกจากนี้ทีมพยาบาลยังทำหน้าที่ติดตามผลผ่านการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์เพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าและให้คำแนะนำเพิ่มเติม โดยมีการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟู ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา<sup>19</sup> ที่ระบุว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการติดตามต่อเนื่องจากทีมสุขภาพช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันและลดภาระทางสุขภาพได้อย่างชัดเจน

2.4 ความรู้และความสามารถของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ซึ่งเป็นผลจากการสอนแบบแผนรายบุคคลที่เปิดโอกาสให้ซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย ส่วนในด้านความสามารถในการดูแล พบว่าผู้ดูแลมีระดับความสามารถเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean=4.82, S=.40) อันเป็นผลจากการสอนและฝึกปฏิบัติจริงตั้งแต่แรกเริ่ม โดยพยาบาลให้คำแนะนำและแก้ไขข้อผิดพลาดอย่างใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน<sup>14</sup> สอดคล้องกับผลการวิจัยของรัตนา พัฒนธรรมรัตน์<sup>20</sup> ซึ่งพบว่าโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การบำบัดด้วยการกระตุ้นการรับรู้แบบกลุ่มสำหรับภาวะสมองเสื่อมเกี่ยวกับประสบการณ์ปฏิสัมพันธ์แบบกลุ่มยังช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>21</sup>

2.5 ความพึงพอใจของผู้ดูแลและทีมพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อบริการตามรูปแบบการพยาบาลในระดับ มากที่สุด (Mean=4.69, SD=.40) เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็วและครบถ้วน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันวางแผนการดูแลและพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำ



หน้าที่ประสานงาน นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการดูแล รวมถึงการสอนและสาธิตอย่างเป็นแบบแผน ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ดูแล อีกทั้งการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับคำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา<sup>12,14</sup> สำหรับทีมพยาบาล พบว่ามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลในระดับ มากที่สุด (Mean=4.70, SD=.60) โดยพยาบาลมีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการพัฒนารูปแบบ การปรับปรุงจนเหมาะสม และการนำไปปฏิบัติจริงที่เกิดผลลัพธ์เชิงบวกต่อผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเกิดความภาคภูมิใจและพึงพอใจในระดับสูงสุด รูปแบบนี้จึงเป็นตัวอย่างที่ดีของการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัวเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะ

1. การประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาล ควรขยายการใช้รูปแบบการพยาบาลนี้ไปยังโรงพยาบาลอื่น โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละแห่ง พร้อมจัดอบรมพยาบาลและทีมสุขภาพเกี่ยวกับการบริหารจัดการ ทรัพยากรและการสื่อสารในทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ควรพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วย เช่น แอปพลิเคชันติดตามผล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและเฝ้าระวังอาการ
2. การวิจัยในอนาคต ควรศึกษาการเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบนี้กับแนวทางอื่น วิเคราะห์ ผลลัพธ์ในระยะยาว และทดสอบการนำไปใช้ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วม เพื่อประเมินประสิทธิภาพในกลุ่มที่ซับซ้อนมากขึ้น
3. การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบ ควรเพิ่มเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การประชุมออนไลน์และระบบติดตามผลแบบเรียลไทม์ เพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเสริมสร้างบทบาทครอบครัวผ่านคู่มือและสื่อการสอน และเพิ่มมิติการประเมินด้านจิตใจและสังคมเพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและใจ

### References

1. Tajai P, Hengnalen B, Sanguanpanich Y. Hip fractures in the elderly: the role of nurses in preventing pre- and postoperative complications. *Christian University Journal*. 2020;26(4):116–28. (in Thai)
2. Lespasio MJ, Sodhi N, Mont MA. Osteonecrosis of the hip: a primer. *Perm J* 2019;23:18–100. doi: 10.7812/TPP/18-100.
3. Department of Older Persons Affairs. Statistics on the number and proportion of elderly people in Thailand [Internet]. 2014 [cited 2022 Jan 3]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/45> (in Thai)
4. Murphy NJ, Eyles JP, Hunter DJ. Hip osteoarthritis: etiopathogenesis and implications for management. *Adv Ther* 2016;33(11):1921–46. doi: 10.1007/s12325-016-0409-3.
5. Institute for Healthcare Quality Assurance (Public Organization). Guidelines for the management of hip surgery in elderly patients [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 28]. Available from: <https://www.ha.or.th> (in Thai)
6. Lauhapukdee S. Nursing care for the hip fracture in the older people with hip arthroplasty and comorbidities. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*. 2020;3(2): 224–40.(in Thai)
7. Bai L, Liu X, Li Y, Liu J, Liu X, Li Q. Effect of the clinical nursing pathway on clinical symptoms, hip joint function, and nursing satisfaction in male patients with artificial hip arthroplasty. *Journal of Men's Health* 2023;19(6):41–48. doi: 10.22514/jomh.2023.046.



8. Chuenban P, Sanpunya T, Krasao T. The development of nursing care model for elderly with hip fracture in fast-track surgery, Phrae Hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2021; 31(3): 70–84.(in Thai)
9. Prathum N. Nursing care for hip replacement surgery patients with hypertension: 2 case studies. *Journal of Health Research and Innovation* 2020;3(1);76–90.(in Thai)
10. Meehanpong P, Boonsin S, Baiteang C. Development of clinical nursing practice guideline for elderly patients with undergoing total hip arthroplasty by evidence-based practice in SingBuri Hospital. *Journal of Nursing Division* 2023;50(2):1–15.(in Thai)
11. Guo J, Zhang Z. Effects of predictive nursing process on elderly patients with total hip arthroplasty. *Rejuvenation Res* 2024;8. doi: 10.1089/rej.2024.0059.
12. Guo J, Zhao X, Xu C. Effects of a continuous nursing care model on elderly patients with total hip arthroplasty: a randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res* 2022;34(7):1603–11. doi: 10.1007/s40520-021-01965-1.
13. Zhu H, You M, Wei J, Fang S. Orem's self-care model of nursing care: a retrospective study with elders after hip arthroplasty. *Nursing Science Quarterly* 2024;37:148–53. doi:10.1177/08943184231224470
14. Ji CY, Yang LR. Perioperative nursing care for hip arthroplasty patients with concomitant hypertension: a mini review. *World J Clin Cases* 2023;11(36):8440–6. doi: 10.12998/wjcc.v11.i36.8440. PMID: 38188203; PMCID: PMC10768512.
15. Chen CC, Hsiao CT, Chang DS, Lai WC. The delivery model of perceived medical service quality based on donabedian's framework. *J Healthc Qual.* 2024;46(3):150–9. doi: 10.1097/JHQ.0000000000000420.
16. Department of Medical Services. Screening/assessment manual for the elderly. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Office of the Veterans Organization Printing Affairs; 2015.(in Thai)
17. Chufama M, Sithole F. The pivotal role of diagnostic, formative and summative assessment in higher education institutions' teaching and student learning. *International Journal of Multidisciplinary Research and Publications (IJMRAP)* 2021;4(5)5–15.
18. Khunchum S. The effectiveness of nursing care plan in discharge planning for elderly patients with hip fractures who have undergone surgery, orthopedic department, Lamphun Hospital. *Journal of Nakornping Hospital* 2024;15(1):125–39.(in Thai)
19. Sanpunya T, Intayos H, Jarkthong S. Effects of an empowerment program on caregivers of older adults undergoing hip fracture surgery, Phare Hospital. *Journal of Nursing and Public Health Research* 2022;3(1):33–48.(in Thai).
20. Phatthanathammarat R. The effect of a program to encourage caregivers to participate in the care of elderly patients with hip fractures that replace hip implants in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. *Maharat Nakhon Si Thammarat Medical Journal* 2021;5(1):73–84.(in Thai)
21. Orfanos S, Gibbor L, Carr C, Spector A. Group-based cognitive stimulation therapy for dementia: a qualitative study on experiences of group interactions. *Aging Ment Health.* 2021;25(6):991–8. doi. org/ 10. 1080/ 13607 863. 2020. 17467 40.



## ผลของสื่อปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช ต่อความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล

### Effectiveness of Interactive Media on Rational Drug Use in Psychiatric Nursing on Knowledge and Satisfaction of Nursing Students

ศุภกรใจ เจริญสุข<sup>1</sup>, ทุตียรัตน์ รื่นเรือง<sup>1</sup>, เกศราภรณ์ ชูพันธ์<sup>2</sup>, ชรริน ขวัญเนตร<sup>3</sup>, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์<sup>4</sup>, สุนทราวดี เขียวพิเชษฐ์<sup>5</sup>

<sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>3</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต <sup>4</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก <sup>5</sup>สภาการพยาบาล

Sukjai Charoensuk<sup>1</sup>, Tutiyyarat Reunreang<sup>1</sup>, Kesarapom Chooon<sup>2</sup>, Chararin Kwannate<sup>3</sup>, Kamolrat Turner<sup>4</sup>, Suntharavadee Theinpichet<sup>5</sup>

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

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

<sup>3</sup>Faculty of Nursing Suandusit University <sup>4</sup>Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>5</sup>Thailand Nursing and Midwifery Council

Corresponding Author: Tutiyyarat Reunreang; Email: tutiyyarat@bnc.ac.th

Received: November 29, 2024 Revised: February 4, 2025 Accepted: March 24, 2025

#### บทคัดย่อ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวชเป็นสิ่งจำเป็นต่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีสมรรถนะในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวชจึงมีความสำคัญ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของสื่อปฏิสัมพันธ์เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช ต่อความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา 2564 จำนวน 88 คน คัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 44 คน ด้วยวิธีการจับคู่เหมือน จากเกรดเฉลี่ยสะสม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นสื่อปฏิสัมพันธ์เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบทดสอบความรู้เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลทางการพยาบาลจิตเวช และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลทางการพยาบาลจิตเวช ได้ค่า IOC เท่ากับ .80-1.00 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติพรรณนาและ t-tests ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ของนักศึกษากลุ่มทดลองก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์มีคะแนนเฉลี่ยต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้ของนักศึกษากลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนด้วยการดูสื่อปฏิสัมพันธ์มีคะแนนเฉลี่ยต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจของนักศึกษากลุ่มทดลองที่มีต่อสื่อปฏิสัมพันธ์เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ทั้งภาพรวม และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด จึงสรุปได้ว่า สื่อปฏิสัมพันธ์เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช ช่วยส่งเสริมความรู้และความพึงพอใจในนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: การใช้ยาอย่างสมเหตุผล; การพยาบาลจิตเวช; นักศึกษาพยาบาลศาสตร์; สื่อปฏิสัมพันธ์



## Effectiveness of Interactive Media on Rational Drug Use in Psychiatric Nursing on Knowledge and Satisfaction of Nursing Students

Sukjai Charoensuk<sup>1</sup>, Tutiyaat Reunreang<sup>1</sup>, Kesarapom Choopun<sup>2</sup>, Chararin Kwannate<sup>3</sup>, Kamolrat Tumer<sup>4</sup>, Suntharavadee Theinpichet<sup>5</sup>

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

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

<sup>3</sup>Faculty of Nursing Suandusit University<sup>4</sup>Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute

<sup>5</sup>Thailand Nursing and Midwifery Council

Corresponding Author; Tutiyaat Reunreang; Email: tutiyaat@bnc.ac.th

Received: November 29, 2024 Revised: February 4, 2025 Accepted: March 24, 2025

### Abstract

Rational drug use in psychiatric nursing is essential for patient safety and quality of life. Therefore, developing nursing students' competencies in rational drug use in psychiatric nursing is very crucial. This quasi-experimental research aimed to examine the effects of interactive media on rational drug use in psychiatric nursing on the knowledge and satisfaction of nursing students. The study employed a purposive sampling technique to recruit a sample of 88 third-year nursing students from a nursing college under the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, in the academic year 2021. The participants were divided into an experimental group and a control group, each consisting of 44 students, using a matched-pair method based on their cumulative grade point average. The research instruments included an experimental tool, which was an interactive media on rational drug use in psychiatric nursing for nursing students, and the data collection tools, which composed of a knowledge test on rational drug use in psychiatric nursing and a satisfaction questionnaire on the use of interactive media in rational drug use in psychiatric nursing. The validity of the instruments was evaluated using the Index of Item-Objective Congruence (IOC), yielding values ranging from .80 to 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The results showed that the mean scores of knowledge in the experimental group before and after using the interactive media showed a statistically significant difference. Additionally, the mean scores of knowledge in the experimental group and the control group also showed a statistically significant difference. Furthermore, the nursing students in the experimental group expressed the highest level of satisfaction with the interactive media on rational drug use in psychiatric nursing for the overall and all aspects of satisfaction. Thus, it can be concluded that this interactive media on rational drug use in psychiatric nursing is practical to promote knowledge about rational drug use among nursing students.

**Keywords:** rational use of drug; psychiatric nursing; nursing student; interactive media



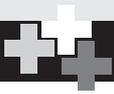
## ความเป็นมาและความสำคัญ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ซึ่งได้กำหนดยุทธศาสตร์ย่อยให้มีการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนประชาชนทั่วไป คณะทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภายใต้คณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งประกอบด้วย ผู้แทนจากเครือข่ายสถาบันการศึกษา สภาวิชาชีพ และองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จึงได้มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้เป็นผู้ที่สามารถทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีคุณลักษณะที่สำคัญ 3 องค์ประกอบคือ เป็นผู้มีความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) และเจตคติ (attitude) ที่เอื้อต่อการใช้ยาสมเหตุผล<sup>2</sup>

สำหรับวิชาชีพการพยาบาล นายกสภาการพยาบาลได้มีการลงนามในบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ เรื่องการพัฒนาการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลร่วมกับ 5 สาขาวิชาชีพ เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2560 โดยกำหนดให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาล ภายในปีการศึกษา 2560 และส่งเสริมการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนร่วมกันเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ จึงมีการแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำรูปแบบการบรรจุหลักสูตรการใช้ยาสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อจัดทำรูปแบบการบรรจุหลักสูตรการใช้ยาสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเผยแพร่ให้สถาบันการศึกษาพยาบาลได้นำไปใช้ รูปแบบดังกล่าวมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2 ระดับ ได้แก่ สภาการพยาบาล และสถาบันการศึกษา โดยในส่วนของสถาบันศึกษากำหนดให้มีการนำนโยบายเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลไปบูรณาการในการจัดการศึกษา เพื่อการผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีสมรรถนะในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 โดยใช้วิธีการเรียนการสอนและการประเมินผล ที่หลากหลาย ประกอบกับการใช้กรณีตัวอย่างจากสถานการณ์จริง<sup>3</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการศึกษาพยาบาล พบว่า ตามที่สภาการพยาบาลมีนโยบายให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาลได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลตามนโยบายหลายสถาบัน มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะการใช้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งผลการศึกษามีข้อค้นพบที่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและบริบทของสถาบันการศึกษา<sup>4-6</sup> นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาหลักสูตรเสริมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลสำหรับนักศึกษาพยาบาล และพบว่าหลักสูตรเสริมดังกล่าวสามารถพัฒนาความรู้ เจตคติและทักษะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในนักศึกษาพยาบาลได้<sup>7</sup> และมีการพัฒนาโปรแกรมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามหลักเวชจริยศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพบว่าโปรแกรมออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามหลักเวชจริยศาสตร์ได้และนักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการเรียนโปรแกรมออนไลน์ในระดับดี<sup>8</sup> ในส่วนของการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนพบว่าการสอนโดยใช้กรณีศึกษา<sup>9</sup> และสถานการณ์จำลอง<sup>10</sup> ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอนจะเป็นรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น และรายวิชาเภสัชวิทยา แต่ยังไม่พบการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในรายวิชาการพยาบาลจิตเวช

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวชเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากการรักษาด้วยยาทางจิตเวชมีผลข้างเคียงหรือทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ค่อนข้างมาก<sup>11</sup> พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช สถาบันการศึกษาจึงควรมีการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน



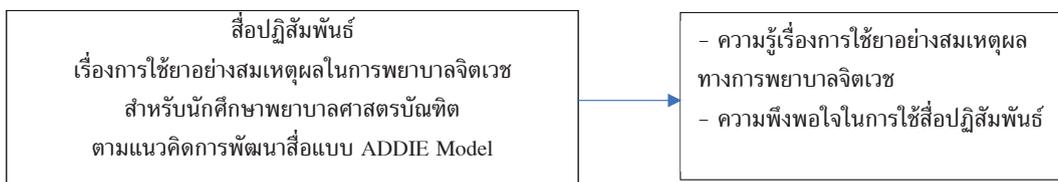
เพื่อพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช และจากแนวคิดการออกแบบการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ต้องคำนึงถึงลักษณะของผู้เรียนซึ่งนักศึกษาพยาบาลในปัจจุบัน จะอยู่ใน Generation Z ซึ่งมีความสามารถและสนใจในการใช้เทคโนโลยี การออกแบบการจัดการเรียนการสอนในปัจจุบันจึงมีการนำเทคโนโลยีมาใช้มากขึ้น และสื่อปฏิสัมพันธ์เป็นสื่อการเรียนการสอนชนิดหนึ่งที่มีการนำเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์มาออกแบบให้การเรียนการสอนมีความน่าสนใจ มีการศึกษาในประเทศโอมานเกี่ยวกับการสอนนักศึกษาพยาบาลโดยใช้สื่อวิดีโอที่เป็นสื่อปฏิสัมพันธ์ ในรายวิชาพื้นฐานทางการพยาบาล เปรียบเทียบกับการสอนโดยการสาธิตพบว่าความรู้และทักษะของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่นักศึกษาที่เรียนโดยใช้วิดีโอสื่อปฏิสัมพันธ์มีความพึงพอใจในการเรียนมากกว่า<sup>12</sup> และจากการศึกษาในประเทศตุรกีพบว่า การเรียนโดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีกว่าการเรียนแบบบรรยาย<sup>13</sup> จะเห็นได้ว่านักศึกษาพยาบาลที่เป็นผู้เรียนยุคใหม่ มีความพึงพอใจในการเรียนการสอนโดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ และมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ได้ดีกว่าการเรียนแบบบรรยาย และมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่แตกต่างจากการสอนแบบสาธิต คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของสื่อปฏิสัมพันธ์ เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช ต่อความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล โดยนำแนวคิดแบบจำลองการออกแบบการเรียนการสอน ADDIE Model โดยอาศัยหลักของวิธีการระบบ 5 ขั้นตอน คือ Analysis Design Development Implementation และ Evaluation<sup>14</sup> ร่วมกับแนวคิดของสื่อปฏิสัมพันธ์ที่หมายถึง ระบบ และบริการดิจิทัลที่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นสื่อกลาง เป็นสื่อที่อาศัยปฏิสัมพันธ์จากผู้ใช้เพื่อสร้างผลลัพธ์ โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลและกระบวนการป้อนกลับระหว่างมนุษย์กับระบบคอมพิวเตอร์<sup>15</sup> มาจัดทำสื่อปฏิสัมพันธ์เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุในการพยาบาลจิตเวชของนักศึกษาพยาบาล

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของสื่อปฏิสัมพันธ์ เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช ต่อความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามแนวคิดการพัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์แบบ ADDIE Model ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้ในการออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอน โดยอาศัยหลักของวิธีการระบบ (system approach) คือการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะผู้เรียน เนื้อหา วัตถุประสงค์ (analysis) และนำข้อมูลมาออกแบบสื่อปฏิสัมพันธ์ (design) พัฒนา (development) ทดลองใช้ (implementation) และ ประเมินผลการใช้ (evaluation) ปรับปรุงให้เป็นสื่อปฏิสัมพันธ์เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวชสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลังจากนั้นจึงนำสื่อปฏิสัมพันธ์ไปใช้เพื่อศึกษาผลของสื่อปฏิสัมพันธ์ต่อความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทางการพยาบาลจิตเวชและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลในการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ ดังภาพ





## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research)

ประชากร เป็นนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาล ในสังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา 2564

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ปีการศึกษา 2564 คำนวณขนาดของ กลุ่มตัวอย่างโดยใช้ power analysis โปรแกรม G\*power กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และคำนวณค่าอิทธิพลได้เท่ากับ .57 ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 80 คน และเพิ่มการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง 10% จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 88 คน คัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 44 คน ซึ่งได้ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ในปีการศึกษา 2564

2. เป็นนักศึกษาที่สนใจและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

3. สามารถใช้สื่อเรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช ในช่วงเวลาที่ กำหนดได้ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ออกเป็น 3 กลุ่มตามเกรดเฉลี่ยสะสม คือ กลุ่มเรียนดี เกรดเฉลี่ยสะสม ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไป กลุ่มเรียนปานกลาง เกรดเฉลี่ยสะสม 2.50-2.99 และกลุ่มเรียนอ่อน เกรดเฉลี่ยสะสม ต่ำกว่า 2.50 และผู้วิจัยใช้วิธีการ match pair เลือกนักศึกษาในแต่ละกลุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ให้ได้จำนวนกลุ่มละ 44 คน เท่ากัน และคัดออกหากนักศึกษาไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ได้ตามเวลาที่กำหนด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นสื่อปฏิสัมพันธ์เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่สร้างขึ้นตามแบบ ADDIE Model ดังนี้

(1) Analysis เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะผู้เรียน เนื้อหาวิชา วัตถุประสงค์การเรียนรู้ รูปแบบและวิธีการประเมินผล

(2) Design เป็นขั้นตอนของการออกแบบสื่อปฏิสัมพันธ์เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช ในรูปแบบการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้

- ออกแบบเนื้อหา โดยการวางโครงสร้าง คัดเลือกเนื้อหาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และเรียงลำดับเนื้อหา ประกอบด้วยโจทย์สถานการณ์ 5 สถานการณ์ ดังตารางที่ 1



### ตารางที่ 1 โจทย์สถานการณ์ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ และสาระหลักของสื่อปฏิสัมพันธ์

โจทย์สถานการณ์	วัตถุประสงค์การเรียนรู้	สาระหลัก
โจทย์สถานการณ์ที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด	เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและญาติไว้วางใจในตัวพยาบาลจิตเวช	การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด สำหรับการพยาบาลจิตเวชการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความไว้วางใจพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ การสร้างสัมพันธ์ภาพเริ่มต้นด้วยการที่พยาบาลกล่าวทักทาย และแนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ
โจทย์สถานการณ์ที่ 2 การประเมินปัญหาผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา	เพื่อประเมินผู้ป่วยจิตเวชในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และปัญหาจากการใช้ยาจิตเวช	การประเมินปัญหาผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเป็นสมรรถนะพื้นฐานของการใช้ยาอย่างสมเหตุผลพยาบาลควรซักถามอาการและประวัติผู้ป่วย รวมทั้งประวัติการแพ้ยา ตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยทั้งจากการสอบถามและการนับยา ตรวจสอบแผนการรักษาและประเมินอาการผู้ป่วยว่าดีขึ้นหรือเลวลงหลังจากได้รับยาพยาบาลประเมินการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และสอบถามปัญหาจากการใช้ยาทั้งจากผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
โจทย์สถานการณ์ที่ 3 การสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมกับบริบทและเคารพในมุมมองของผู้ป่วย	เพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยจิตเวชและญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจในการใช้ยาของผู้ป่วย	การสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในการใช้ยาได้อย่างเหมาะสมกับบริบทและเคารพในมุมมองของผู้ป่วย โดยพยาบาลรับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยการยอมรับไม่ด่วนตัดสินใจผู้ป่วย และสอบถามความคาดหวังต่อการรักษาด้วยยาพร้อมทั้งอธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และร่วมกันหาแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย
โจทย์สถานการณ์ที่ 4 การทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นแบบสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	เพื่อทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นแบบสหวิชาชีพในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชใช้ยาอย่างสมเหตุผล	การทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นแบบสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยพยาบาลจิตเวชพบจิตแพทย์และให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา และปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาจิตเวชของผู้ป่วยกับจิตแพทย์จากข้อมูลที่พยาบาลประเมินถือเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับแพทย์ในการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสมเหตุผลก่อนนำผู้ป่วยเข้าพบแพทย์
โจทย์สถานการณ์ที่ 5 การบริหารยาตามการสั่งใช้ยาได้อย่างถูกต้องโดยให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการใช้อย่างเพียงพอ ติดตามผลการรักษาและรายงานผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ ทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและไม่เกิดผลกระทบต่อสังคมโดยรวม	เพื่อบริหารยาตามการสั่งใช้ยากับผู้ป่วยจิตเวช	การบริหารยาตามการสั่งใช้ยาได้อย่างถูกต้องโดยให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการใช้อย่างเพียงพอ ติดตามผลการรักษาและรายงานผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ ทำให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและไม่เกิดผลกระทบต่อสังคมโดยรวม โดยพยาบาลพบผู้ป่วยและญาติให้คำแนะนำในการใช้ยา พร้อมทั้งอธิบายอาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องสังเกตจากการใช้ยา ย้ำถึงความร่วมมือรับผิดชอบของญาติในการดูแลผู้ป่วย และให้ความมั่นใจแก่ญาติในการดูแล พร้อมทั้งแนะนำแหล่งสนับสนุนที่น่าเชื่อถือในการขอคำปรึกษาหากมีปัญหาในการใช้ยา

- ออกแบบการประเมินผล ทั้งเรื่องรูปแบบ วิธีการ และข้อคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้
- ออกแบบวิธีการเรียนรู้ของผู้เรียนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์
- ออกแบบส่วนประกอบของสื่อ ทั้งภาพ ตัวอักษร แสง สี และเสียง



(3) **Development** เป็นขั้นตอนของการสร้างสื่อปฏิสัมพันธ์ โดยผู้วิจัยได้สร้างสื่อปฏิสัมพันธ์ต้นแบบตามทีออกแบบไว้ในขั้นตอนที่ 2 (Design)

(4) **Implementation** เป็นขั้นตอนของการนำสื่อปฏิสัมพันธ์ต้นแบบไปทดลองใช้ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของกลุ่มที่นำไปทดลองใช้

- นำสื่อปฏิสัมพันธ์ต้นแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และปรับปรุง
- นำสื่อปฏิสัมพันธ์ต้นแบบที่ได้รับการปรับปรุงไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่

และปรับปรุง

(5) **Evaluation** เป็นขั้นตอนของการประเมินผล โดยการนำสื่อปฏิสัมพันธ์ที่ปรับปรุงจากขั้นตอนที่ 4 ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของสื่อ โดยใช้สูตร E1/E2 ในการประเมินประสิทธิภาพสื่อ (E1 คือ การทดสอบประสิทธิภาพของกระบวนการ, E2 คือการทดสอบประสิทธิภาพของผลลัพธ์)<sup>16</sup> ซึ่งพบว่าสื่อที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพเท่ากับ 97.27/77.27 (ค่าเป้าหมาย E1/E2  $\geq$  80/80) โดยค่า E1 ที่คำนวณได้มีค่าสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 17.27 ส่วนค่า E2 ที่คำนวณได้มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 2.73 (โดยปกติไม่ควรเกินร้อยละ 2.5) หมายถึงนักศึกษาทำแบบทดสอบระหว่างเรียนได้ดีกว่าแบบทดสอบหลังเรียน คณะผู้วิจัยจึงปรับปรุงสื่อปฏิสัมพันธ์ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยการเพิ่มการอภิปรายระหว่างผู้เรียนกับผู้สอนในช่วงท้ายของการเรียน และทำการทดสอบประสิทธิภาพของสื่ออีกครั้ง พบว่าเป็นไปตามเกณฑ์ โดยค่า E1 เป็นร้อยละของคะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบระหว่างเรียนโดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์เท่ากับร้อยละ 97.27 ค่า E2 เป็นร้อยละของคะแนนเฉลี่ยจากแบบทดสอบวัดความรู้หลังใช้สื่อปฏิสัมพันธ์เท่ากับร้อยละ 90.00

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบทดสอบความรู้เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลทางการแพทย์พยาบาลจิตเวช เป็นแบบเลือกตอบ (multiple choice question) จำนวน 10 ข้อ ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเนื้อหาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยอิงกรอบสมรรถนะ การใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล ที่คณะทำงานโครงการประเมินผลการนำรูปแบบการบรรจุหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สภาการพยาบาลพัฒนาขึ้น<sup>17</sup> เพื่อนำมาใช้ประเมินผลด้านความรู้ และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลทางการแพทย์พยาบาลจิตเวชที่สร้างขึ้นในรูปแบบของ rating scale 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ เพื่อสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้สื่อในด้านเนื้อหา ด้านตัวสื่อ ด้านการออกแบบปฏิสัมพันธ์ และด้านการใช้งาน

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1) สื่อปฏิสัมพันธ์เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช เสนอแนะโดยคณะทำงานโครงการประเมินผลการนำรูปแบบการบรรจุหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และนักศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่นำไปทดลองใช้ จำนวน 3 คน 9 คน และ 30 คนตามลำดับ เพื่อนำไปปรับปรุงให้สมบูรณ์ และทดสอบประสิทธิภาพของสื่อโดยใช้สูตร E1/E2 คือการทดสอบกระบวนการของสื่อ (E1) และทดสอบผลลัพธ์ของสื่อ (E2)<sup>16</sup> ได้ค่าเท่ากับ 97.27/90.00

2) แบบทดสอบความรู้ เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลทางการแพทย์พยาบาลจิตเวช และ แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลทางการแพทย์พยาบาลจิตเวช ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือ ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยาสมเหตุผล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการใช้ยาสมเหตุผล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการ



พยาบาลจิตเวช (APN) 1 ท่าน ได้ค่า IOC ของแบบทดสอบความรู้เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลทางการแพทย์พยาบาลจิตเวช เท่ากับ .80-1.00 และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลทางการแพทย์พยาบาลจิตเวช เท่ากับ .80-1.00

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและได้รับการคัดเลือกจะได้รับการชี้แจงถึงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้วิจัย หัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยโดยสมัครใจไม่มีการบังคับใดๆ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าคุณให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามต้องการ และผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลใดๆ ทั้งสิ้น

ข้อพิจารณาถึงจริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยนี้ขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (Institutional Review Board, IRB) ของสภาการพยาบาลเลขที่ TNMC-IRB 01-07/2020.1007 การเข้าร่วมโครงการจะได้รับการอธิบายถึงวิธีการให้ข้อมูลอย่างละเอียด ผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงทำการนัดหมายชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว คณะผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามผลการเรียนออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเรียนเก่ง (GPA 3.00 ขึ้นไป) 2) กลุ่มเรียนปานกลาง (GPA 2.50-2.99) 3) กลุ่มเรียนอ่อน (GPA ต่ำกว่า 2.50) หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการ match pair แต่ละกลุ่มมาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัดส่วนที่เท่ากัน

คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบความรู้ก่อนเรียน โดยใช้ชุดข้อสอบที่เตรียมไว้
2. มอบหมายให้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองในหัวข้อเรื่อง “บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแล

ผู้ป่วยด้วยการใช้ยาอย่างสมเหตุผล” โดยค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา วารสาร ฯลฯ ภายในเวลา 2 สัปดาห์ และนัดหมายผู้เรียนมาอภิปรายร่วมกัน

3. ให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบความรู้หลังเรียน โดยใช้ชุดข้อสอบที่เตรียมไว้

คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบความรู้ก่อนเรียน โดยใช้การสอบแบบอิเล็กทรอนิกส์
2. มอบหมายให้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากสื่อปฏิสัมพันธ์เรื่อง “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ในการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต” โดยผู้เรียนสามารถเรียนโดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้ตามความสะดวก ภายในเวลา 2 สัปดาห์ และนัดหมายผู้เรียนมาอภิปรายร่วมกัน

3. ให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบหลังเรียน โดยใช้การสอบแบบอิเล็กทรอนิกส์



## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจจากการใช้สื่อ และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และ pair t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ โดยเปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ และเปรียบเทียบความรู้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีผลการเรียนอยู่ในช่วง 2.50–2.99 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาในกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	43	97.73	42	95.45
ชาย	1	2.27	2	4.55
ผลการเรียน				
GPA 3.00 ขึ้นไป	8	18.18	8	18.18
GPA 2.50–2.99	32	72.73	32	72.73
GPA ต่ำกว่า 2.50	4	9.09	4	9.09

2. การศึกษาผลของสื่อปฏิสัมพันธ์เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวชต่อความรู้ของนักศึกษาพยาบาล

2.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลทางการพยาบาลจิตเวชระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติการทดสอบ Independent t-test พบว่า ความรู้ของนักศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ไม่แตกต่างกันและคะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองหลังการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ของนักศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้สื่อ

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย	SD	t	p-value
ก่อนใช้สื่อ					
กลุ่มทดลอง	44	6.68	1.11	1.299	.198
กลุ่มควบคุม	44	6.95	.83		
หลังใช้สื่อ					
กลุ่มทดลอง	44	8.23	1.19	3.710	.0001*
กลุ่มควบคุม	44	7.23	1.33		



2.2 การเปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ที่พัฒนาขึ้นด้วยสถิติการทดสอบ pair t-test พบว่า ความรู้ของนักศึกษาในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์มีคะแนนเฉลี่ยต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยของนักศึกษาหลังการเรียนรู้สูงกว่าก่อนใช้สื่อ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้ของนักศึกษาในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สื่อ

ช่วงเวลาที่ทดสอบ	จำนวน	คะแนนเฉลี่ย	SD	t	p-value
ก่อนใช้สื่อ	44	6.68	1.11	-4.796	.0001*
หลังใช้สื่อ	44	8.23	1.19		

2.3 การประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาในกลุ่มทดลองต่อสื่อปฏิสัมพันธ์ พบว่าความพึงพอใจของนักศึกษาในกลุ่มทดลองที่มีต่อสื่อปฏิสัมพันธ์เรื่อง การใช้อย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาพรวมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านตัวสื่อ ด้านการออกแบบปฏิสัมพันธ์ และด้านการใช้งาน อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.60, SD=.53) และมีคะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุดในทุกด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 2 ด้าน ได้แก่ ด้านตัวสื่อ (Mean=4.64, SD=.54) และด้านการออกแบบปฏิสัมพันธ์ (Mean=4.60, SD=.50) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพความพึงพอใจต่อสื่อปฏิสัมพันธ์

รายการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย	SD	ระดับคุณภาพ
ด้านเนื้อหา	4.62	.54	มากที่สุด
ด้านตัวสื่อ	4.64	.54	มากที่สุด
ด้านการออกแบบปฏิสัมพันธ์	4.64	.50	มากที่สุด
ด้านการใช้งาน	4.59	.53	มากที่สุด
ภาพรวม	4.60	.53	มากที่สุด

## อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องผลของสื่อปฏิสัมพันธ์เรื่อง การใช้อย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช ต่อความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล อภิปรายได้ดังนี้

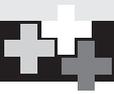
1. การศึกษาผลของสื่อปฏิสัมพันธ์ฯ โดยเปรียบเทียบความรู้ของนักศึกษา ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ พบว่าความรู้ของนักศึกษาหลังการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .05$ ) และหลังการทดลองพบว่าความรู้ของนักศึกษาในกลุ่มทดลองที่ใช้สื่อปฏิสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ผลการวิจัยสรุปได้ว่าการใช้สื่อปฏิสัมพันธ์เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลช่วยทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้และความเข้าใจบทบาทของพยาบาลในการใช้อย่างสมเหตุผลเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากสื่อปฏิสัมพันธ์ฯ สามารถช่วยพัฒนาความรู้ของนักศึกษาได้อย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพสูงกว่าการใช้สื่อวิดีโอที่เป็นภาพเคลื่อนไหวให้ผู้เรียนดูเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสื่อ และเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุกที่มีประสิทธิภาพและมีการให้ข้อมูลป้อนกลับที่เหมาะสมและทันเวลา<sup>18</sup> ซึ่งกระบวนการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์นี้



มีการให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) ทั้งในระหว่างการเรียนด้วยตนเองผ่านสื่อ (formative feedback) และสอนแบบอภิปรายเพิ่มเติมร่วมกับอาจารย์ผู้สอน (summative feedback) หลังการดูสื่อจึงทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจได้ลึกซึ้ง สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศหลายเรื่อง อาทิ การศึกษาของ Ordu Y และคณะ ที่ทำการทดลองใช้การเรียนแบบปฏิสัมพันธ์ ในการพัฒนาความรู้และทักษะของนักศึกษาพยาบาลเรื่องการเคลื่อนไหว ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีความรู้และทักษะในเรื่องการเคลื่อนไหวมากกว่ากลุ่มควบคุม<sup>13</sup> และการศึกษาของ Kim และ Suh ที่ศึกษาผลของแอปพลิเคชันทักษะทางการพยาบาลแบบมีปฏิสัมพันธ์บนมือถือต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และทักษะปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในกรุงโซล ประเทศเกาหลี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้ความสามารถของตนเองและทักษะปฏิบัติทางการพยาบาลของกลุ่มทดลองหลังการใช้แอปพลิเคชันแบบมีปฏิสัมพันธ์มากกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชันแบบมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ<sup>19</sup>

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ผลการศึกษาโดยใช้สื่อมัลติมีเดียเพื่อการเรียนรู้ เรื่องการพยาบาลโรคหัวใจก้างวล สำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่าคะแนนเฉลี่ยของผลสอบหลังเรียนโดยใช้สื่อมัลติมีเดียสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$ <sup>20</sup> การเรียนรู้ผ่านสื่อปฏิสัมพันธ์จึงเป็นการเรียนที่ผู้เรียนสามารถกำกับการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง<sup>21</sup> ซึ่งเหมาะกับคุณลักษณะของนักศึกษาใน generation นี้ที่มีการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเรียนรู้ ทำงานช้อของ เล่นเกมแบบที่สามารถปฏิสัมพันธ์กับสื่อได้ อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ตามธรรมชาติตามศักยภาพของตนเอง มีกระบวนการให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ และประเมินตนเองและมีความรู้ด้วยการจำได้โดยอัตโนมัติไม่ใช้การท่องจำเนื้อหา และมีความสุขในการเรียนรู้เนื่องจากไม่ได้อยู่ภายใต้ข้อจำกัดทั้งเรื่องเวลาและสถานที่ เพราะการเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ นักศึกษาสามารถเรียนโดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ในช่วงเวลาใดก็ได้และสามารถใช้เวลาในการเรียนได้ตามความต้องการ สามารถรู้ผลลัพธ์ของการเรียนจากการได้ข้อมูลป้อนกลับในระหว่างเรียนด้วยตนเอง และสามารถกลับไปเรียนรู้ใหม่เพื่อพัฒนาตนเองได้ และมีการให้ข้อมูลป้อนกลับจากการอภิปรายเนื้อหาจากสื่อปฏิสัมพันธ์ร่วมกับอาจารย์หลังการดูสื่อ จึงทำให้นักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้หลังการเรียนสูงกว่าก่อนการเรียนและนักศึกษากลุ่มที่ใช้สื่อปฏิสัมพันธ์มีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้สื่อปฏิสัมพันธ์

2. การศึกษาผลของสื่อต่อความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลที่ใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ พบว่าความพึงพอใจของนักศึกษากลุ่มทดลองที่มีต่อสื่อปฏิสัมพันธ์ มีระดับคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และรายด้านได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านตัวสื่อ ด้านการออกแบบปฏิสัมพันธ์ และด้านการใช้งาน อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้านเนื่องจากนักศึกษาให้ข้อมูลว่าสื่อแบบปฏิสัมพันธ์ที่สร้างขึ้น เป็นสื่อที่มีการตอบสนองการเรียนรู้ของผู้เรียน นักศึกษาสามารถเรียนรู้ซ้ำได้ตลอดเวลา โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลา ตัวสื่อที่เป็นคลิปวิดีโอสถานการณ์สั้น ๆ ทำให้การเรียนรู้สนุก ไม่น่าเบื่อ และไม่รู้สีกดดัน หากตอบคำถามในแต่ละสถานการณ์ไม่ถูกต้องในขณะที่เรียน ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ใหม่และเลือกคำตอบใหม่จนกว่าจะเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องได้ การออกแบบสื่อดึงดูดความสนใจต่างจากสื่อหรือหนังสือปกติดที่มีแต่ตัวหนังสือหรือภาพนิ่ง สื่อแบบปฏิสัมพันธ์ทำให้ผู้เรียนรู้สึกอิสระในการเรียนและสามารถมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับสื่อ สามารถทบทวนเนื้อหาได้บ่อยครั้งตามต้องการ และการได้เห็นภาพเคลื่อนไหวจากสื่อปฏิสัมพันธ์ที่ชัดเจนทำให้สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยบริการได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2560-2579 ยุทธศาสตร์ที่ 3 เป้าหมายที่ 4 เรื่องแหล่งเรียนรู้ สื่อตำราเรียน นวัตกรรม และสื่อการเรียนรู้ มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยเผยแพร่ผ่านระบบเทคโนโลยีดิจิทัล ทำให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่สามารถพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต<sup>22</sup> ซึ่งการที่นักศึกษาพึงพอใจต่อ



การเรียนรู้โดยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ แสดงถึงการที่นักศึกษาเปิดใจในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ซึ่งเป็นลักษณะของผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต และแสดงถึงการปรับตัวต่อการเรียนรู้ที่เป็นลักษณะสำคัญในยุคศตวรรษที่ 21 สื่อปฏิสัมพันธ์จึงเป็นเทคโนโลยีใหม่ที่นิยมในการสร้างและพัฒนา โดยนำเอาความสามารถของอินเทอร์เน็ตมาใช้สนับสนุนด้านการศึกษาที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้โดยไม่จำกัดเวลาและสถานที่ และมีความสะดวกในการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้เนื้อหาได้ครบถ้วน ครอบคลุมหัวข้อบทเรียน ส่งผลให้ผู้เรียนเข้าใจและเห็นคุณค่าของสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ และนำไปประยุกต์ใช้ รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข<sup>23</sup> และการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสามารถศึกษาได้ทุกที่ ทุกเวลา ผู้เรียนสามารถตอบโต้กับบทเรียนได้ ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนดีขึ้น และความพึงพอใจของผู้เรียนที่มีต่อสื่อแบบปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับมากที่สุด<sup>24</sup> สอดคล้องกับกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญที่เน้นผู้เรียนให้แสวงหาความรู้ และพัฒนาความรู้ได้ด้วยตนเอง มีการเชื่อมโยงสิ่งที่เรียนกับสังคมและการประยุกต์ใช้ มีการจัดกิจกรรมและกระบวนการให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเมิน และสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ซึ่งการสอนโดยเน้นที่ผู้เรียนเป็นสำคัญจะช่วยพัฒนาผู้เรียนในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา ทั้งด้านความรู้จัก และเจตคติ IQ (Intelligence Quotient) และ EQ (Emotional Quotient) ซึ่งจะนำไปสู่ความเป็นคนเก่ง คนดี และมีความสุขตามเป้าหมายการจัดการศึกษาในปัจจุบัน<sup>21</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สื่อปฏิสัมพันธ์ เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิตนี้สามารถทำให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ยาจิตเวชอย่างสมเหตุผลได้ดีมากขึ้น จึงควรมีการเผยแพร่ให้สถาบันการศึกษาพยาบาลอื่นได้มีการนำไปใช้ โดยผู้สอนควรชี้แจงให้ผู้เรียนเข้าใจถึงหลักการและวิธีการเรียน เพื่อให้ผู้เรียนสามารถใช้สื่อปฏิสัมพันธ์ในการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. สามารถใช้สื่อปฏิสัมพันธ์นี้ร่วมกับการสอนด้วยวิธีการสอนอื่น เช่น การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน การอภิปรายกลุ่ม การสัมมนา การเรียนรู้จากการสืบค้น การสะท้อนคิด เป็นต้น เพื่อให้เกิดผลการเรียนรู้ที่ดีมากขึ้น
3. สามารถนำสื่อปฏิสัมพันธ์นี้ไปใช้ สำหรับการเตรียมความพร้อมหรือการทบทวนความรู้นอกจากการใช้ในการเรียนการสอนในหลักสูตรเท่านั้น

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยใช้สื่อปฏิสัมพันธ์โดยสร้างสื่อที่มีประสิทธิภาพจากความก้าวหน้าของยุคดิจิทัลในปัจจุบันที่สามารถโต้ตอบหรือให้คำปรึกษาข้อสงสัยในระหว่างเรียนหรือหลังการเรียนของผู้เรียนด้วยสื่อปฏิสัมพันธ์ โดยไม่ต้องมีการอภิปรายหรือวิธีการสอนอื่นเพิ่มเติมจากอาจารย์ผู้สอน
2. ควรมีการทำวิจัยพัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์ในรายวิชาอื่นหรือเนื้อหาอื่น หรือในผู้เรียนระดับอื่น

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสภาการพยาบาลที่สนับสนุนทุนการพัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ที่ช่วยพัฒนาสื่อปฏิสัมพันธ์นี้



## Reference

1. National Drug System Development Committee. National drug policy A.D.2011 and national drug system development strategy A.D.2012–2016. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership. 2012.(in Thai).
2. Rational Use of Drug Subcommittee. Teacher's guide for promoting rational drug use. Nonthaburi: Food and Drug Administration, Ministry of Public Health, Thailand. 2017.(in Thai).
3. Thailand Nursing and Midwifery Council. Model of packaging of the rational use of drug curriculum in the Bachelor of Nursing Science program. Bangkok: Danex Inter corporation Company Limited. 2018.(in Thai).
4. Paokanha R, Thanyasawad T, Yoochareonsuk K. Knowledge attitude and behaviors in rational antibiotics drug use of nursing students. J Royal Thai Army Nurses [internet]. 2021[cited 2 March 2025];22(3):143–50. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN?article?view/245681>.(in Thai).
5. Boontiam N. Knowledge, attitude and behavior in rational antibiotics use of nursing science students, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong. Journal of MCU Ubon Review [internet]. 2022 [cited 2 March 2025];7(2):1175–90. Available from:<https://so06.tci-thaijo.org/index.php/mcjou/article/view/257150/172960>.(in Thai).
6. Bunmusik S, Chantra R, Heeaksorn C. Knowledge attitude and behaviors in rational antibiotics use of nursing students Southern College of Nursing and Public Health Network. Journal of Health Research and Innovation 2019 [cited 2 March 2025];2(1):25–36. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/243249/165384>.(in Thai).
7. Sarakshetrin A, Rungnoei N, Yoomung P. Development of the supplementary curriculum for promoting rational antibiotic drug use competencies among nursing students. Journal of Nursing, Public Health, and Education 2019 [cited 2 March 2025];20(3):187–99. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/225055/157221>.(in Thai).
8. Selavattanukul S, Srisawad K, Charoensuk S, Siritarungsri B. The development of rational drug use competencies on ethics principle for nursing students via online program. J of Health Science Research 2022 [cited 2 March 2025];16(2):25–36. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/255578/174423>.(in Thai).
9. Angsirisak N, Chuenkitiyanon S, Khongjeera A. Effects of teaching method by using case studies to enhance rational drug use competency in nursing students. Journal of Health and Nursing Research 2023 [cited 2 March 2025];39 (1):46–57. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/258819/176720>.(in Thai).
10. Tantalankul S, Khiaolueang D, Srijaiwong S, Fongkerd S, Nawsuwan K. Effects of simulation-based learning towards drug use in primary medical care of nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit. Udon thani Rajbhat University Journal of Humanities and Social Science



- 2020 [cited 2 March 2025];9(1):57-72. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hsudru/article/view/221973/165161>.(in Thai).
11. Jundeekrayom S. Hyperprolactinemia: Silent adverse effects in psychiatric patients. *Journal of Nursing and Health Care* 2017 [cited 2 March 2025];35(1):20-6. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/85169/67827>.(in Thai).
  12. Natarajan J, Joseph MA, Al Shibli ZS, Al Hajji SS, Al Hanawi DK, Al Kharusi AN, Al Maqbali IM. Effectiveness of an interactive educational video on knowledge, skill and satisfaction of nursing students. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2022;22(4):546-553. doi: 10.18295/squmj.2.2022.013.
  13. Ordu Y, Aydogan S, Çalıskan N. The effect of interactive learning method on nursing students' learning of movement requirement: A randomized controlled study. *Nurse Educ Today* 2024: 137:106163. doi: 10.1016/j.nedt.2024.106163.
  14. Branch RM. *Instructional design: the ADDIE approach.* New York: Springer. 2009.
  15. Vicente PN. Interactive media. In: Merskin DL, editor. *The SAGE international encyclopedia of mass media and society.* Thousand Oaks (CA): Sage 2020 [cited 2 March 2025]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/339365516\\_Interactive\\_Media#fullTextFileContent](https://www.researchgate.net/publication/339365516_Interactive_Media#fullTextFileContent)
  16. Brahmawong C. Developmental testing of media and instructional package. *Silpakorn Educational Research Journal* 2013;5(1);7-20.(in Thai).
  17. Thailand Nursing and Midwifery Council. *Teacher's guide for rational use of drug in the Bachelor of Nursing program.* Bangkok: Danex Intercorporation Company Limited. 2019.(in Thai).
  18. Khalid N, Zapparrata N, Phillips BC. Theoretical underpinnings of technology-based interactive instruction. *Teach Learn Nurs.* 2023;18(4); e100004. doi:10.1016/j.teln.2023.10.004.
  19. Kim H, Suh EE. The effects of an interactive nursing skills mobile application on nursing students' knowledge, self-efficacy, and skills performance: a randomized controlled trial. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2018;12(1);17-25. doi:10.1016/j.anr.2018.01.001.
  20. Namdej N, Ubolyaem D, Rangdang N, Luengprateep P. Development of learning multimedia about nursing care of anxiety disorders for nursing students. *Journal of Nursing and Education* 2021;14(1); 48-62.(in Thai).
  21. Ploysaeng, K. Student-centered learning. *Mahachula Academic Journal* 2018;5(special issue);131-4. (in Thai).
  22. Office of the Education Council. *National education plan 2017-2036.* Bangkok: Prikwarn Graphic.2017.(in Thai).
  23. Chaiphathanamethi P. Interaction multimedia on anti-hypertension diet (DASH) for the elderly. *Journal of Information Science* 2022;40(1);56-73.(in Thai).
  24. Chailapo T, Poksupphiboon A, Sopa P. Development of online learning media on design for production of interactive media and multimedia. *Journal of Social Communication Innovation* 2016;4(2); 134-43.(in Thai).



## ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในบริบทพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

### Factors Predicting Health Behaviors According to the 4D Principles Among Parents of Early Childhood in the Context of the Southern Border Provinces

ยุทธอ เล้าแม<sup>1</sup>, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์<sup>1</sup>, นุศรา ดาวโรจน์<sup>1</sup>, มยุรี ยีปาโล๊ะ<sup>1</sup>, ซูรียะห์ สาและบิง<sup>2</sup>

Userow Lohmae<sup>1</sup>, Atcharawadee Sriyasak<sup>1</sup>, Nutsara Dowrote<sup>1</sup>, Mayuree Yeepaloh<sup>1</sup>, Sureeyah Salaebing<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

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

<sup>2</sup>Regional Health Promotion Center 12 Yala

Corresponding author: Nutsara Dowrote; Email: Nutsara@bcnyala.ac.th

Received: October 28, 2024 Revised: January 13, 2025 Accepted: March 20, 2025

#### บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองจะเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในเด็กปฐมวัยได้ การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่มารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา จำนวน 92 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ การตรวจสอบข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม การจัดการสุขภาพของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82, .70, .71, .91, .91, และ .71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยได้ ร้อยละ 29.40 ( $R^2=.29$ ) ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำปัจจัยด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ในเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ; หลัก 4D; ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย; จังหวัดชายแดนใต้



## Factors Predicting Health Behaviors According to the 4D Principles Among Parents of Early Childhood in the Context of the Southern Border Provinces

Userow Lohmae<sup>1</sup>, Atcharawadee Sriyasak<sup>1</sup>, Nutsara Dowrote<sup>1</sup>, Mayuree Yeepaloh<sup>1</sup>, Sureeyah Salaebing<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Regional Health Promotion Center 12 Yala

Corresponding author: Nutsara Dowrote; Email: Nutsara@bcnyala.ac.th

Received: October 28, 2024 Revised: January 13, 2025 Accepted: March 20, 2025

---

### Abstract

The study of predicting factors on parents' health behaviors based on the 4D principle provides information for developing health promotion among young children. This predictive correlational research aimed to examine the levels and factors predicting health promotion behaviors based on the 4D principle among parents of early childhood. The sample consisted of 92 parents of preschool children who received services at a well-child clinic of a health promotion hospital, Regional Health Promotion Center 12, Yala. The sample was selected through purposive sampling, and data collection occurred from March to August 2024. Data were gathered using questionnaires on access to health information and services, health literacy, verification of health information and services, communication and social support, self-management of health, and health promotion behaviors based on the 4D principle among parents of preschool children. The Cronbach's alpha reliability coefficients of these questionnaires were .82, .70, .71, .91, .91, and .71, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression. The results revealed that the overall mean score of health promotion behaviors based on the 4D principle was at a very high level. Communication and social support were able to predict 29.40% of the variance in health promotion behaviors based on the 4D principle among parents of preschool children ( $R^2 = .29$ ). Therefore, health professionals can utilize communication and social support factors to develop programs that effectively promote health behaviors based on the 4D principle among parents of preschool children.

**Keywords:** health promotion behavior; 4D principle; parents of preschool children; Southern border provinces



## ความเป็นมาและความสำคัญ

เด็กปฐมวัย เป็นช่วงวัยที่นับตั้งแต่แรกเกิด - 5 ปี เป็นวัยเริ่มต้นของพัฒนาการในทุกด้าน ได้แก่ ด้านสติปัญญา ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ จิตใจและด้านสังคม เด็กวัยนี้ควรให้ความสำคัญต่อพัฒนาการเพราะจะเป็นพื้นฐานของการพัฒนาบุคคลให้เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ เด็กปฐมวัยเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้มาก แม้ว่าประชากรเด็กจะเป็นประชากรที่มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่นๆ แต่มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยส่งผลต่อการพัฒนาและอนาคตของประเทศโดยตรง เพราะประชากรเด็กกลุ่มนี้จะเติบโตขึ้นเป็นประชากรกลุ่มช่วงวัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต<sup>1</sup> ดังนั้นแม้จำนวนเด็กจะมีน้อยแต่เปี่ยมด้วยคุณภาพที่ดีเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าก็จะนำพาประเทศไปสู่ความเจริญรุ่งเรืองต่อไป ดังคำกล่าวของศาสตราจารย์ดร.เจมส์ เจ เฮคแมน นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบล ปี พ.ศ. 2542 ที่ว่า “การลงทุนพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าและ ให้ผลตอบแทนแก่สังคมดีที่สุด”<sup>2</sup>

ในปี 2562 กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกมาตรการหลักที่สำคัญเพื่อมุ่งเน้นในการขับเคลื่อนด้านสุขภาพเด็กปฐมวัย 4 ด้าน “4D” แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ที่ประกอบด้วย (1) การเจริญเติบโตและโภชนาการ (diet) (2) พัฒนาการเด็กและการเล่น (development and play) (3) สุขภาพช่องปาก (dental) และ (4) ด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค (disease) ผลการประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพในประเทศไทย จำนวน 30,000 แห่ง ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า ด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง 7,242 แห่ง ด้านพัฒนาการเด็กและการเล่นต้องปรับปรุง 6,869 แห่ง ด้านสุขภาพช่องปากและฟันต้องปรับปรุง 2,625 แห่ง และด้านสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และการป้องกันควบคุมโรคต้องปรับปรุง 597 แห่ง และจากการสำรวจปัญหาสุขภาพเด็กปฐมวัย พบว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 30.0 ภาวะอ้วนร้อยละ 10.0<sup>1</sup>

การส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ปกครองเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยในการส่งเสริมให้เด็กมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ โดยผู้ปกครองจะต้องมีความตระหนักในหน้าที่ของตนเอง มีบทบาทสำคัญในการป้องกันปัญหา สุขภาพเด็ก การอบรมเลี้ยงดูเด็กให้มีพฤติกรรมและพัฒนาการที่ดีได้ด้วยการส่งเสริม เพื่อให้เด็กมีภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์และเติบโตอย่างสมบูรณ์ในทุกๆ ด้าน ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ<sup>3</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น เพศ อายุ รายได้ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา จำนวนเด็กปฐมวัยในความดูแล ลักษณะที่อยู่อาศัย และ ลักษณะครอบครัว การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย<sup>4</sup> และจากการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพอันประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ การตรวจสอบข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมาก<sup>5</sup> ประกอบกับปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health literacy: HL) ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ (goal) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ข้อที่หนึ่ง กำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง” ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ<sup>6</sup> และความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้ได้อยู่เสมอ จึงกล่าวได้ว่าถ้าผู้ปกครองมีความรอบรู้ดีก็จะส่งผลให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีตามไปด้วย และเมื่อผู้ปกครองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กดีเด็กก็จะมีภาวะสุขภาพดีตามมา<sup>7</sup>



จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ในประเทศไทยมีการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างหลากหลาย เช่น การศึกษาเด็กปฐมวัยคุณภาพด้านพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วนและฟันไม่ผุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ<sup>8</sup> การศึกษาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดแพร่<sup>9</sup> และการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเน้นสร้างความรอบรู้ของครูพี่เลี้ยง 4D เพื่อเสริมสร้างสุขภาพเด็กให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย<sup>10</sup> แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในบริบทพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่มีความเฉพาะทางวัฒนธรรมนี้ โดยศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ การตรวจสอบข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพของตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้อาจใช้เป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในการส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีภาวะสุขภาพที่ดี เติบโตมีพัฒนาการทุกการทุกด้านอย่างสมดุลและเหมาะสมกับวัย

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย
2. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ได้แก่

ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การตรวจสอบข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพของตนเอง

## สมมติฐานการวิจัย

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ การตรวจสอบข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพของตนเองสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ในบริบทพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ของนัทปัม<sup>7</sup> โดยได้ระบุความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (2) ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ (3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ (4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และ (5) การจัดการสุขภาพของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้นำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย<sup>1</sup> ที่ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การเจริญเติบโตและโภชนาการ (diet) (2) พัฒนาการและการเล่น (development and play) (3) สุขภาพช่องปาก (dental) และ (4) การป้องกันควบคุมโรค (disease) โดยความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพที่สูงช่วยให้บุคคลสามารถประเมินและดำเนินการที่ส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง<sup>7</sup> สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



## ตัวแปรต้น

- (1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
- (2) ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ
- (3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ
- (4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม
- (5) การจัดการสุขภาพของตนเอง

## ตัวแปรตาม

- พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D
- (1) การเจริญเติบโตและโภชนาการ
  - (2) พัฒนาการและการเล่น
  - (3) สุขภาพช่องปาก
  - (4) การป้องกันควบคุมโรค

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย (the prediction design)

ประชากร คือ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่มารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ในปีพ.ศ. 2566 จำนวน 3,933 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่มารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ (1) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป (2) ผู้ดูแลหลักของเด็กปฐมวัย (3) มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในจังหวัดยะลา บัตตานี และนราธิวาส (4) ไม่มีภาวะผิดปกติด้านสุขภาพจิต สามารถพูดอ่านหรือฟังภาษาไทยเข้าใจ และ (5) มีความเต็มใจและยินดีเข้าร่วมตอบแบบสอบถามโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ปกครองที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน หรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\* Power ใช้ Test Family เลือก F-test Statistical Test เลือก Multivariable linear regression: Fix Model, R<sup>2</sup> deviation from Zero กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size: f<sup>2</sup>) ขนาดกลางเท่ากับ .15 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha)=.05 และค่ากำลังการทดสอบ (power)=.80 และตัวแปรทำนาย 5 ตัว<sup>11</sup> ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 92 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

## เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ รายได้ โรคประจำตัว ความเกี่ยวข้องกับเด็ก จำนวนเด็กในความดูแล จำนวน 9 ข้อ และข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ประวัติการรับวัคซีน ผลการตรวจพัฒนาการล่าสุด น้ำหนักแรกเกิด ประวัติการคลอด และสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยทำนาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนันทิม<sup>7</sup> มีข้อความทั้งหมดจำนวน 27 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ (ข้อ 1 - 7) 2) ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 8 - 11) 3) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 12 - 16) 4) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 17 - 24) 5) ด้านการจัดการสุขภาพของตนเอง จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 25 - 27) ประกอบ



ด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 24 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ 5 คะแนน หมายถึง ตรงกับตัวท่านมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ตรงกับตัวท่านมาก 3 คะแนน หมายถึง ตรงกับตัวท่านปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง ตรงกับตัวท่านน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง ตรงกับตัวท่านน้อยที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง การรับรู้ด้านนั้น/หรือโดยรวมอยู่ในระดับสูงที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง การรับรู้ด้านนั้น/หรือโดยรวมอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง การรับรู้ด้านนั้น/หรือโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง การรับรู้ด้านนั้น/หรือโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง การรับรู้ด้านนั้น/หรือโดยรวมอยู่ในระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยได้พัฒนาและสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยที่ครอบคลุมหลัก 4D ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมส่งเสริมด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต มีจำนวน 7 ข้อ 2) ด้านพฤติกรรมส่งเสริมด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น มีจำนวน 8 ข้อ 3) ด้านพฤติกรรมส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน มีจำนวน 6 ข้อ 4) ด้านพฤติกรรมส่งเสริมด้านการป้องกันควบคุมโรค มีจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำหรือทุกครั้ง 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง 5-6 ครั้ง/สัปดาห์หรือเกือบทุกครั้ง 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งหรือ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบางครั้งหรือ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์การแปลผลใช้เกณฑ์การประเมินค่าคะแนนที่ได้จากการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปรับปรุง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และได้นำแบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ การตรวจสอบข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม การจัดการสุขภาพของตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โครงสร้าง และความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) อยู่ระหว่าง 0.83 ภายหลังปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ปกครองที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .82, .70, .71, .91, .91, และ .71 ตามลำดับ



## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เอกสารรับรองเลขที่ SCPHYLIRB-2567/019 ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ผู้วิจัยมีการชี้แจงข้อมูลอย่างชัดเจนถึงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยว่าจะขึ้นอยู่กับความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นอิสระในการเข้าร่วมวิจัยและสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลหลังจากได้รับการเผยแพร่งานวิจัย 2 ปี

## การรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ (1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ (2) ผู้วิจัยจัดสถานที่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และ (3) ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และนำแบบสอบถามที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2567

## การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติความถี่ และค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (inference statistics) ใช้วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4d ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย โดยใช้สถิติ regression analysis วิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple regression analysis) โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ทดสอบข้อตั้งเบื้องต้น ได้แก่ ทุกตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ (normality) การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) โดยพิจารณาจาก ค่า VIF อยู่ระหว่าง 2.01 - 2.83 และค่า Tolerances อยู่ระหว่าง .35 - .48 และไม่พบ autocorrelation โดยพิจารณาจากค่า Dubin-Watson เท่ากับ 1.67<sup>12</sup>

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.00) มีอายุระหว่าง 25-35 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 69.60) โดยมีอายุเฉลี่ย 31.09 ปี (SD = 7.15) มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 59.80) ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมากที่สุด (ร้อยละ 42.40) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (ร้อยละ 88.00) มีรายได้ครอบครัว/ต่อเดือน 10,000 - 20,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 35.90) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 94.60) มีความเกี่ยวข้องเป็นแม่กับเด็กมากที่สุด (ร้อยละ 82.60) และส่วนใหญ่ไม่มีจำนวนเด็กในความดูแลมากที่สุดอยู่ที่ 1-2 คน (ร้อยละ 81.50)



เด็กปฐมวัยพบว่าเป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 52.20) มีอายุในช่วง 0-6 เดือน (ร้อยละ 43.50) น้ำหนักปัจจุบันอยู่ในช่วง 6-10 กิโลกรัม มากที่สุด (ร้อยละ 70.70) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 94.60) ไม่มีการเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 80.40) ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ (ร้อยละ 95.70) ผลการตรวจพัฒนาการครั้งล่าสุดสมวัยมากที่สุด (ร้อยละ 70.70) น้ำหนักแรกคลอดอยู่ที่ 3,001-3,500 กรัม (ร้อยละ 38.00) คลอดครบกำหนด (ร้อยละ 92.40) และสุขภาพช่องปากไม่มีฟันผุ (ร้อยละ 65.20)

2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.36, SD=.57) มีค่าเฉลี่ยรายด้านสูงสุด คือ ด้านพัฒนาการและการเล่นในระดับดีมาก (Mean=4.44, SD=.63) รองลงมา คือ ด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.38, SD=.76) ด้านการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.34, SD=.51) และด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.27, SD= .83) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D (n=92)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D	mean	SD	ระดับ
ด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการ	4.38	.76	ดีมาก
ด้านพัฒนาการและการเล่น	4.44	.63	ดีมาก
ด้านสุขภาพช่องปาก	4.27	.83	ดีมาก
ด้านการป้องกันควบคุมโรค	4.34	.51	ดีมาก
ภาพรวมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D	4.36	.57	ดีมาก

3. ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีเพียงปัจจัยเดียว คือ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (Beta = .54) และมีอำนาจในการพยากรณ์ ร้อยละ 29.40 ( $R^2=.29$ ) รายละเอียด ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย (n=92)

ตัวแปร	Y	X1	X2	X3	X4	X5
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D (Y)	1.00	.29**	-.33**	-.29**	.54**	.48**
ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ (X1)		1.00	-.68**	-.63**	.60**	.56**
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (X2)			1.00	.67**	-.51**	-.44**
การตรวจสอบข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ (X3)				1.00	-.46**	-.45**
การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (X4)					1.00	.77**
การจัดการสุขภาพของตนเอง (X5)						1.00

\*\* $p<.01$

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย (n=92)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	R	$R^2$	$R^2$ change	F
การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (X4)	.49	.54	.54	.29	.28	37.42

$SE_b=.47$ , Constant =2.22, \*\* $p<.01$

โดยมีสมการพยากรณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ  $Z_{(Y)} = .54Z_{(X5)}$



## อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับดีมาก (Mean=4.36, SD=.57) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.00) ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของแม่ในวัฒนธรรมไทย โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่ผู้หญิงมักมีบทบาทสำคัญในการดูแลลูกในครอบครัว<sup>13</sup> นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 25-35 ปี (ร้อยละ 69.60) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความพร้อมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของบุตรหลาน มีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม<sup>14</sup> รวมทั้งมีอาชีพรับราชการมากที่สุด (ร้อยละ 42.40) ซึ่งเป็นอาชีพที่มีรายได้มั่นคงและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น รวมทั้งมีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 59.80) ซึ่งมีผลให้ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น การที่บุคคลมีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการค้นคว้าและนำข้อมูลสุขภาพมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>15</sup> ประกอบกับผู้ปกครองส่วนใหญ่มีจำนวนบุตรที่ดูแล 1-2 คน (ร้อยละ 81.50) การที่ผู้ปกครองมีจำนวนบุตรไม่มากส่งผลให้มีเวลาและทรัพยากรในการดูแลสุขภาพบุตรหลานได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลหัวทุ่ง อำเภอคลอง จังหวัดแพร่ ที่ศึกษาในผู้ปกครองที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 50 ปีขึ้นไป มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ประกอบอาชีพรับจ้าง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีเด็กก่อนวัยเรียนในความดูแล 1 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน<sup>9</sup>

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การส่งเสริมด้านพัฒนาการและการเล่นมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.44, SD=.63) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าเด็กปฐมวัยเป็นวัยที่มีพัฒนาการอย่างรวดเร็ว การส่งเสริมการเล่นที่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการทั้งด้านสติปัญญาและทักษะสังคมที่ดี โดยผู้ปกครองที่ส่งเสริมการเล่นอย่างสร้างสรรค์กับเด็กในช่วงปฐมวัยสามารถสนับสนุนการพัฒนาในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านสังคมและอารมณ์<sup>16</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่ส่วนใหญ่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการทุกด้านสมวัย (ร้อยละ 70.70) นอกจากนี้ในบริบทพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ส่วนใหญ่เป็นมุสลิม ซึ่งมีวัฒนธรรมและการปฏิบัติทางศาสนาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพและการดูแลเด็กปฐมวัย การที่ผู้ปกครองในพื้นที่นี้ให้ความสำคัญกับพัฒนาการและการเล่นของเด็ก แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองสามารถปรับตัวและนำความรู้ที่ได้รับมาปรับใช้กับบริบททางวัฒนธรรมของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการผสมผสานระหว่างการเลี้ยงดูตามศาสนาและการให้การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเด็กสามารถสนับสนุนพัฒนาการของเด็กในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม<sup>17</sup>

นอกจากนี้ในด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการ (Mean=4.38, SD=.76) ผลการวิจัยชี้ว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการจัดหาอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสำหรับเด็ก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเจริญเติบโตที่สมบูรณ์ของเด็ก เนื่องจากการส่งเสริมโภชนาการที่ถูกต้องในวัยเด็กช่วยลดความเสี่ยงของภาวะโภชนาการต่ำและโรคเรื้อรังในอนาคตได้ และการที่ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่ดีส่งผลให้พวกเขาสามารถเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับการเจริญเติบโตของบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>18</sup> ทำให้เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ในงานวิจัยนี้มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์ เช่นเดียวกับด้านการป้องกันควบคุมโรค (Mean=4.34, SD=.51) ผู้ปกครองมีการปฏิบัติที่ดีในการป้องกันโรค ซึ่งรวมถึงการพาเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนดและดูแลความสะอาดในชีวิตประจำวัน การป้องกันโรคในช่วงวัยเด็กเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดการเจ็บป่วยในระยะยาว ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้และปฏิบัติตามแนวทางป้องกันโรคช่วยให้เด็กมีสุขภาพที่ดีและลดการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้<sup>19</sup>



ผลการวิจัยพบว่า การส่งเสริมด้านสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน (Mean = 4.27, SD = .83) ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญที่ผู้ปกครองดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย การดูแลสุขภาพช่องปากเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคฟันผุและปัญหาสุขภาพฟัน เนื่องจากเด็กในวัยนี้ยังคงต้องพึ่งพาผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนั้นผู้ปกครองที่มีความรู้และตระหนักในเรื่องสุขภาพช่องปากสามารถลดความเสี่ยงของฟันผุในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>20</sup> โดยรวมผู้ปกครองในพื้นที่วิจัยมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับที่ดีมากในทุกด้านของหลัก 4D การที่ผู้ปกครองมีความรู้และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (Beta = .54,  $p < .01$ ) โดยสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองได้ถึงร้อยละ 29.40 ( $R^2 = .29$ ) การที่ผู้ปกครองมีการสื่อสารที่ดีและได้รับการสนับสนุนจากสังคม ทำให้สามารถดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก<sup>21</sup> การสนับสนุนทางสังคมและการมีเครือข่ายข้อมูลที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพในครอบครัวได้อย่างดี รวมถึงยังช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของผู้ปกครองในเด็กปฐมวัย โดยทำให้ผู้ปกครองเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแล ปกป้อง และส่งเสริมสุขภาพของบุตรหลานได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันทั่วทั้ง<sup>22</sup> นอกจากนี้การที่ผู้ปกครองมีทักษะการสื่อสารที่ดี เช่น ความสามารถในการพูด สอบถาม รับรู้และเข้าใจข่าวสารที่ดี จะส่งผลให้ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการการดูแลทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพเด็กมากขึ้น ซึ่งการที่บุคคลมีระดับความรู้ทางสุขภาพที่สูงจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี<sup>7</sup>

การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครอง ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของเครือข่ายสังคมในพื้นที่ชายแดนใต้ที่ผู้ปกครองอาศัยอยู่ การมีชุมชนที่เข้มแข็งและสนับสนุนกันในระดับท้องถิ่นช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ปกครองอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>23</sup> แม้พื้นที่ชายแดนใต้จะเผชิญกับความท้าทายทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงการศึกษาบางส่วน แต่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้กลับมีความพร้อมในการส่งเสริมสุขภาพได้ดีมาก ซึ่งอาจเกิดจากการที่ชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนด้านสุขภาพและการศึกษาให้กับครอบครัวในพื้นที่ ดังนั้นบริบทพื้นที่ชายแดนใต้ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ศาสนา และความท้าทายทางเศรษฐกิจและการเมือง ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปกครอง แต่กลับสะท้อนความสามารถในการปรับตัวและการใช้ทรัพยากรและการสนับสนุนจากชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด<sup>15</sup>

สำหรับปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ คือ ปัจจัยด้านเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพ การตรวจสอบข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และการจัดการสุขภาพของตนเอง โดยปัจจัยด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ได้อย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาหรือการเก็บข้อมูลจากผู้ให้บริการในพื้นที่ชนบท พบว่า ผู้ปกครองในพื้นที่ชายแดนใต้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี การเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่เป็นไปอย่างเท่าเทียมผ่านโครงสร้างบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น เช่น โรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพชุมชน<sup>24</sup> ทำให้ความแตกต่างในด้านนี้มีน้อย ปัจจัยด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ หรือ “ความรู้ด้านสุขภาพ” (health literacy)<sup>7</sup> ไม่ได้มีผลต่อการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน อาจเนื่องจากข้อมูลที่ได้รับยังไม่สอดคล้องกับความต้องการหรือบริบททางวัฒนธรรมในพื้นที่ชายแดนใต้ เช่น ความไม่สอดคล้องระหว่างข้อมูลสุขภาพและบริบทในพื้นที่ชายแดนใต้ทั้งด้านภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิธีการสื่อสาร การออกแบบเนื้อหาและบริการสุขภาพที่คำนึงถึงบริบททาง



สังคมและวัฒนธรรมเฉพาะของชุมชนจึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่นี้ การที่ผู้ปกครองสามารถเข้าถึงข้อมูลแต่ไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างเต็มที่ อาจทำให้ความรู้ที่ได้รับไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ความรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องปรับให้ตรงกับบริบทและลักษณะเฉพาะของชุมชนเพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>25</sup>

นอกจากนี้การที่ปัจจัยด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมินความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็ก อาจเป็นเพราะผู้ปกครองในพื้นที่เชื่อมั่นในแหล่งข้อมูลที่ได้รับจากหน่วยบริการสุขภาพสูง จึงไม่ได้ตรวจสอบเพิ่มเติม กล่าวคือการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นในข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ทำให้ไม่รู้สึกจำเป็นต้องตรวจสอบข้อมูลเพิ่ม<sup>26</sup> ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องรวมถึงแนะนำการเลือกข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่นเดียวกับปัจจัยด้านการจัดการสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นการที่ผู้ปกครองวางแผนและดูแลสุขภาพตนเองและบุตร ก็ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D ได้อย่างมีนัยสำคัญ อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านความเข้าใจ การเข้าถึงทรัพยากร การขาดแรงสนับสนุนจากสังคม และบริบททางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสุขภาพจิตของผู้ปกครองที่มีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวัน ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาทักษะด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ควรเน้นการปรับรูปแบบการสื่อสารและการสนับสนุนให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน การให้ข้อมูลที่เข้าใจง่ายและมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพในครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น<sup>27</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสุขภาพสามารถกำหนดนโยบายโดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ปกครองในด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม โดยอาจจัดโครงการที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความสามารถในการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพเด็กมากขึ้น ทั้งนี้อาจรวมถึงการให้ข้อมูลและการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน เช่น โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ในขณะเดียวกันสถานศึกษาอาจมีการสอดแทรกและบูรณาการองค์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเด็กโดยการออกแบบนวัตกรรมการส่งเสริมทักษะการสื่อสารในผู้ปกครองและมีแนวทางหรือมีการแนะนำช่องทางการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ปกครองในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในพื้นที่ๆ เดียว ทำให้ไม่สามารถอ้างอิงของผลการศึกษาในบริบทอื่น ดังนั้นควรขยายการศึกษาในผู้ปกครองในบริบทที่หลากหลายทั้งชุมชนเมืองและชนบท
2. ควรวิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 4D โดยการมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถค้นหาและได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอทั้งด้านความรู้ ผู้ช่วยเหลือ และหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้บริหาร และคณาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ที่มีส่วนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี



## References

1. Department of Health. Guidelines for promoting health behaviors of parents in raising early childhood children. Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health; 2020.(in Thai)
2. Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*. 2006;312(5782):1900–2. <https://doi.org/10.1126/science.1128898>.
3. Sararat P, Thongchai T, Nanongtoom K. Model for health promotion in early childhood development centers in Nong Khai Province. *J Health Sci Community Public Health*. 2024;7(2):97–114.(in Thai)
4. Khampisut J. Health literacy and COVID–19 prevention behavior among students in Faculty of Education, Northern College. *Acad J Community Public Health*. 2021;7(4):17–28.(in Thai)
5. Panngam N, Nuntaboot K, Senahad N, Klungklang R. Health literacy and factors related to preventive and control behaviors of COVID–19 among pregnant women in the new normal era in a secondary hospital, Khon Kaen. *J Nurs Educ*. 2023;16(1):97–114.(in Thai)
6. National Health Commission Office of Thailand. The 12<sup>nd</sup> National Health Development Plan (2017–2021). Bangkok: National Health Commission Office; 2017.
7. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072–8.
8. Boonjeam S, Muktabhant B, Chaichit R, Udompanich S. Smart early childhood in the northeast region. *KKU Res J (Grad Stud)*. 2021;21(4):196–209.(in Thai)
9. Katong P, Aphisamacharayothin P. Parent’s behavior in caring for preschool children’s health in Hua–Tung Sub–District, Long District, Phrae Province. *Thaksin Univ Libr J*. 2019;8:142–56. (in Thai)
10. Bootsri S, Charakamud P. Development of training course to construct mastery of 4D of childhood teacher to promote child health for proper growth and development under the Social Development Department, Bangkok. *Acad J Community Public Health*. 2022;8(2):144–56.(in Thai)
11. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G\*Power software. *Journal of educational evaluation for health professions*. 2021;18, 17. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.17>
12. Senaviratna NAMR, Cooray TMJA. Diagnosing multicollinearity of logistic regression model. *Asian J Probab Stat*. 2019;5(2):1–9.
13. UNICEF. The role of women in early childhood care and education. Bangkok: UNICEF Thailand; 2020.
14. Department of Health. Report on the study of health determinants and health behaviors affecting families and communities. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023.
15. UNICEF Thailand. Education and health equity in Thailand’s southern border provinces. Bangkok: UNICEF Thailand; 2021.
16. Aguilar SF. Play–based learning concept and development of teaching among kindergarten teachers. *J Educ Res*. 2024;11(6):51–84.



17. Bensaid B. An overview of Muslim spiritual parenting. *Religions*. 2021;12(12):1057.
18. Cha SM, Kim SY. Analysis of the factors that influence preschool children eating behavior by applying the health belief model: Seoul and Gyeonggi Province. *Nutr Res Pract*. 2023 Jun;17(3):541–52.
19. Kim SE, Lee J. Children’s health affected by parent’s behavioral characteristics: a review. *Clin Exp Pediatr*. 2024;67(5):232–9.
20. Kaushik M, Sood S. A systematic review of parents’ knowledge of children’s oral health. *Cureus*. 2023;15(7)
21. Konsnan W, Poum A. Health literacy associated with preventing and controlling behavior of dengue hemorrhagic fever among village health volunteers in Nong Yai Sub-district, Prasat District, Surin Province. *J Health Sci Community Public Health*. 2020;3(1):35–44.
22. Straughan PT, Xu C. How does parents’ social support impact children’s health practice? Examining a mediating role of health knowledge. *Glob Health Res Policy*. 2023;8(1):8.
23. Thanakwang K. Social networks and social support influencing health-promoting behaviors among Thai community-dwelling elderly. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2013;12(4):243–58.(in Thai)
24. Coombs NC, Campbell DG, Caringi J. A qualitative study of rural healthcare providers’ views of social, cultural, and programmatic barriers to healthcare access. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):438.
25. Stormacq C, Wosinski J, Boillat E, Van den Broucke S. Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review. *JBIEvid Synth*. 2020;18(7):1389–1469.
26. Davis TC, Arnold CL. Health literacy research in rural areas. *Stud Health Technol Inform*. 2020;269:241–7.
27. Ho YL, Mahirah D, Ho CZ, Thumboo J. The role of the family in health promotion: a scoping review of models and mechanisms. *Health Promot Int*. 2022;37(6)



## ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย จังหวัดจันทบุรี

## Factors Influencing Health Literacy in Early Childhood Rearing Practices among Grandparents in Chanthaburi Province

สดับพินท์ พสุทธิณย์<sup>1</sup>, วราภรณ์ นองเนื่อง<sup>1</sup>, ใจทิพย์ พร้อมดิษฐ์<sup>1</sup>  
 วรยุทธ นาคอ้าย<sup>2</sup>, วรณัญชิตา ทริพย์ประเสริฐ<sup>2</sup>  
 Saduppin Pasuhirun<sup>1</sup>, Waraporn Nongnuang<sup>1</sup>, Jaitip Promdit<sup>1</sup>  
 Worayuth Nak-ai<sup>2</sup>, Warunsicha Supprasert<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

<sup>2</sup>วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1</sup>Chanthaburi Provincial Public Health Office

<sup>2</sup> Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author; Warunsicha Supprasert; Email: warunsicha@scphc.ac.th

Received: November 6, 2024 Revised: January 22, 2025 Accepted: March 22, 2025

## บทคัดย่อ

ช่วงปฐมวัยถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาของสมองและพัฒนาการตลอดช่วงชีวิต ในสังคมไทย ปู่ย่าตายายมีบทบาทในการเลี้ยงดูเด็กในวัยนี้ ความรอบรู้ของปู่ย่าตายายจึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมการเลี้ยงดูที่เหมาะสมต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และปัจจัยทำนายความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย ในจังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ปู่ย่าตายายที่เป็นผู้เลี้ยงดูหลาน อายุแรกเกิด ถึง 4 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 250 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม - กันยายน 2567 ด้วยแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .93 และมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ปู่ย่า ตายาย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.40 มีความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในระดับไม่เพียงพอ ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายระดับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีโทรศัพท์/เครื่องมือสื่อสาร ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ การมียาเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน การได้รับแรงสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แรงสนับสนุนด้านการประเมินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 34.00 ของความแปรปรวน ( $R^2=.340, p<.001$ ) ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรออกแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมให้กับปู่ย่า ตายาย โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพในการเรียนรู้ และให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ ตามบริบทและความต้องการของปู่ย่า ตายาย



## Factors Influencing Health Literacy in Early Childhood Rearing Practices among Grandparents in Chanthaburi Province

Saduppin Pasuhirun<sup>1</sup>, Waraporn Nongnuang<sup>1</sup>, Jaitip Promdit<sup>1</sup>  
Worayuth Nak-ai<sup>2</sup>, Warunsicha Supprasert<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Chanthaburi Provincial Public Health Office

<sup>2</sup>Sirindhorn College of Public Health Chonburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,  
Praboromarajchanok Institute

Corresponding author; Warunsicha Supprasert; Email: warunsicha@scphc.ac.th

**Received:** November 6, 2024 **Revised:** January 22, 2025 **Accepted:** March 22, 2025

---

### Abstract

Early childhood is a critical period for brain development and lifelong well-being. In the Thai context, health literacy of grandparents serves as essential information for fostering proper caregiving practices that support the development and growth of young children. This cross-sectional analytical study aimed to examine the situation of health literacy in early childhood rearing practices and to identify the factors influencing health literacy among grandparents caring for young children in Chanthaburi Province. A total of 250 grandparents raising grandchildren aged from birth to 4 years, 11 months, and 29 days were selected through multi-stage random sampling. Data collection involved face-to-face interviews to assess health literacy in early childhood rearing practices conducted from August to September 2024. This research instrument had a content validity index of .93 and a Cronbach's alpha reliability coefficient of .91. Descriptive statistics and stepwise multiple linear regression analysis were applied to analyze the data. The results revealed that the majority of grandparents (74.40%) had insufficient health literacy in early childhood rearing practices. The significant predictors of health literacy in early childhood rearing practices included having a phone/communication device, literacy skills, having a grandmother as the main caregiver, being a member of a community group, receiving tangible support from village health volunteers, appraisal support from administrative organizations, and emotional support from public health officers. These factors collectively accounted for 34.00% of the variance in health literacy ( $R^2 = .340$ ,  $p < .001$ ). These findings suggest that healthcare personnel and relevant agencies should develop tailored interventions to enhance grandparents' health literacy regarding the influencing factors of appropriate early childhood rearing practices. Such programs should leverage grandparents' learning potential and provide targeted support based on their specific contexts and needs.

**Keywords:** health literacy; early childhood rearing practices; grandparents



## ความเป็นมาและความสำคัญ

เด็กปฐมวัยเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญ จึงจำเป็นต้องมีพัฒนาการที่เต็มศักยภาพเพื่อให้สามารถเติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพ มีความสุข สามารถสร้างสรรค์และทำประโยชน์ต่อสังคม การดูแลเด็กวัยนี้มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากสมองของเด็กจะมีการเจริญเติบโตและมีการพัฒนาอย่างสูงสุด องค์กรยูนิเซฟแห่งประเทศไทย กล่าวว่า เด็กปฐมวัยตั้งแต่แรกคลอดจนถึงสามขวบต้องการการสนับสนุนและกระตุ้นพัฒนาการหลัก 4 ด้าน คือ 1) ด้านสติปัญญา และการเรียนรู้ 2) ด้านการเคลื่อนไหว 3) ด้านภาษา 4) ด้านสังคมอารมณ์ ทั้งนี้ การพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัย จำเป็นต้องอาศัยการอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัวด้วยความรัก ความอบอุ่น และการเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด หากพัฒนาการทุกด้านได้รับการตอบสนองตามความต้องการ เด็กจะมีการพัฒนาที่สมวัย<sup>1</sup> สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ด้านการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2565-2569) ซึ่งมีเป้าหมายมุ่งพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนอย่างยั่งยืน เพื่อให้มีกำลังคนที่มีสมรรถนะสูง นอกจากนี้ ยังมุ่งเน้นส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต อันเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคนในสังคมสูงวัย ที่ช่วงชีวิตมีความหลากหลายมากขึ้น<sup>2</sup> จากสถานการณ์โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปพบว่าสัดส่วนประชากรวัยทำงานและวัยเด็กลดลง ในขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น<sup>3</sup> การพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยโดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมและติดบ้านให้สามารถเป็นกำลังหลักของครอบครัวในการดูแลบุตรหลาน จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพเด็กปฐมวัยได้

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กปฐมวัย ร้อยละ 20.90 มีผู้เลี้ยงดูหลักเป็นปู่ย่า ตายาย ซึ่งพบว่าร้อยละ 33.10 ยังมีการอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวในชนบท สาเหตุของปัญหาคุณภาพการเลี้ยงดูดังกล่าวเกิดจากการที่ผู้เลี้ยงดูหลักมีความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในระดับที่ไม่เพียงพอ<sup>4-6</sup> จากการศึกษาความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก เขตสุขภาพที่ 5 และ 7 พบว่า ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักอยู่ในระดับพอใช้และควรปรับปรุงมากถึงร้อยละ 26.00 และ 23.60 ตามลำดับ ด้านที่พบมีความรอบรู้ระดับต่ำ คือ ด้านความรู้ความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง 3 อันดับแรกคือการเริ่มให้อาหารทารกตามวัยเมื่ออายุครบ 6 เดือน เทคนิคการให้นมและการเล่นิทานให้เด็ก 6-12 เดือนพอง<sup>7-8</sup> ซึ่งความรอบรู้ในระดับที่ไม่เพียงพอดังกล่าว ส่งผลกระทบโดยตรงต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย ผลจากการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยทุก 5 ปีโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542-2564 พบว่า เด็กปฐมวัยยังคงมีพัฒนาการสมวัยไม่เป็นไปตามเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 71.70, 72.00, 67.70, 73.40, 67.50 และ 70.30 ตามลำดับ<sup>9</sup> สำหรับภาวะการเจริญเติบโต พบว่า ดัชนีภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ ภาวะเตี้ย (ร้อยละ 13.30) ภาวะผอม (7.70) และภาวะเริ่มอ้วน/อ้วน (ร้อยละ 9.20) สูงเกินค่าเป้าหมายที่กำหนดเป็นสิ่งสะท้อนถึงสุขภาพโดยรวมของเด็ก<sup>10</sup> นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพการเลี้ยงดู ได้แก่ การให้เด็กได้กินนมแม่ พฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM และการเล่นิทานของผู้เลี้ยงดูหลักมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยจะพบว่า เด็กที่ไม่มีคนเล่นิทาน/เล่าเรื่องต่างๆ ให้ฟังมีความเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้าถึง 1.24 เท่าของเด็กที่มีคนเล่นิทาน/เล่าเรื่องให้ฟัง<sup>5</sup>

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น เป็นกระบวนการที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน<sup>10</sup> การเสริมสร้างความรอบรู้ในการเลี้ยงดูให้แก่ผู้เลี้ยงดูหลัก จะทำให้ผู้เลี้ยงดูหลักมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่เหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพของบุตรหลานได้ด้วยตนเอง จึงเป็น



สิ่งที่จำเป็น เนื่องจากผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยมีความเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การเลี้ยงดูของผู้เลี้ยงดูเด็ก ผู้เลี้ยงดูที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ส่งผลทางลบต่อภาวะสุขภาพ การเจริญเติบโตและ พัฒนาการของเด็ก<sup>11</sup> ปู่ย่าตายายเป็นผู้ที่มีบทบาทเป็นผู้ดูแลหรือผู้สนับสนุนหลักในการเลี้ยงดูเด็กในหลายครอบครัว โดยเฉพาะในกรณีที่พ่อแม่ต้องทำงานหรืออยู่ห่างไกล แต่จากศึกษาการเลี้ยงดูเด็กของปู่ย่าตายายในครอบครัวข้ามรุ่น พบข้อจำกัดของการเลี้ยงดูเด็กของปู่ย่าตายาย คือ การขาดการรู้เท่าทันยุคของการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลกิจวัตรประจำวันของเด็กและเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว รวมทั้งความชราภาพและการเจ็บป่วย ทำให้ปู่ย่าตายายใช้ความรู้และประสบการณ์เดิมในการเลี้ยงดูเด็ก ปู่ย่าตายายที่อ่านหนังสือไม่ออกและมีการศึกษาน้อย ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ ซึ่งอาจมีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็ก<sup>12</sup>

จากรายงานสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดจันทบุรี พบว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2562-2566) เด็กมีพัฒนาการสมวัยลดลงจากร้อยละ 90.60 เป็นร้อยละ 86.30 และเมื่อคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกพบมีพัฒนาการ สมวัยลดลงจากร้อยละ 76.90 เหลือเพียงร้อยละ 68.70 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขที่ กำหนดไว้ที่ร้อยละ 85.00 นอกจากนี้ ยังพบว่าภาวะการเจริญเติบโตด้านส่วนสูงตามเกณฑ์อายุและรูปร่างสมส่วนไม่ ผ่านค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 66.00 ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้สำคัญที่แสดงถึงคุณภาพการเลี้ยงดูของครอบครัว ทั้งนี้ จังหวัดจันทบุรีเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2566 โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 20.20 และเป็นกลุ่มติดสังคมมากถึงร้อยละ 97.80 และจากข้อมูลงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าร้อยละ 45.00 ของผู้เลี้ยงดูหลักเป็น ปู่ย่า ตายาย และพบร้อยละ 5.90 เป็นผู้สูงอายุ<sup>13</sup> ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพให้ครอบครัว และผู้เลี้ยงดูหลักที่เป็นปู่ย่า ตายายให้มีความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเพื่อส่งเสริมพัฒนาการจึงมีความสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า สำหรับประเด็นความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของ ปู่ย่า ตายาย ยังมีการศึกษาค้นคว้าจำกัด และที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มปู่ย่า ตายายที่เลี้ยงดู เด็กในบริบทสังคมสูงวัยของประเทศไทย รวมถึงจังหวัดจันทบุรีมาก่อน โดยการวิจัยนี้อาจทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่ เนื่องจากได้มีการศึกษาตัวแปรผลกระทบของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เลี้ยงดู เด็ก รวมถึงยังไม่มีการศึกษาแบบการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูเด็ก จากความสำคัญ ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กของปู่ย่า ตายาย รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อ ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่าตายาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางการพัฒนาความรอบรู้ การจัดการกระบวนการเรียนรู้ พัฒนานวัตกรรม รวมถึงสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเสริมสร้างทักษะของปู่ย่าตายาย ให้สามารถเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการสมวัย เป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพของประเทศชาติต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย จังหวัดจันทบุรี ในด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย จังหวัดจันทบุรี

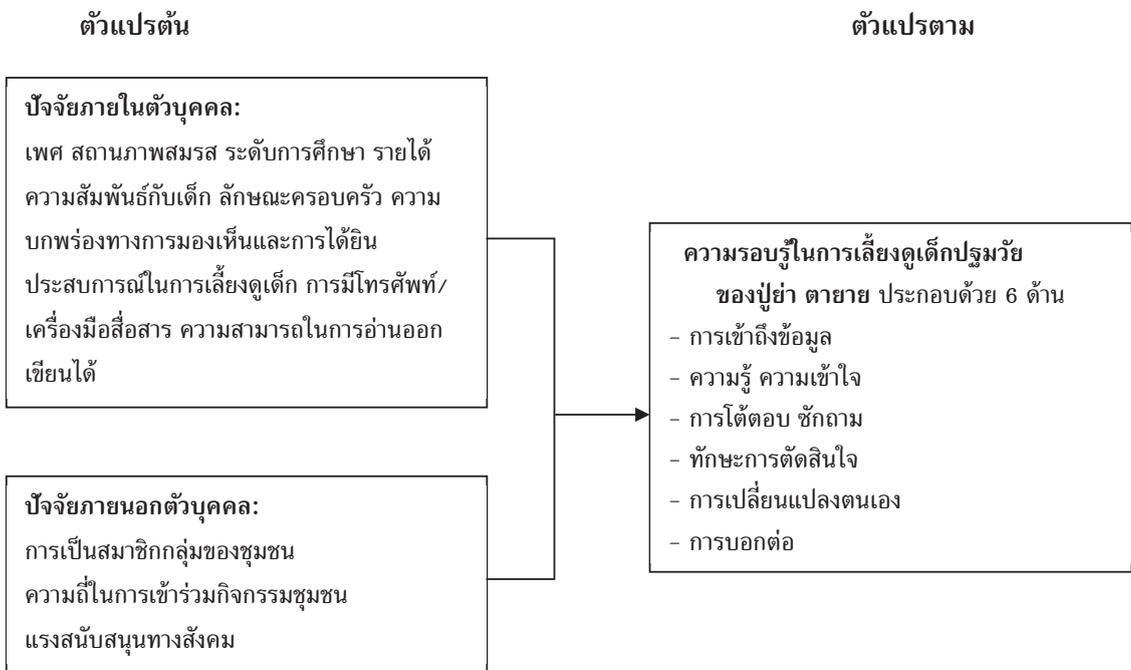
### สมมติฐานการวิจัย

1. ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย จังหวัดจันทบุรี อยู่ในระดับไม่เพียงพอ
2. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ลักษณะครอบครัว ความบกพร่องทางการมองเห็นและการได้ยิน ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก การมีโทรศัพท์/เครื่องมือสื่อสาร และความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย ในจังหวัดจันทบุรี



## กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย มาใช้เป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้ โดยตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ลักษณะครอบครัว ความบกพร่องทางการมองเห็นและการได้ยิน ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก การมีโทรศัพท์/เครื่องมือสื่อสารและความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และแรงสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม คือ ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย ประกอบด้วย 6 ด้าน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด V-shape ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ การโต้ตอบ ชักถาม ทักษะการตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงตนเอง และการบอกต่อ<sup>11</sup> สามารถแสดงกรอบแนวคิดดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study)

### ประชากร

ปู่ย่า ตายาย ผู้ซึ่งเป็นผู้เลี้ยงดูหลักแก่หลานช่วงอายุแรกเกิดถึง 4 ปี 11 เดือน 29 วัน ในจังหวัดจันทบุรี จำนวนทั้งสิ้น 889 คน



### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ปู่ย่า ตายาย อายุ 60 ปีขึ้นไปที่เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยตั้งแต่แรกเกิดถึง 4 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 250 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการประมาณค่าสัดส่วนประชากรของแดเนียล<sup>14</sup> ดังต่อไปนี้

$$n = \frac{NZ^2 \alpha/2pq}{d^2(N-1) + Z^2 \alpha/2pq}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$Z$  = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติซึ่งมีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ  $\alpha$  โดยกำหนดให้  $\alpha$  เท่ากับ .05, ค่า  $Z_{\alpha/2}$  เท่ากับ 1.96

$N$  = ขนาดของประชากรที่ศึกษา จำนวน 889 คน

$p$  = ค่าสัดส่วนของความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็กเขตสุขภาพที่ 5 ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยรวมทุกด้านอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 59.5 จึงใช้ค่าสัดส่วนเท่ากับ .60<sup>7</sup>

$q$  = 1 -  $p$ ,  $d$  = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดให้ เท่ากับ .05

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ เท่ากับ 225 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนและการสูญหายของข้อมูลในระหว่างการวิจัย (data loss) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้น จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 250 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยสุ่มอย่างง่ายเลือกพื้นที่จำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอขลุง อำเภอท่าใหม่ อำเภอแหลมสิงห์ และอำเภอนายายอาม จากนั้นทำการสุ่มจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 2 ตำบลจากในแต่ละอำเภอ และสุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่เป็นปู่ย่า ตายายในตำบลที่สุ่มตัวอย่างได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย จังหวัดจันทบุรี ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก ลักษณะครอบครัว ความบกพร่องทางการมองเห็นและการได้ยิน ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก การมีโทรศัพท์/เครื่องมือสื่อสาร ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน และความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากประยุกต์แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ของ House<sup>15</sup> ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) แรงสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ (tangible support) แรงสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) และแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) จากแหล่งต่าง ๆ จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบกรได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลต่าง ๆ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 มิติ (V-Shape) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข<sup>11</sup> ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวนทั้งสิ้น 35 ข้อ มีคะแนนเต็มเท่ากับ 116 คะแนน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 3.1 การเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 2 มิติ ได้แก่ 1) ความสามารถในการค้นหาข้อมูล 4 ข้อ เป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง



บางครั้ง และไม่เคย และ 2) ความน่าเชื่อถือแหล่งของข้อมูล 5 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง และน้อย

ส่วนที่ 3.2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ เป็นแบบทดสอบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่/ไม่แน่ใจ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3.3 การโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคย

ส่วนที่ 3.4 ทักษะการตัดสินใจ เป็นแบบสอบถามข้อมูลความสามารถในการเลือก การปฏิเสธ หรือหลีกเลี่ยง และเลือกวิธีการ จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคย

ส่วนที่ 3.5 การเปลี่ยนแปลงตนเอง เป็นแบบสอบถามความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนปฏิบัติ จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคย

ส่วนที่ 3.6 การบอกต่อ สื่อสารระหว่างบุคคล ประเมินตนเองว่ามีความสามารถในการสื่อสารระหว่างบุคคล เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยนั้นอย่างไร จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคย

การแปลค่าคะแนนสำหรับประเทศไทยเกณฑ์ที่ถือว่ามีความรอบรู้ฯ พอเพียงของประชาชนไทย คือ ร้อยละ 75 ตามรายงานสรุปผล การสำรวจความรอบรู้ฯ ระดับประเทศ ในกลุ่มประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป<sup>10</sup>

ทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า เท่ากับ 0.93 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่ไม่ใช่พื้นที่วิจัย จำนวน 30 คน นำไปหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Alpha Cronbach coefficient) สำหรับแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ในส่วนการเข้าถึงข้อมูล การโต้ตอบชักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ และสูตรคูเดอริชชานสัน (Kuder-Richardson) สำหรับแบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ในส่วนความรู้ความเข้าใจ ได้ค่าความเที่ยงโดยรวม เท่ากับ .91

#### จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 เอกสารรับรองเลขที่ 063/67 ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2567

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประสานกับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่ตามวันเวลาที่กำหนด ระหว่างวันที่ 8 สิงหาคม - 15 กันยายน 2567 ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ขอความยินยอมจากอาสาสมัคร สำหรับผลการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับโดยการลงรหัสและไม่ระบุชื่อ ทั้งการนำเสนอข้อมูลหรือผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุด การเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปโดยความสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องระบุเหตุผลหรือไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ



### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และระดับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย วิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) ใช้การคัดเลือกแบบขั้นตอน (Stepwise selection) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานที่ .05

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 82.80 มีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นยายและย่า ร้อยละ 38.00 และ 34.40 ตามลำดับ และร้อยละ 91.60 มีประสบการณ์เคยเลี้ยงเด็ก ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปีมากที่สุด ร้อยละ 78.00 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 67.00 ปี มีสถานภาพสมรสคู่/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 63.20 ศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.00 และอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ร้อยละ 18.40 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 58.40 และมีรายได้เฉลี่ย เท่ากับ 16,701.87 บาท ซึ่งส่วนใหญ่เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 44.40 มีโทรศัพท์ แท็บเล็ต เครื่องมือสื่อสารที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตเพื่อค้นหาข้อมูลต่างๆ และอ่านออกเขียนได้คล่อง เพียงร้อยละ 75.20 และร้อยละ 59.60 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีภาวะสายตาสาย ร้อยละ 50.40 แต่ไม่มีความบกพร่องด้านการได้ยิน ร้อยละ 93.20 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 42.00 โดยส่วนใหญ่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมแค่เพียงบางครั้ง ร้อยละ 37.60 และสำหรับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำแนวทางการเลี้ยงดูเด็กและได้รับการสนับสนุนเครื่องมือ/ของเล่นส่งเสริมพัฒนาการ/เงินอุดหนุนการเลี้ยงดูเด็กจากครอบครัว ร้อยละ 58.80 สำหรับการประเมินพัฒนาการและติดตามภาวะโภชนาการ ส่วนใหญ่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 74.00 ส่วนกำลังใจและการช่วยเหลือเมื่อเกิดความกังวลในการเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.40 ได้รับจากครอบครัว

2. ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้โดยรวมอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 74.40 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ การได้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนตนเอง การบอกต่อ/สื่อสาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 86.00, 77.60, 66.40, 65.60, 49.60 และ 68.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (n=250)

ระดับความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย	ไม่เพียงพอ		เพียงพอ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงข้อมูล	215	86.00	35	14.00
ความรู้ ความเข้าใจ	194	77.60	56	22.40
การได้ตอบ ซักถาม	166	66.40	84	33.60
ทักษะการตัดสินใจ	164	65.60	86	34.40
การเปลี่ยนแปลงตนเอง	124	49.60	126	50.40
การบอกต่อ	170	68.00	80	32.00
ภาพรวม (รวมทุกด้าน)	186	74.40	64	25.60



3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรตัวเดียว (univariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายายในภาพรวม ประกอบด้วย

3.1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเด็ก (ย่าเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก) ประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็ก การมีโทรศัพท์/เครื่องมือสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย ในขณะที่การไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ มีความสัมพันธ์ในเชิงผกผันกับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุอุปกรณ์จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแรงสนับสนุนด้านอารมณ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย ในขณะที่การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความสัมพันธ์ในเชิงผกผันกับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรรกับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย (n=250)

ตัวแปร	ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย	ความสัมพันธ์กับเด็ก ในฐานย่า	ประสบ การณ์ในการ เลี้ยงดูเด็ก	การมี โทรศัพท์/ เครื่องมือ สื่อสาร	การไม่ สามารถอ่าน ออกเขียนได้	การเป็น สมาชิกกลุ่ม ของชุมชน	ความถี่ใน การเข้าร่วม กิจกรรม ชุมชน	แรง สนับสนุน ด้านวัสดุ อุปกรณ์จาก อสม.	แรง สนับสนุน ด้านการ ประเมินจาก อปท.	แรง สนับสนุน ด้านอารมณ์ จาก เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
<b>ปัจจัยภายในตัวบุคคล</b>										
ความสัมพันธ์กับเด็ก (ย่าเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก)	.243**									
ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก	.157*	.071								
การมีโทรศัพท์/เครื่องมือสื่อสาร	.263**	.226**	.127*							
การไม่สามารถอ่านออกเขียนได้	-.168**	-.025	-.096	-.088						
<b>ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล</b>										
การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน	.214**	-.058	.051	.041	.097					
ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน	.300**	.137*	.120	.192**	-.027	.130*				
แรงสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	.288**	.116	-.021	.040	.034	.012	.197**			
แรงสนับสนุนด้านการประเมินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)	-.168**	-.073	-.096	-.038	-.037	.097	.039	.083		
แรงสนับสนุนด้านอารมณ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.414**	.069	.089	.071	.005	-.050	.305**	.395**	-.082	

ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (multiple linear regression analysis) ใช้การคัดเลือกแบบขั้นตอน (stepwise selection) พบว่า ปัจจัยคัดสรรที่สามารถร่วมอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย ประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ 1) การมีโทรศัพท์/เครื่องมือสื่อสาร ( $\beta = -.143$ ) 2) ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ( $\beta = -.172$ ) 3) การมีย่าเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ( $\beta = .156$ ) และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ 1) การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน ( $\beta = .123$ ) 2) การได้รับแรงสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( $\beta = .294$ ) 3) การได้รับแรงสนับสนุนด้านการประเมินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ( $\beta = -.154$ ) และ 4) การได้รับการได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( $\beta = .216$ ) สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย ได้ร้อยละ 34.00 ของความแปรปรวน ( $R^2 = .340, p < .001$ ) รายละเอียดดังตารางที่ 3 สามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ในรูปของคะแนนดิบได้ดังนี้



ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย = 2.540 - .147(การมีโทรศัพท์/เครื่องมือสื่อสาร) - 0.411(ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้) + .155(การมีย่าเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก) + .330(การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน) + .282(การได้รับแรงสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์จากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน) - .367(การได้รับแรงสนับสนุนด้านการประเมินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) + .194(การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

ตารางที่ 3 คำสัมประสิทธิ์ของถดถอยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย (n=250)

ตัวแปรทำนาย	$\beta$	S.E.	Exp.( $\beta$ )	t	p-value	95% of CI for $\beta$	
						Lower	Upper
<b>1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล</b>							
การมีโทรศัพท์/เครื่องมือสื่อสาร <sup>1</sup>	-.147	.055	-.143	-3.636	.008	-.256	-.038
ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ <sup>2</sup>	-.411	.124	-.172	2.685	.001	-.655	-.167
การมีย่าเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก <sup>3</sup>	.155	.053	.156	2.937	.004	.051	.259
<b>2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล</b>							
การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน <sup>4</sup>	.330	.141	.123	-2.243	.020	.053	.607
แรงสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์จากอาสาสมัคร	.282	.061	.294	4.775	<.001	.161	.403
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) <sup>5</sup>							
แรงสนับสนุนด้านการประเมินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) <sup>6</sup>	-.367	.125	-.154	2.394	.004	-.612	-.122
แรงสนับสนุนด้านอารมณ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข <sup>7</sup>	.194	.057	.216	4.020	.001	.082	.306
<b>ค่าคงที่ (Constant)</b>	<b>2.540</b>	<b>.054</b>	<b>-</b>	<b>47.363</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>2.434</b>	<b>2.646</b>

Adjusted R<sup>2</sup> = .340, F= 17.687, Constant = 2.540

กลุ่มอ้างอิง: 1=การมีโทรศัพท์/เครื่องมือสื่อสาร, 2=การอ่านออกเขียนได้, 3=การมีย่า/ปู่/ตาเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก, 4=การไม่ได้เป็นสมาชิก, 5-7=การไม่ได้รับแรงสนับสนุน

## อภิปรายผล

### 1. ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย

จากผลการวิจัยพบว่า ปู่ย่า ตายายส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ และการตัดสินใจ ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้เลี้ยงดูยังขาดทักษะและความรู้ที่เพียงพอในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเพื่อการดูแลเด็ก ด้านการค้นหาข้อมูลที่ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 86.00 แสดงให้เห็นว่าผู้เลี้ยงดูอาจยังขาดความสามารถในการใช้เทคโนโลยีและแหล่งข้อมูลออนไลน์ ทั้งความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยก็ยังไม่เพียงพอ ร้อยละ 77.60 ในขณะที่ทักษะการตัดสินใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับการดูแลเด็กปฐมวัยก็ยังไม่เพียงพอเช่นกัน ปัญหาเหล่านี้อาจเป็นผลจากการขาดการสนับสนุนที่เพียงพอจากแหล่งข้อมูลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือครอบครัว แม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับหนึ่ง แต่การสนับสนุนเหล่านี้ยังไม่เพียงพอที่จะเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของปู่ย่า ตายายให้สูงขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาเด็กปฐมวัยคุณภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ<sup>6</sup> พบว่าความรอบรู้ของผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 62.00 และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ปัญหาด้านสายตา สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นปัจจัยแวดล้อมสำคัญในการเจริญเติบโตของเด็กที่มีคุณภาพ ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กระดับต่ำส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัยและมีปัญหาการเจริญเติบโต นอกจากนี้ ยังทำให้มีการใช้เทคโนโลยีในเด็กที่ไม่เหมาะสมกับวัยอีกด้วย<sup>3, 6-7, 11</sup>



## 2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย

ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ 1) การมีโทรศัพท์/เครื่องมือสื่อสาร 2) ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ 3) การมีย่าเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ 1) การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน 2) การได้รับแรงสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3) การได้รับแรงสนับสนุนด้านการประเมินจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 4) การได้รับการได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย ได้ร้อยละ 34.00 สามารถอธิบายได้ดังนี้

### 2.1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล

ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ การมีโทรศัพท์/เครื่องมือสื่อสารและความสามารถในการอ่านออกเขียนได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากเทคโนโลยีสามารถเปิดโอกาสให้ปู่ย่าตายายสามารถเข้าถึงข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูเด็กได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ การไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ของปู่ย่าตายาย ยังมีความสัมพันธ์ในเชิงผกผันกับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย อาจสะท้อนให้เห็นว่าผู้เลี้ยงดูที่มีความสามารถทางการอ่านเขียนในระดับต่ำจะประสบปัญหาในการค้นหาข้อมูลและนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็กในเขตสุขภาพที่ 5 ที่พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ในระดับต่ำ จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในระดับต่ำ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม<sup>7</sup> นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า ผู้เลี้ยงดูที่มีความสัมพันธ์ในฐานะย่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย อธิบายได้จากความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของ “ย่า” กับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของเพศในฐานะผู้เลี้ยงดูหลักในบริบทของสังคมไทย อันสะท้อนถึงมิติทางวัฒนธรรมและบทบาททางเพศในครอบครัว โดยผู้หญิงมักถูกคาดหวังให้เป็นผู้ดูแลครอบครัว ซึ่งรวมถึงการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะในกรณีที่ปู่ย่าตายายเข้ามาปรับบทบาทเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ผู้เลี้ยงดูที่เป็นเพศหญิง เช่น ย่า มักมีลักษณะการเลี้ยงดูที่อบอุ่นและเอาใจใส่ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย<sup>16</sup>

### 2.2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม อันได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มจิตอาสา ทำให้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้รับความรู้ใหม่ ๆ ในการเลี้ยงดูเด็กทำให้มีความรอบรู้มากขึ้น<sup>17</sup> และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ โดยผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชนอย่างน้อย 4 ครั้งต่อเดือนมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนเลย<sup>18</sup> นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมในหลายด้านมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่าตายาย โดยเฉพาะการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านเครื่องมือ/วัสดุ/เงินจาก รวมถึงการให้กำลังใจและความช่วยเหลือ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กของปู่ย่า ตายาย ซึ่งบ่งบอกว่าการให้ข้อมูลและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญส่งผลต่อการเพิ่มความรู้และความมั่นใจในการดูแลเด็ก ขณะที่การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านการประเมินย้อนกลับมีความสัมพันธ์ในเชิงลบ ซึ่งอาจเกิดจากการขาดความรู้เฉพาะทางหรือความเข้าใจที่ไม่เพียงพอในการสนับสนุนผู้เลี้ยงดู การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์ การยอมรับการเห็นคุณค่า ข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรสิ่งของเพื่อตอบสนองความต้องการ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.279, p<.01$ )<sup>19</sup> แรงสนับสนุนทางสังคม ถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย วงศ์พิกุล ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I สำหรับเด็ก 0-5 ปี



ที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา พบว่า ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะ การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01<sup>20</sup>

ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณชี้ให้เห็นว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายระดับความรอบรู้ ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย มีทั้งสิ้น 7 ตัวแปร ทั้งนี้การได้แรงสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์จากอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายสูงที่สุด สามารถอธิบายได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นบุคคลสำคัญในชุมชนที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ให้คำแนะนำ และจัดหาอุปกรณ์หรือทรัพยากรที่ จำเป็นต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น ช่วยจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น ของเล่นเสริมพัฒนาการ หนังสือภาพ ฯลฯ การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์จาก อสม. ช่วยให้ปู่ย่าตายายมีทรัพยากรที่เหมาะสมสำหรับการดูแล หลาน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทหรือครอบครัวที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ อสม.เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ และติดตามการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้เลี้ยงดูมีความมั่นใจในการใช้ความรู้และทักษะที่ได้รับ ตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ความมั่นใจที่ สามารถนำ ทักษะหรือวัสดุส่งเสริมพัฒนาการที่ได้รับไปใช้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยได้อย่างมีคุณภาพ ดังนั้น การส่งเสริมบทบาท ของ อสม. จึงเป็นสิ่งสำคัญในบริบทของสังคมไทยเพื่อให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสมและส่งเสริมพัฒนาการ อย่างเต็มศักยภาพ<sup>21</sup>

### ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้ 1) การวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายความรอบรู้ในการ เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของปู่ย่า ตายาย โดยไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ เนื่องจากการศึกษาเชิงตัดขวาง (cross-sectional study) และไม่มีกรควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (confounding variables) ที่อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ นอกจากนี้ 2) การวิจัยนี้อาจมีตัวแปรทำนายบางตัวที่ไม่ได้ถูกนำมาเข้ามาในโมเดล และอาจมีข้อมูลขาดหาย (missing data) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความแม่นยำของการทำนาย ดังนั้น ผลการวิจัยควรตีความในบริบทของการทำนาย (prediction) และควรพิจารณาหากจะนำไปผลการวิจัยนี้ไปในเชิงสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายเสริมสร้างความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กให้กับปู่ย่า ตายาย ทั้งระดับ ประเทศและระดับท้องถิ่น โดยเน้นให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ที่เข้าถึงได้ง่ายและเหมาะสมกับบริบทของ ปู่ย่า ตายายในชุมชน

2. ควรมีการสร้างสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เช่น แผ่นพับ วิดีโอและแอปพลิเคชันที่ใช้งานได้ง่ายสำหรับปู่ย่า ตายาย จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลที่มีประโยชน์ นอกจากนี้ การฝึกอบรมที่เน้นการปฏิบัติจริง สามารถช่วยให้ปู่ย่า ตายายเรียนรู้เทคนิคการดูแลเด็กที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความรอบรู้ในการเลี้ยง ดูเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. จากผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าการเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชนมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการเลี้ยงดู เด็ก การสนับสนุนให้ปู่ย่า ตายายเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชนจะช่วยเสริมสร้างความรู้และ ประสบการณ์ในด้านการเลี้ยงดูเด็กได้มากยิ่งขึ้น

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ที่เหมาะสมสำหรับปู่ย่า ตายาย โดยมีการนำผลจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมตามโปรแกรมฯ



## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการวิจัย “การพัฒนาระบบสุขภาพประเทศไทยและนวัตกรรมดูแลผู้สูงอายุ” กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ 2567 ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

## References

1. Pattanapongthorn C, Thonghem A, Asanok N, Phudontaong C, Pongjinda P. report on the study of an integrated early childhood development and learning promotion system based on the philosophy of sufficiency economy. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2020.(in Thai)
2. Office of the Secretariat of the National Strategy Committee, Office of the National Economic and Social Development Council. National strategy (2018–2037). Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2018.(in Thai)
3. Boonkhayai S. A study of factors related to health literacy of thai people aged 15 years and over: a case study of health region 4. Saraburi: Health Center 4 Saraburi; 2019. (in Thai)
4. Nanthamongkolchai S. Research report: child rearing of Thai families. 1<sup>st</sup> ed. Bangkok: Thailand Research Fund; 2004.(in Thai)
5. Jangpanich P, Ployluan W. A Study of the situation of thai early childhood development in 2021. Journal of Health Promotion and Environmental Health. 2023;46(1):41–53.(in Thai)
6. Boonjeam S, Muktabhant B, Chaichit R, Udompanich S. Quality early childhood in Northeastern Thailand. Khon Kaen University Research Journal (Graduate Studies). 2021;21(4):196–209. (in Thai)
7. Potipiti K. Heath Literacy of major caregivers and teachers/child caregivers about early childhood care in the Health Region 5. Health Region 7 Khonkaen Journal. 2023;15(1):28–50. (in Thai)
8. Thongthai T, Boonjaiem S, Puriso P, Srimannon N, Deangong L. Health literacy in early childhood care among caregivers in Health Region 7. Journal of Health Promotion and Environmental Health. 2023;46(1):105–15.(in Thai)
9. Department of Health, Ministry of Public Health. Summary report on the situation of literacy in early childhood care. Nonthaburi: Department of Health; 2020. p. 44–102.(in Thai)
10. Kaewdamkoeng K. Health literacy: access, understanding, and application. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2018.(in Thai)
11. Phengchan W. Health literacy. In: Proceedings of the workshop on potential development of department of health personnel on health literacy towards Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
12. Roma W, SamuanKlang M, KloyEiam S. Final report of the survey project on health literacy of Thai people aged 15 years and over, 2017 (Phase 1). Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI); 2018.(in Thai)



13. Chanthaburi Provincial Public Health Office. Report on the research of early childhood development situation in Chanthaburi Province. Chanthaburi: Chanthaburi Provincial Public Health Office; 2021. (in Thai)
14. Daniel WW, Cross CL. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 10<sup>th</sup> ed. New York: John Wiley & Sons Inc; 2013.
15. House JS. Social support and social structure. Harrisburg: Pennsylvania state University. 1985.
16. Potipatsa G, Muenthaisong S, Raknhathee D, Supunya J, Makrat M. childhood parenting by grandparents in a skipped-generation family. *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2020;23(2): 182-91.(in Thai)
17. Darren AD. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*. 2009;124(3):265-74.
18. Ruengkiattikun N. Factors related to health literacy of Thai older adults. *Journal of the Department of Medical Services*. 2022;47(1):80-6.(in Thai)
19. Sithikaew N, Kodyee S, Moonpanan K, Phitchalat K, Raengsing C, Singkhon O, Tripathi S. A study of the relationship of factors related to positive parenting behaviors of early childhood parents and executive functions of early childhood children in Chiang Rai Province. *Journal of Nursing, Ministry of Public Health*. 2021;32(3):122-33.(in Thai)
20. Wongphikul O. Effects of a parental social support application program combined with TEDA4I for children aged 0-5 years with developmental delay by health promotion hospital, Health Center 9 Nakhon Ratchasima. *Journal of Health Science, Nakhon Ratchasima College*. 2023;2(2):23-38. (in Thai)
21. Lewin S, Munabi Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch Capblanch X, van Wyk BE, Odgaard Jensen J, Johansen M, Aja GN, Zwarenstein M, Scheel IB. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010; 3: CD004015. DOI: 10.1002/14651858. CD004015.pub3.



## การพัฒนาแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งต่อสำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

### Development of Monitoring and Evaluating Problems of Stroke Patients for Referral Form for Post Stroke Patients in Community

อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง<sup>1</sup>, เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ<sup>2</sup>, รชานนท์ งามใจรัก<sup>1</sup>, เมธา พันธรัมย์<sup>1</sup>

Atthawit Singsalasang<sup>1</sup>, Saowaluk Seedaket<sup>2</sup>, Rachanon Nguanjairak<sup>1</sup>, Metha Phanram<sup>1</sup>

<sup>1</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, <sup>2</sup>มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

<sup>1</sup>Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat, <sup>2</sup>Northeastern University

Corresponding author: Saowaluk Seedaket; Email: saowaluk.see@neu.ac.th

Received: December 14, 2024 Revised: February 9, 2025 Accepted: March 22, 2025

#### บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการประเมินปัญหาและมีการติดตามเพื่อการดูแลในระยะยาว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย การสำรวจ การพัฒนาและทดลองใช้ และการประเมินผลแบบติดตาม โดยกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มตัวอย่างมี 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 คน (2) ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินเครื่องมือในการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จำนวน 20 คน (3) กลุ่มทดลองใช้เครื่องมือ จำนวน 60 คน (4) กลุ่มประเมินเครื่องมือ จำนวน 336 คน โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ (1) แบบประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือในการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (3) แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเพื่อส่งต่อ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability: IRR) โดยใช้ Cohen's Kappa ผลการศึกษา พบว่า แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเพื่อส่งต่อ ซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการ มีจำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย 1) การเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหลังจากออกจากโรงพยาบาล 2) อาการอ่อนแรงหลังจากออกจากโรงพยาบาล 3) ปัญหาการสื่อสารกับบุคคลอื่นหลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) กิจกรรมประจำวัน 5) การทรงตัวในท่านั่งไม่ดี 6) อาการเกร็ง 7) อาการปวด 8) โอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการหกล้ม 9) ปัญหาการกลืนอาหารหรือปัสสาวะ 10) ปัญหาทางอารมณ์ 11) ความเข้าใจมีระดับการรับรู้หรือเข้าใจปัญหาผิดปกติ 12) สัมพันธภาพกับครอบครัว และ 13) การดำเนินชีวิตหลังป่วย โดยแบบติดตามและประเมินนี้มีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน มีค่า Kappa เท่ากับ 1 ร้อยละ 98.81 ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน สามารถนำไปใช้ในการติดตามอาการ และประเมินผู้ป่วยอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลหรือส่งต่อเข้ารับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลระยะยาว; การติดตามและประเมินปัญหา; การส่งต่อ; ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง



## Development of Monitoring and Evaluating Problems of Stroke Patients for Referral Form for Post Stroke Patients in Community

Atthawit Singasalasang<sup>1</sup>, Saowaluk Seedaket<sup>2</sup>, Rachanond Nguanjairak<sup>1</sup>, Metha Phanram<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat, <sup>2</sup>Northeastern University

Corresponding author: Saowaluk Seedaket; Email: saowaluk.see@neu.ac.th

**Received:** December 14, 2024 **Revised:** February 9, 2025 **Accepted:** March 22, 2025

---

### Abstract

Stroke patients need to be evaluated and monitored for their problems for a long-term care. This research aimed to develop a form for monitoring and evaluating problems of post-stroke patients in the community if needed. The methodology employed a research and development design, which consisted of a survey of problems, developing and testing the tool, and tool evaluation. This study was conducted among three groups of participants: (1) 15 post-stroke patient caregivers, (2) 20 experts evaluating the continuing care for post-stroke patients in the community, (3) a group of 60 persons trying the tool, and (4) 336 people for the tool evaluation. The research tools included (1) a form evaluating the consistency of continuing care for post-stroke patients in the community, (2) a questionnaire assessing general data, and (3) a form assessing and evaluating problems of post-stroke patients in the community. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics. The Cohen's Kappa statistic was used to evaluate inter-rater reliability (IRR). The monitoring and evaluating problems of stroke patients in the community form for referral was developed as a checklist composed of 13 items, including: 1) Receiving a visit from a public health official after being discharged from the hospital; 2) Weakness after being discharged from the hospital; 3) Problems of communication with others after a stroke; 4) Daily activities; 5) Poor balance in a sitting position; 6) Spasticity; 7) Pain; 8) Chance of an accident by falling; 9) Fecal and urinary incontinence after suffering a stroke; 10) Emotional problems; 11) Intellectual disability; 12) Problems of relationships with family; and 13) Living after a stroke. This tool showed the highest consistency between raters, with 98.81 percent and a Kappa statistic value of 1. Therefore, this tool is suitable to use for monitoring and evaluating the post-stroke patients in the community at least once a week in order to properly and timely manage them, resulting in more efficient post-stroke care in the community.

**Keywords:** long term care; monitoring and evaluating problems; referral; post-stroke patients



## ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของบริการปฐมภูมิ<sup>1</sup> ความเจ็บป่วยของโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้มีความผิดปกติทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญาและความคิด<sup>2</sup> ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่ระยะแรก (early recovery) จะส่งผลต่ออาการและการฟื้นฟูผู้ป่วยได้ดีขึ้น การติดตามโดยหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีช่องว่างระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากระยะเฉียบพลัน หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกหลังจากผ่านระยะกึ่งเฉียบพลันที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่ทราบสถานการณ์การเกิดโรคและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อย ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เทศบาลขาดนโยบายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน หน่วยงานบริการสุขภาพขาดนโยบายและแผนงานในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ไม่มีแนวทางการช่วยเหลือ มีการติดตามเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง ขาดการส่งเสริมการทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วย<sup>3</sup> ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลให้กลับมาดูแลต่อที่บ้าน ยังขาดระบบการติดตามและประเมินผู้ป่วยเมื่ออยู่ในชุมชน ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกลับไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น รพ.สต. ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยรายนั้น ๆ ต่อเนื่องร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยในครัวเรือน ซึ่งข้อมูลจากการติดตามและประเมินดังกล่าวนี้ จะช่วยให้สามารถนำมาใช้วางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมในแต่ละราย หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถใช้ประกอบในการตัดสินใจเพื่อส่งต่อผู้ป่วยกลับเข้าไปรักษาที่โรงพยาบาลได้ ซึ่งการมีแบบติดตามและแบบประเมินที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่กลับมาจากโรงพยาบาลเพื่อดูแลต่อที่บ้านนั้น มีความจำเป็นในการนำมาใช้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีข้อมูลจากการติดตามและประเมินผู้ป่วย ที่สามารถนำมาสรุปเป็นแนวทางในการดูแลเบื้องต้น และระบุความต้องการเพิ่มเติมจากสหวิชาชีพ รวมไปถึงถึงการพิจารณาถึงความจำเป็นว่าต้องมีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับแพทย์เพิ่มเติมหรือไม่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีมาตรฐานต่อไป<sup>3</sup>

อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์สถานการณ์โดยทีมวิจัยพบว่า แม้จะมีหลักเกณฑ์และแนวทางมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและชุมชนอยู่หลายแนวทาง แต่ยังคงขาดเครื่องมือที่เป็นระบบในการติดตามและประเมินผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในประเทศไทย ดังนั้นการติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่กลับมาดูแลตนเองที่บ้าน จึงจำเป็นต้องมีแบบติดตามและประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ที่เหมาะกับการใช้งาน มีมาตรฐาน และสามารถนำมาใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องพัฒนาอย่างจริงจังเพื่อตอบสนองความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในพื้นที่ และในสภาพการณ์การดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีการส่งต่อผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนนั้น ถ้าหากมีแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ที่สามารถนำมาใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว นับว่าเป็นประโยชน์และมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งเป็นการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดในการดูแลต่อเนื่อง

ดังนั้นทีมวิจัย จึงได้ศึกษาการพัฒนาแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพหรือสาธารณสุขสามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่กลับมาดูแลต่อที่บ้านในชุมชนได้ต่อไป โดยเป็นการติดตามและประเมินผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในชุมชนนั้น ๆ เพื่อสามารถประเมินและ



วางแผนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการส่งต่อได้ทันเวลาตามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ทันเวลา ส่งผลต่อการรักษาและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้หายเป็นปกติได้เร็วที่สุด

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) เพื่อพัฒนาแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

### ระยะที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหาของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Research1: R1)

โดยวิเคราะห์เอกสารแนวคิดทฤษฎี การวิจัยและพัฒนา โรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 คน แพทย์ทางด้านเวชศาสตร์ชุมชน จำนวน 2 คน พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน และ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 1 คือ แบบฟอร์มการรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญแบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ (interview) ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดแบบมีโครงสร้างจำนวน 3 ข้อ พร้อมด้วยเทปบันทึกเสียงและแบบบันทึกการสัมภาษณ์ ภายหลังจากได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้จัดเวทีการสนทนากลุ่ม (focus group) ของผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ให้ข้อมูลจากการการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยกระบวนการกลุ่มเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้จัดทำประเด็นเพื่อใช้ในการสนทนา พร้อมด้วยแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และ แบบสังเกตการณ์สนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และตรวจสอบข้อมูลด้านความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation method) ซึ่งใช้การเปรียบเทียบและการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และ จากการสังเกต

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

1. ขั้นตอนการพัฒนาแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (Development1: D1)
  - 1.1. ร่างแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วย



หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาออกแบบพัฒนาเครื่องมือในการดูแลต่อ  
เนื่องสำหรับผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

1.2 ตรวจสอบคุณภาพของแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อ  
ส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยนำแบบติดตามและประเมินดังกล่าว เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ  
จำนวน 5 คน ประเมินความตรงของเนื้อหาและความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเนื้อหา แล้วนำผลการประเมินมา  
หาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยมีค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .96<sup>6</sup>

1.3 ประเมินแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับ  
ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการสอบถามความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลัง  
เกิดโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินผลแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จำนวน 20 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ  
ด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน  
นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 2 คน และเภสัชกรจำนวน 2 คน ผู้เชี่ยวชาญหรือ  
ผู้ที่มีผลงานด้านโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้เชี่ยวชาญในวงการโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป  
จำนวน 3 คน เป็นผู้ที่ทำกรวิจัย สอนหรือมีประสบการณ์ด้านโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ระดับจังหวัด  
ขึ้นไป จำนวน 2 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection)

1.4 ปรับแก้ไขแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับ  
ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน สำหรับนำไปทดลองใช้ในขั้นตอนต่อไป

2. ขั้นตอนการทดลองใช้แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับ  
ผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (Research2: R2)

2.1 นำแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลัง  
เกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ไปทดลองใช้ กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงานโรคหลอดเลือดสมองใน  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 30 แห่ง แห่งละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยหลัง  
เกิดโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์

2.2 วิเคราะห์หาค่าความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability: IRR)  
โดยวิเคราะห์ค่าระดับความสอดคล้องของสถิติ Kappa โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาตั้งแต่ .80-.89 ความสอดคล้อง  
มาก (strong) และ .90-1.00 ความสอดคล้องมากที่สุด (almost perfect)<sup>7</sup>

3. ปรับปรุงแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วย  
หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (Development2: D2)

ผู้วิจัยนำผลการประเมินจากการนำแบบติดตามและประเมินดังกล่าวไปทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมาย  
ในขั้นตอน R2 มาปรับปรุงแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วย  
หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
เพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน (Research3: R3)

การวิจัยในระยะนี้ นำรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) มาใช้ในการดำเนินการ  
วิจัย โดยนำแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือด  
สมองในชุมชน ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขในขั้นตอน d2 ไปใช้ในการดำเนินการในพื้นที่จริง โดยมีรายละเอียดดังนี้



1. กลุ่มเป้าหมายสำหรับทดลองใช้แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้ที่รับผิดชอบงานโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวนทั้งสิ้น 223 แห่ง กำหนดขนาดตัวอย่างจากค่าอิทธิพล (effect size) ของตัวแปรการปรับตัวด้านร่างกายในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ ( $\beta$ ) เท่ากับ 0.02 และ ระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) เท่ากับ 0.05 กำหนดโดยใช้ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) ซึ่งคำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*Power ของปัจจัยกำหนดข้อจำกัดการมีส่วนร่วมของชุมชนของผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนในการศึกษาของ Janita PC Chau และ คณะ<sup>๖</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณจำนวน 129 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายและไม่ได้รับการตอบข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 30 ได้จำนวน 39 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมเท่ากับ 168 คน และ เพื่อเปรียบเทียบระดับความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกแห่งละ 1 คน ตามกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกได้ รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 336 คน โดยจับคู่ จำนวน 168 คู่ ในการใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นสำหรับประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน 1 case ต่อ 1 คู่ ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบหลัก 1 คนและเจ้าหน้าที่รับผิดชอบรอง 1 คน ตามที่ รพ.สต. นั้น ๆ ได้มอบหมายเพื่อเป็นตัวแทนของ รพ.สต. และได้กลุ่มตัวอย่าง จากทุกอำเภอครอบคลุมในทุกพื้นที่

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความสอดคล้อง และความเหมาะสมของแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ความเหมาะสม (appropriation) ความเป็นไปได้ (feasibility) และความเป็นประโยชน์ (utility) แบบประเมินความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติของแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ซึ่งเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสม ความเป็นไปได้และความเป็นประโยชน์ ของแบบติดตามและประเมินดังกล่าว ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาก่อนนำไปใช้ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือระดับ 1-5 หมายความว่า รายการนั้นมีความเหมาะสมหรือมีความเป็นไปได้หรือมีค่าประโยชน์น้อยที่สุด-มากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์ในการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้ใน 5 ระดับดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง รายการนั้นมีความเหมาะสมหรือมีความเป็นไปได้หรือมีค่าประโยชน์มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง รายการนั้นมีความเหมาะสมหรือมีความเป็นไปได้หรือมีค่าประโยชน์มาก ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง รายการนั้นมีความเหมาะสมหรือมีความเป็นไปได้หรือมีค่าประโยชน์ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง รายการนั้นมีความเหมาะสมหรือมีความเป็นไปได้หรือมีค่าประโยชน์น้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง รายการนั้นมีความเหมาะสมหรือมีความเป็นไปได้หรือมีค่าประโยชน์น้อยที่สุด<sup>๖</sup>

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงาน โรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง และประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเพื่อส่งต่อที่พัฒนาขึ้น

## 3. การดำเนินการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำแบบแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อส่งต่อที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่รับผิดชอบหลัก/รองและผู้ป่วยในพื้นที่และสถานการณ์จริง ทำการวิเคราะห์ข้อมูล



เชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability: IRR) ของแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเพื่อส่งต่อ โดยใช้สถิติ Cohen's Kappa

## การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ใบรับรอง BRO 2020-024 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2563

## ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. การพัฒนาแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการสังเคราะห์ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและความต้องการที่จำเป็นสำหรับการติดตามและประเมินผู้ป่วยจากตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นำมากำหนดองค์ประกอบในการออกแบบติดตามและประเมิน ซึ่งผลการพัฒนาได้แบบฟอร์มที่ชื่อว่า “แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเพื่อส่งต่อ” มีรายละเอียดของแบบฟอร์มดังกล่าว ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นแบบเติมคำ ได้แก่ ชื่อโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบล อำเภอ จังหวัด ชื่อผู้ป่วย อายุ HN ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเพื่อส่งต่อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ 1) หลังออกจากโรงพยาบาล: คุณได้รับการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่? 2) การอ่อนแรง: หลังออกจากโรงพยาบาล คุณมีอาการเหล่านี้ซ้ำหรือไม่? 3) การสื่อสาร: หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คุณมีปัญหาการสื่อสารกับบุคคลอื่นหรือไม่? 4) กิจกรรมประจำวัน 5) การทรงตัวในทำนองไม่ตี 6) การเกร็ง 7) อาการปวด 8) โอกาสเกิดอุบัติเหตุ: หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คุณเคยโดนหกล้ม 9) การกลืนปัสสาวะ: หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คุณมีปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระหรือไม่? 10) อารมณ์ 11) ความเข้าใจมีระดับการรับรู้หรือเข้าใจปัญหา ผิดปกติ 12) สัมพันธภาพกับครอบครัว และ 13) การดำเนินชีวิตหลังป่วยและในแต่ละข้อจะมีวิธีการส่งต่อหากพบปัญหานั้นๆ ท้ายแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ จะมีหมายเหตุ: การติดตามหลังจำหน่ายควรมีการติดตามหลังจำหน่ายภายในเวลา 1 เดือน และ ติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องตามความเหมาะสม ดังแสดงตัวอย่าง ดังภาพที่ 1

**แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ**

โรงพยาบาล/รพ.สต. ตำบล อำเภอ จังหวัด  
 ชื่อผู้ป่วย อายุ HN  
 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ๖ เดือน

**1** หลังก่อจากโรคมะเร็ง : คุณได้รับการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่ ?  
 ไม่ใช่ | 0 คะแนน  ใช่ | 1 คะแนน

**2** การอ่อนแรง : หลังจากออกจากโรงพยาบาลคุณมีอาการเหล่านี้บ้างหรือไม่ ?  
 ไม่อ่อนแรง  อ่อนแรงซ้าย  อ่อนแรงขวา  อ่อนแรงทั้งสองข้าง  
 (จากขาอ่อนแรง อาจมีอาการเดินช้าลงหรือขาตื้อ)

**3** การสื่อสาร : หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองคุณมีปัญหาในการสื่อสารกับบุคคลอื่นหรือไม่ ?  
 (มีปัญหาด้านภาษาและการทำความเข้าใจ)  ไม่มี | 0 คะแนน  ใช่ | 1 คะแนน (หัวข้อ 3.1-3.3)  
 3.1 ปากเบี้ยว  ไม่ใช่ | 0 คะแนน  ใช่ | 1 คะแนน  
 3.2 ขูดไม้ขีด  ไม่ใช่ | 0 คะแนน  ใช่ | 1 คะแนน  
 3.3 ขูดไม้ขีด  ไม่ใช่ | 0 คะแนน  ใช่ | 1 คะแนน

**4** การทรงตัว : หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองคุณมีอาการเหล่านี้บ้างหรือไม่ ?  
 กล้ามเนื้อเป็นอัมพาตแขน/ขา ไม่เคลื่อนไหว  ทรงตัวไม่มั่นคงหรือล้มลงบ่อยครั้ง  เดินหรือยืนลำบาก  เหนื่อยง่าย  เดินหรือยืนไม่มั่นคง

**5** อาการปวด : หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองคุณมีอาการปวดหรือไม่ ?  
 ไม่ใช่ | 0 คะแนน  ใช่ | ประเมินอาการปวด

**6** ไอกรณกีดกัน : หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองคุณเคยเดินหกล้มหรือไม่ ?  
 ไม่ใช่ | 0 คะแนน  ใช่ | 1 คะแนน

**4** กิจวัตรประจำวัน : หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองคุณดูแลตัวเองได้มากน้อยเพียงใด ?  
 ไม่ใช่ | 0 คะแนน  ใช่ | 1 คะแนน (หัวข้อ 4.1-4.3)

**4.1** การอาบน้ำล้างหน้า  ไม่ใช่ | 0 คะแนน  ใช่ | 1 คะแนน  
**4.2** การกินอาหารลำบาก  ไม่ใช่ | 0 คะแนน  ใช่ | 1 คะแนน  
**4.3** การเคลื่อนไหว  นอนติดเตียง  นั่งรถเข็น  เดินแบบมีอุปกรณ์/มีคนช่วย  เดินได้เอง

**5** การทรงตัวในท่านั่ง (Poor sitting balance)  
 ไม่ใช่ | 0 คะแนน  ใช่ | 1 คะแนน

**9** การกลับปัสสาวะ : หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองคุณมีปัญหาในการควบคุมการเข้าปัสสาวะหรือไม่ ?  
 ไม่ใช่ | 0 คะแนน  ใช่ | 1 คะแนน

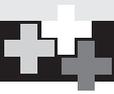
**10** อารมณ์ : หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองคุณรู้สึกหงุดหงิดและมีความซึมเศร้าหรือไม่ ?  
 ไม่ใช่ | 0 คะแนน  ใช่ | 1 คะแนน

**11** ความเข้าใจมีระดับการรับรู้และเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นหรือไม่ ?  
 ไม่ใช่ | 0 คะแนน  ใช่ | 1 คะแนน

**12** สัมพันธภาพกับครอบครัว : หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองคุณมีสัมพันธภาพกับครอบครัวลดลง หรือครอบครัวมีความเครียดในการดูแลหรือไม่ ?  
 ไม่ใช่ | 0 คะแนน  ใช่ | 1 คะแนน

**13** การดำเนินชีวิตหลังป่วย : หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองคุณจะทำแผนกิจกรรม เช่น กิจกรรมยามว่าง งานอดิเรก การงานหรือความรัก เป็นต้นหรือไม่ ?  
 ไม่ใช่ | 0 คะแนน  ใช่ | 1 คะแนน

ภาพที่ 1 แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ



2. ผลการประเมินระดับความเหมาะสม ความเป็นไปได้และความเป็นประโยชน์ ของแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ จากกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 คน และ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน เพื่อประเมินแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 คน โดยจำแนกรายละเอียด ได้ดังต่อไปนี้

2.1 การประเมินระดับความเหมาะสม โดยกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ พบว่า โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 4.65 คะแนน (SD=.50) อยู่ในระดับมากที่สุด รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเหมาะสมของแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งต่อ (n=20)

องค์ประกอบ	Mean	SD	ระดับความเหมาะสม
1. กลุ่มเป้าหมาย	4.71	.57	มากที่สุด
2. วัตถุประสงค์	4.80	.47	มากที่สุด
3. สำคัญ	4.60	.65	มากที่สุด
4. แนวทางการนำแบบติดตามไปใช้	4.63	.60	มากที่สุด
5. ผลสำเร็จจากการใช้แบบติดตาม ฯ	4.54	.70	มากที่สุด
6. การใช้ประโยชน์จากการประเมิน	4.66	.59	มากที่สุด
ระดับความเหมาะสมโดยรวม	4.65	.50	มากที่สุด

2.2 การประเมินระดับความเป็นไปได้ โดยกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ พบว่า โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 4.62 (SD=.54) อยู่ในระดับมากที่สุด รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความเป็นไปได้ของแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งต่อ (n=20)

องค์ประกอบ	Mean	SD	ระดับความเป็นไปได้
1. กลุ่มเป้าหมาย	4.66	.59	มากที่สุด
2. วัตถุประสงค์	4.69	.53	มากที่สุด
3. สำคัญ	4.60	.60	มากที่สุด
4. แนวทางการนำแบบติดตามไปใช้	4.57	.70	มากที่สุด
5. ผลสำเร็จจากการใช้แบบติดตาม ฯ	4.54	.61	มากที่สุด
6. การใช้ประโยชน์จากการประเมิน	4.66	.59	มากที่สุด
ระดับความเป็นไปได้โดยรวม	4.62	.54	มากที่สุด

2.3 การประเมินระดับความเป็นประโยชน์ โดยกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ พบว่า โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 4.74 คะแนน (SD =.43) อยู่ในระดับมากที่สุด รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ความเป็นประโยชน์ของแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งต่อ (n=20)

องค์ประกอบ	Mean	SD	ระดับความเป็นประโยชน์
1. กลุ่มเป้าหมาย	4.77	.49	มากที่สุด
2. วัตถุประสงค์	4.83	.38	มากที่สุด
3. สารสำคัญ	4.69	.53	มากที่สุด
4. แนวทางการนำแบบติดตามไปใช้	4.71	.52	มากที่สุด
5. ผลสำเร็จจากการใช้แบบติดตาม ฯ	4.66	.59	มากที่สุด
6. การใช้ประโยชน์จากการประเมิน	4.77	.49	มากที่สุด
ระดับความเป็นประโยชน์ โดยรวม	4.74	.43	มากที่สุด

2. การทดลองใช้แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อผลการศึกษาพบว่า ค่าสถิติ Kappa ของแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อส่งต่อ ของกลุ่มทดลอง ใช้มีค่าความสอดคล้องระหว่าง .94-1.00 ร้อยละ 97.62 และมีค่าความสอดคล้องระหว่าง .84 - .88 ร้อยละ 2.38 ตามลำดับ

3. การประเมินผลการใช้แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้รับผิดชอบงานโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.01 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 40.20 อายุเฉลี่ย 37.24 ปี (Min: 24, Max: 58, SD = 7.63) ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 94.00 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 69.60 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 38.70 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 8.87 ปี (Min: 1, Max: 32, SD = 5.96) แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อส่งต่อของกลุ่มที่ใช้จริงส่วนใหญ่ มีค่าสถิติ Kappa เท่ากับ 1 จำนวน 166 คู่ คิดเป็นร้อยละ 98.81 แสดงว่า มีระดับความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินมากที่สุด รองลงมา มีค่าความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .87 - .95 จำนวน 2 คู่ คิดเป็นร้อยละ 1.19 แสดงว่า มีระดับความสอดคล้อง ระหว่างผู้ประเมินมาก

## อภิปรายผล

การพัฒนาและทดลองใช้แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน คือ แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งต่อ การประเมินผลจากการนำไปทดลองใช้ ประกอบด้วย ความเหมาะสม ความเป็นไปได้และความเป็นประโยชน์ ดังนี้

1. แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ มีระดับความเหมาะสม โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง ก่อให้เกิดประสิทธิผลด้านผลลัพธ์ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน สามารถนำไปใช้ได้จริง ตรงตามความจำเป็นในการให้บริการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ ผกามาต พิริยะประสาธน์<sup>10</sup> ได้ทำการศึกษาเครื่องมือประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า แบบประเมินที่เลือกมานำเสนอในบทความนี้ เป็นแบบประเมินที่มีคุณสมบัติการวัดอยู่ในระดับดีขึ้นไป ทั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขที่จะนำแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งต่อ ไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ควรดำเนินการในระยะเวลาที่เหมาะสม คือ



ภายใน 6 เดือน เพื่อประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ต่อไป ดัชนีการศึกษาของ เมธา พันธุ์รัมย์ และคณะ<sup>11</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยไม่เกิน 12 เดือน มีโอกาสฟื้นฟูสภาพหลังเจ็บป่วยภายใน 6 เดือน เป็น 1.63 เท่า ของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 12 เดือน ดังนั้น การฟื้นฟูสภาพร่างกายภายในระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ดูแลควรดูแลในระยะแรกของการเจ็บป่วย เพื่อให้มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วและมีประสิทธิภาพของการฟื้นฟูที่ดีที่สุด

2. แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ มีระดับความเป็นไปได้โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากแบบติดตามและประเมินดังกล่าว สามารถนำไปใช้ในการติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการดูแลได้เหมาะสมกับปัญหาที่พบภายหลัง จากกลับมาอยู่ในชุมชน ลดโอกาสการเกิดภาวะความรุนแรง ของการเกิดจากอาการผิดปกติที่มาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้และเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและแพทย์ปฐมภูมิ จึงส่งผลให้มีแผนปฏิบัติงานที่ได้ตกลงไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Turner, et al.<sup>12</sup> และมีความเป็นไปได้สำหรับการดูแลระยะยาวและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดัชนีการศึกษาของ Ward, et al.<sup>13</sup> ทั้งนี้การประเมินของการนำไปใช้จากบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินมากที่สุด ร้อยละ 98.81 ซึ่งเป็นความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน ตามการศึกษาของ ประสพชัย พสุนนท์<sup>14</sup> และ การศึกษาของ เพ็ญรวี ปิงเมือง และคณะ<sup>15</sup> และอาจเนื่องมาจากผู้ประเมินทั้งสองคนมีความรู้ความเข้าใจในการใช้เครื่องมือนี้เป็นอย่างดีตามลักษณะของเครื่องมือที่สั้น กระชับและเข้าใจง่าย มีรูปภาพประกอบที่ชัดเจน ตลอดจนมีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์/จิตวิญญาณ โดยวิธีการเลือก ใช่หรือไม่ใช่ ตามรายละเอียดของแต่ละข้อ รวมถึงคำแนะนำในการส่งต่อ จึงช่วยให้ผู้ประเมินสามารถทำความเข้าใจแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อส่งต่อ ทำให้ผู้ประเมินตัดสินใจได้ง่ายในการให้คะแนน

3. แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ มีระดับความเป็นประโยชน์โดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ ดังกล่าวสามารถนำไปใช้ร่วมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ตามสถานการณ์จริงได้ ผลการประเมินจากแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยดังกล่าว ตรงตามความจำเป็นของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลในความผิดปกตินั้น ๆ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม แก้ไขปัญหาหรืออาการผิดปกติในกลุ่มผู้ป่วยได้ทันเวลา ลดโอกาสการเกิดภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้ดูแลเป็นอย่างดีและผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการตรวจสอบรายการหลังเจ็บป่วย ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีประโยชน์สำหรับการดูแลระยะยาวและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Ward, et al.<sup>13</sup> ทั้งนี้แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งต่อ หากมีการใช้ที่กว้างขวางจำเป็นต้องมีคำแนะนำหรือคำอธิบาย เพื่อให้ผู้ใช้เครื่องมือสามารถใช้ได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น เพื่อประสิทธิภาพในการประเมินผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ติดต่อไป ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุข ได้พยายามผลักดันที่จะแก้ปัญหาการให้บริการ การลดขั้นตอนที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน<sup>16</sup> ควรมีการพัฒนาแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ แยกเป็นกลุ่ม Intermediate care และ Chronic care เพื่อเฉพาะเจาะจงในการดูแลและประเมินปัญหาของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ให้ตรงกับลักษณะของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้การศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดของการวิจัย กล่าวคือ การทดลองใช้แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนในกลุ่มเป้าหมาย พบว่าไม่มีผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใด ที่จำเป็นต้องส่งต่อกลับไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล จึงไม่ได้ศึกษาผล



การได้รับการดูแลหลังการส่งต่อในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการศึกษานี้ ซึ่งการประเมินแบบติดตามและประเมินดังกล่าว เป็นการประเมินจากมุมมองของผู้ใช้แบบประเมินเท่านั้น ยังไม่ได้วัดผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่าจะได้รับประโยชน์จากการใช้แบบประเมินนี้หรือไม่ ทั้งนี้แบบติดตามและประเมินนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยอาจเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจของบุคลากรสาธารณสุขในการส่งต่อผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและการลดความรุนแรงของโรคนั้น จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

## บทสรุป

แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ เป็นแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ 1) หลังออกจากโรงพยาบาล: คุณได้รับการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือไม่? 2) การอ่อนแรง: หลังออกจากโรงพยาบาล คุณมีอาการเหล่านี้ซ้ำหรือไม่? 3) การสื่อสาร: หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คุณมีปัญหาการสื่อสารกับบุคคลอื่นหรือไม่? 4) กิจกรรมประจำวัน 5) การทรงตัวในที่นั่งไม่ตี 6) การเกร็ง 7) อาการปวด 8) โอกาสเกิดอุบัติเหตุ: หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คุณเคยโดนหกล้ม 9) การกลืนปัสสาวะ: หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คุณมีปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระหรือไม่? 10) อารมณ์ 11) ความเข้าใจมีระดับการรับรู้หรือเข้าใจปัญหาผิดปกติ 12) สัมพันธภาพกับครอบครัว และ 13) การดำเนินชีวิตหลังป่วย และผลการนำไปใช้พบว่า มีค่าสถิติ Kappa เท่ากับ 1 ร้อยละ 98.81 แสดงว่ามีระดับความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินมากที่สุด สามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้ ซึ่งผู้ที่จะนำแบบติดตามและประเมินไปใช้นั้น ต้องมีองค์ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากรายละเอียดในแบบติดตามและประเมินเกี่ยวข้องกับการประเมินอาการความผิดปกติของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้เกิดความแม่นยำและถูกต้องในการสรุปผลการประเมินต่อไป

## ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

แบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อ หากมีการใช้ที่กว้างขวางจำเป็นต้องมีคำแนะนำหรือคำอธิบาย เพื่อให้ผู้ใช้เครื่องมือสามารถใช้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น เพื่อประสิทธิภาพในการประเมินผู้ป่วยหลังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ที่ดีต่อไป

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาแบบติดตามและประเมินปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อแยกเป็นกลุ่ม Intermediate care และ Chronic care เพื่อเฉพาะเจาะจงในการดูแลและประเมินปัญหาของแต่ละกลุ่มเป้าหมายให้ตรงกับลักษณะของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น



## References

1. Office of nursing. Criteria for quality of home visiting work. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Nonthaburi: Agricultural Cooperatives Association of Thailand printing house. 2014.(in Thai)
2. Sang-Ngam T. A model of stroke competency development for nurses at sub-district health promoting hospitals. Doctor of Philosophy thesis, Leadership field for professional development [dissertation]. Buriram: Buriram Rajabhat University; 2017.(in Thai)
3. Abdul Aziz AF, Mohd Nordin NZ, Fairuz Ali M, Abd Aziz NA, Sulong S, Mohamed Aljunid S. The integrated care pathway for post-stroke patients (iCaPPS): a shared care approach between stakeholders in areas with limited access to specialist stroke care services. *BMC Health Services Research*. 2017;17(35):1-11.
4. Akgul E, Cifcili S, Kaya CA. Developing a post-stroke home care checklist for primary care professionals in Turkey: a modified Delphi study. *Primary Health Care Research & Development*. 2023;24(e22):1-6.
5. Kjork EK, Carlsson G, Sunnerhagen KS, Lundgren-Nilsson A. Experiences using the post-stroke checklist in Sweden with a focus on feasibility and relevance: a mixed method design. *BMJ Open*. 2019; 9(e028218):1-8.
6. Turner RC, Carlson L. Indexes of item-objective congruence for multidimensional items. *International journal of testing*. 2003;3(2):163-170.
7. McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia Medica*. 2012;22(3):276-282.
8. Pak Chun Chau J, Hoi Shan Lo S, Butt L, Liang S. Post-stroke experiences and rehabilitation needs of Community-Dwelling Chinese stroke survivors: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(16345):1-13.
9. Izham M, Juraime F, Mansor AN. Malaysian principals' technology leadership practices and curriculum management. *Creative Education*. 2016;7(1):922-30.
10. Piriyaprasarth P. Factors assessment tool for stroke patients. *Thai journal of Physical Therapy*. 2016;38(3):128-39.(in Thai)
11. Phanram M, Singasalang A, Nguanjairak R. Factors associated with duration time rehabilitation of stroke patient in the community at Buriram province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(3):296-304.(in Thai)
12. Turner GM, Mullis R, Lim L, Kreit L, Mant J. Using a checklist to facilitate management of long-term care needs after stroke: insights from focus groups and a feasibility study. *BMC Family Practice*. 2019;20(2):1-8.
13. Ward AB, Chen C, Norrving B, Gillard P, Walker MF, Blackburn S, et al. Evaluation of the post stroke checklist: a pilot study in the United Kingdom and Singapore. *Int J Stroke*. 2014;9(3): 76-84.



14. Pasunont P. Evaluation of inter-rater reliability using Kappa statistics. The journal of Faculty of Applied Arts. 2015;January – June:2-20.(in Thai)
15. Pingmuang P, Chinchai P, Dhippayom JP. Internal Consistency and Inter-rater reliability of the functional test for hemiplegic upper extremity in persons with hemiplegia – Thai version. J Thai Rehabil Med. 2016;26(2):39-46.(in Thai)
16. Mongkolsuebsakul W. Access to public health services in Thailand: reflection and inequality of socially vulnerable groups. Journal of Humanities and Social Sciences, Southeast Asia University. 2022;6(1):55-69.(in Thai)



การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและรูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม  
เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

Proposed Policy and Model of Community-Engaged Nursing Education  
to Strengthen Health System

จิราพร วรวงศ์<sup>1</sup>, พรพรรณ มนัสจกุล<sup>1</sup>

Chiraporn Worawong<sup>1</sup>, Pornpun Manasatchakun<sup>1</sup>

<sup>1</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>1</sup>Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Pornpun Manasatchakun; Email: pornpun@bcnc.ac.th

Received: January 6, 2025 Revised: March 4, 2025 Accepted: March 24, 2025

### บทคัดย่อ

การจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อผลิตกำลังคนทางการพยาบาลในระบบสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามยังไม่พบรูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมในระบบการศึกษาพยาบาลที่ยั่งยืนในประเทศไทย การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและรูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสภาพการณ์จริง 2) พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและรูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม และ 3) ประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติของข้อเสนอเชิงนโยบายและรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร อาจารย์ นักศึกษา ศิษย์เก่า และผู้แทนชุมชน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง รวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการสรุปอุปนัย ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาลที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ 1) การเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน 2) การเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน 3) การเรียนรู้แบบบริการสังคม และ 4) การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ข้อเสนอเชิงนโยบาย ได้แก่ 1) จัดทำแผนการผลิตบัณฑิตพยาบาลรองรับระบบสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต 2) พัฒนาหรือปรับเปลี่ยนหลักสูตรให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และพลวัตของระบบสุขภาพ 3) กำหนดนโยบายร่วมและจัดทำแผนความร่วมมือระดับหน่วยงาน/พื้นที่ 4) พัฒนาศักยภาพ ระบบ และกลไกขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง และ 5) พัฒนาเครื่องมือกำกับ ติดตาม และประเมินการเปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ และผลกระทบ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือการพัฒนาห้องเรียนชุมชนต้นแบบในการจัดการศึกษาพยาบาลที่ชุมชนมีส่วนร่วมในระบบการศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: การศึกษาพยาบาล; ข้อเสนอเชิงนโยบาย; ชุมชนมีส่วนร่วม; ระบบสุขภาพ



## Proposed Policy and Model of Community-Engaged Nursing Education to Strengthen Health System

Chiraporn Worawong<sup>1</sup>, Pornpun Manasatchakun<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Pornpun Manasatchakun; Email: pornpun@bcnc.ac.th

Received: January 6, 2025 Revised: March 4, 2025 Accepted: March 24, 2025

---

### Abstract

Community-engaged nursing education to produce a nursing workforce in the health system's needs is very crucial. However, no sustainable model has been found for nursing education with community engagement in the nursing education system in Thailand. This mixed-method research was designed to develop a proposed policy and model of community-engaged nursing education to strengthen the health system. The research was divided into 3 phases, including 1) studying the real situations, 2) developing proposed policy and models of community-engaged nursing education, and 3) assessing the feasibility and appropriateness for implementation of the proposed policy and model developed. Eighty participants included administrators, students, faculty, alumni, and community delegates. The research instrument included questionnaires and semi-structured interviews. Data were collected by using questionnaires and focus groups. The descriptive statistics were used to analyze quantitative data, and analytic induction was used to analyze qualitative data. The findings of this study revealed learning models of community-engaged nursing education frequently used included 1) community-based learning, 2) project-based learning, 3) service learning, and 4) interprofessional education. The proposed policy of community-engaged nursing education from this research comprised 5 topics, including 1) developing a plan to produce nurse graduates responding to the needs of the current and future health system, 2) developing/revising the nursing curriculum to be consistent with the local contexts and dynamics of the health system, 3) establishing joint policies and action plans at the organization/local level, 4) building capacity, systems, and mechanisms to drive work at the local level, and 5) developing tools to monitor and evaluate changes, outcomes, and impact. The recommendation from this research is to develop a community lab model for community-engaged nursing education where communities are truly engaged in the nursing education system.

**Keywords:** nursing education; proposed policy; community engagement; health system



## ความเป็นมาและความสำคัญ

ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ประเทศไทยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและบริบทที่เปลี่ยนแปลง สถาบันการศึกษาผลิตบุคลากรด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนหลักสูตร รูปแบบ และกระบวนการเรียนรู้ในหลักสูตรในการจัดการศึกษาให้เป็นระบบ มีความสัมพันธ์กัน และมีความเป็นพลวัตสอดคล้องและเชื่อมโยงกับความจำเป็นที่แท้จริงของระบบสุขภาพเพื่อผลิตบัณฑิตให้มีความรู้ เจตคติ ทักษะที่จำเป็น สามารถทำงานเป็นทีม มีคุณธรรม บริการด้วยจริยธรรมและหัวใจความเป็นมนุษย์ เรียนรู้ตลอดชีวิต สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์ ความจำเป็น และการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน รวมทั้งสามารถพัฒนาตนเองด้านวิชาชีพให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป<sup>1</sup> สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนด้านการอุดมศึกษาเพื่อผลิตและพัฒนากำลังคนของประเทศ (พ.ศ. 2564-2570) ในการพัฒนาคุณภาพและโอกาสทางการศึกษาระดับอุดมศึกษาของคนทุกกลุ่มช่วงวัยในประเทศอย่างยั่งยืน และเป้าหมายการพัฒนาศักยภาพคน (capacity building) ให้มีคุณภาพ มีความสมดุลทั้งทักษะวิชาชีพและทักษะการดำรงชีวิต<sup>2</sup> และเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติที่มุ่งเน้นการพัฒนาที่ครอบคลุม มุ่งการเปลี่ยนแปลง และบูรณาการรวมทั้งการนำไปปฏิบัติและแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ (locally-focused) อันจะนำไปสู่การสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ และสังคมสุขภาวะของประเทศ<sup>3</sup> ดังนั้นแนวคิดการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community Engaged Health Professional Education: CEHPE) จึงถูกนำมาใช้ในการผลิตบุคลากรสุขภาพในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อให้เป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพและเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างการเปลี่ยนแปลงในชุมชนและสังคม<sup>4</sup> ภายใต้การจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่เข้มแข็งและยั่งยืนระหว่างชุมชนและสถาบันการศึกษาในการร่วมออกแบบ ดำเนินการ และประเมินผลการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาในหลักสูตร เพื่อผลประโยชน์ร่วมกันในการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพมุ่งสู่ความเสมอภาคด้านสุขภาพซึ่งมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพในปี ค.ศ. 2030 ขององค์การอนามัยโลก<sup>5</sup> ที่กำหนดเป้าหมายกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในด้านความพร้อม (availability) ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ (accessibility) มีคุณภาพ (quality) และเป็นที่ยอมรับ (acceptability)

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมา<sup>6-7</sup> พบว่าการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่มีการนำแนวคิดการจัดการศึกษาบุคลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้เป็นการจัดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติและการสะท้อนคิดโดยการมีส่วนร่วมของหุ้นส่วนพันธมิตร ชุมชน อาจารย์ และนักศึกษาเพื่อตอบสนองความท้าทายและความต้องการของชุมชนโดยเฉพาะชุมชนชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้การจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเอื้อต่อการจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Education: IPE) ที่มุ่งการจัดการเรียนรู้เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพและพัฒนาผลลัพธ์สุขภาพของประชาชน บัณฑิตมีสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับในการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ มีทักษะในการแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพ นำไปสู่การสร้างเสมอภาคทางสุขภาพและสุขภาวะของประชาชนในชุมชน ประชาชนได้พัฒนาความรู้และทักษะเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว และพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสากลร่วมกับมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการนำแนวคิดการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมมาใช้ในการผลิตกำลังคนทางการพยาบาลตามความต้องการ



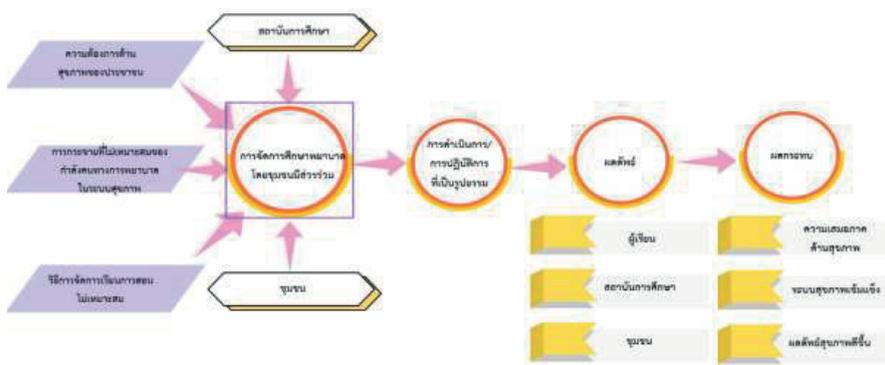
ของกระทรวงสาธารณสุขในการแก้ปัญหาความขาดแคลนและการกระจายที่ไม่เหมาะสมของพยาบาลในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ห่างไกลเพื่อให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำหนดนโยบายร่วมและค้ำทรูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาลที่ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ระบบสุขภาพ และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของประเทศ อย่างไรก็ตามเมื่อทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีรูปแบบหรือโมเดลที่ยั่งยืนในการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมในระบบการศึกษาพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในบริบทไทย คณะผู้วิจัยจึงพัฒนาโครงการวิจัยนี้ขึ้นเพื่อศึกษาและสังเคราะห์ความรู้ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและรูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อการผลิตกำลังคนทางการพยาบาลที่มีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของอย่างแท้จริงของคณะฯ ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสภาพการณ์จริงและสังเคราะห์ความรู้การจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ
2. พัฒนารอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ในการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ
3. พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้นำแนวคิดของการจัดการศึกษาคุลากรสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม (CEHPE) เพื่อการพัฒนา ระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง จากการประชุมวิชาการระดับชาติ “การพัฒนาการศึกษาคุลากรสุขภาพ” ครั้งที่ 5 ในหัวข้อ ผนึกพลังภาคี ปฏิรูประบบสุขภาพ (Synergizing partners: The Key for health systems reform) มาประยุกต์ใช้ เพื่อกำหนดกรอบ/ประเด็นที่เกี่ยวข้อง กรอบแนวคิดการวิจัยแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method) การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์จริงการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมของวิทยาลัยในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก และการสังเคราะห์ความรู้การจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมจากงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 2 การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและรูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้งานวิจัย เอกสารที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ และ ระยะที่ 3 การประเมินความเป็นไปได้ การยอมรับ และความเหมาะสมในการนำข้อเสนอเชิงนโยบายและรูปแบบไปปฏิบัติโดยการประเมินเชิงวิพากษ์กับผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำแนกได้ 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการด้านวิชาการของวิทยาลัย 30 แห่ง รวม 30 คน และ 2) กลุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้บริหาร อาจารย์ อาจารย์พี่เลี้ยง นักศึกษา ศิษย์เก่า ผู้แทนชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาพยาบาลที่เน้นชุมชนมีส่วนร่วมของวิทยาลัยในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ ได้แก่ ภาคเหนือ 2 แห่ง ภาคกลาง 2 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 แห่ง และภาคใต้ 2 แห่ง รวม 8 แห่ง แห่งละ 10 คน รวม 80 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามศึกษาบริบทและสภาพการณ์จริงของการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมี 4 ข้อซึ่งเป็นการสอบถามในระยะที่ 1 ได้แก่ 1) ลักษณะของการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม 2) การสร้างเครือข่ายการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อบูรณาการการทำงานร่วมกันผ่านพันธกิจต่างๆ 3) รายวิชาและชั้นปีที่มีการจัดการเรียนการสอนโดยชุมชนมีส่วนร่วม และ 4) การจัดสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้หรือทรัพยากรการเรียนรู้จากสถานบริการสุขภาพและชุมชน

2. แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับการสนทนากลุ่มตัวอย่างข้อคำถาม เช่น 1) ลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการศึกษาพยาบาลโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นอย่างไร 2) ชุมชนมีบทบาทอย่างไรในการจัดการศึกษาพยาบาล 3) ประสิทธิภาพของการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเป็นอย่างไร เป็นต้น ระหว่างการสนทนากลุ่มมีคำถามเจาะลึก (probing question) เช่น ท่านรู้สึกอย่างไรต่อเหตุการณ์นั้น ท่านจัดการกับเหตุการณ์นั้นอย่างไร ช่วยอธิบายประเด็นที่ได้เล่าเพิ่มเติมหรือไม่ เป็นต้น

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่พัฒนาได้วัดความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน คำนวณความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ค่า Item Objective Congruence Index (IOC) 0.67-1.00



### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสายบุรี ราชวิทยาลัย BCNCT 22/2565 ลงวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงวิทยาลัย 30 แห่งเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามศึกษาบริบทและสภาพการณ์จริงของการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย หลังจากได้รับข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อค้นหา/คัดเลือกวิทยาลัยเป้าหมายที่มีการจัดกระบวนการเรียนรู้โดยชุมชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรมอย่างน้อย 2 ปีติดต่อกันในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาล 8 แห่งเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นในการสนทนากลุ่มโดยการชักถามผู้ให้ข้อมูลและจุดประเด็นให้เกิดการพูดคุยเพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยระหว่างการสนทนากลุ่ม ได้ขออนุญาตบันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึก

3. ผู้วิจัยวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปผลการศึกษาในภาพรวมสำหรับการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย และรูปแบบการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติค่าความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สรุปอุปนัย (analytic induction)

### ผลการวิจัย

การศึกษาสภาพการณ์จริงและสังเคราะห์ความรู้การจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

1. ผลการศึกษาสภาพการณ์จริงการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัย 30 แห่งในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มีดังนี้

1.1 ลักษณะของการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่าทุกวิทยาลัยมี การจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมแต่มีลักษณะของการจัดการเรียนการสอนที่มีระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนที่แตกต่างกัน โดยพบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในลักษณะชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้มากที่สุด ร้อยละ 36.67 รองลงมาได้แก่ ชุมชนร่วมแบ่งปัน ข้อมูลที่จำเป็น ร้อยละ 26.67 ชุมชนร่วมระบุและวิเคราะห์ปัญหา พัฒนาทางเลือก และให้ข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนการสอน ร้อยละ 26.67 ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม

ลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชน	จำนวน (วิทยาลัย)	ร้อยละ
ชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้	11	36.67
ชุมชนร่วมแบ่งปันข้อมูลที่สำคัญ	8	26.67
ชุมชนร่วมให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอน	5	16.67
ชุมชนร่วมระบุและวิเคราะห์ปัญหา พัฒนาทางเลือก และให้ข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนการสอน	8	26.67
ชุมชนร่วมจัดการเรียนการสอนที่ชุมชนร่วมออกแบบ	1	3.33
ชุมชนร่วมประเมินผลการจัดการเรียนการสอน	7	23.33

\*หมายเหตุ แต่ละวิทยาลัยเลือกได้มากกว่า 1 รายการ

1.2 การสร้างเครือข่ายการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อบูรณาการการทำงานร่วมกันผ่านพันธกิจต่าง ๆ พบว่าลักษณะของการให้ชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้/ร่วมจัดการเรียนการสอน และร่วมบริการวิชาการมากที่สุด ร้อยละ 100 รองลงมาได้แก่การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน/ลงนามความร่วมมือ คิดเป็นร้อยละ 73.33 ดังตารางที่ 2

1.3 รายวิชาและชั้นปีที่มีการจัดการเรียนการสอนโดยชุมชนมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่ามี 20 รายวิชา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมโดยชั้นปีที่มีการจัดการเรียนการสอนรายวิชา โดยชุมชนมีส่วนร่วมมากที่สุดคือ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 7 รายวิชาคิดเป็นร้อยละ 35 ของรายวิชาที่พบ เช่น การพยาบาลชุมชน 1 ปฏิบัติการพยาบาลชุมชน 1 ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช การพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ 1 ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และวิจัยทางการพยาบาล รองลงมาได้แก่ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 30 ของรายวิชาที่พบ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 6 รายวิชา ได้แก่ การพยาบาลผู้สูงอายุ การสอน การให้คำปรึกษา และการสื่อสารทางสุขภาพ การพยาบาลเด็ก กระบวนการทัศนในการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ พิษสมุนไพโร การศึกษาอิสระ ชั้นปีที่ 4 จำนวน 6 รายวิชา ได้แก่ บริหารและแนวโน้มวิชาชีพทางการพยาบาล การพยาบาลชุมชน 2 ปฏิบัติการพยาบาลชุมชน 2 การพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 2 การสร้างนวัตกรรมและงานวิจัย สำหรับชั้นปีที่ 1 พบ 1 รายวิชา คิดเป็นร้อยละ 5 ได้แก่ เราคือ สบช.

ตารางที่ 2 ความร่วมมือของชุมชนในการบูรณาการการทำงานผ่านพันธกิจต่าง ๆ ในการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม

ลักษณะการสร้างเครือข่ายและบูรณาการ	จำนวน (วิทยาลัย)	ร้อยละ
การเป็นคณะกรรมการ/คณะทำงาน/ ลงนามความร่วมมือ	22	73.33
การเป็นแหล่งเรียนรู้/ ร่วมจัดการเรียนการสอน	30	100.00
การร่วมวิจัย	20	66.67
การร่วมบริการวิชาการ	30	100.00
การร่วมกันดำเนินโครงการและ/หรือกิจกรรมในสถานบริการสุขภาพและ ชุมชน	10	33.33

\*หมายเหตุ แต่ละวิทยาลัยเลือกได้มากกว่า 1 รายการ



1.4 การจัดตั้งสนับสนุนการเรียนรู้อะไรหรือทรัพยากรการเรียนรู้จากสถานบริการสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 80 และชุมชนร้อยละ 83.33 สถานบริการสุขภาพและชุมชนได้จัดตั้งสนับสนุนการเรียนรู้อะไรหรือทรัพยากรด้านต่างๆ ครอบคลุมด้านบริหาร บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และกายภาพสำหรับการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม

2. ผลการศึกษาสภาพการณ์จริงการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมของวิทยาลัย 8 แห่งในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบข้อสรุป 3 ประเด็น

2.1 ลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ อธิบายได้ว่า “ร่วมให้ข้อมูลสุขภาพชุมชน ให้ข้อเสนอแนะ เป็นที่ปรึกษา พัฒนาเครือข่าย ร่วมกระบวนการเรียนรู้และประเมินผล ร่วมรับประโยชน์” ตัวอย่างการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของชุมชนเพื่อการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ “นักศึกษาไปคุยกับแหล่งฝึกก่อนเพื่อที่จะดูว่าเขามีปัญหาสุขภาพอะไรของผู้รับบริการในวิชานั้นๆ แล้วก็มาคิดออกแบบนวัตกรรมเพิ่มเข้าไปส่งเสริมสุขภาพ” (ผู้ให้ข้อมูลจากวิทยาลัยที่ 2) “ทุกวันนี้ต้องมีเป้าว่า นศ. ที่จบจากที่เรา ต้องมีความรู้ มีคุณภาพ นศ. ที่มาฝึกที่นี่ ตั้งแต่ไหนแต่ไรมา นศ. คาดหวังว่า จบไปแล้ว อยู่ รพ. แต่พอมา ปรุมนิเทศ เราปลูกฝังให้รักชุมชน เยี่ยมบ้าน สอนเทคนิคต่างๆ ตอนหลัง นศ. ได้เลือกชุมชนบ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลจากวิทยาลัยที่ 8) ข้อมูลที่อธิบายถึงการให้ข้อเสนอแนะ เป็นที่ปรึกษา “เด็กจะต้องเป็นผู้สำรวจเองว่า ชุมชนที่เขาจะไปเนี่ยมีประเด็นปัญหาอะไร แล้วก็เก็บข้อมูลทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ หมายถึงว่า ข้อมูลที่มีที่แหล่งฝึกด้วย หลังจากนั้นก็จะปรึกษาพี่เลี้ยงแหล่งฝึก นำเสนอในชุมชนด้วย ส่วนใหญ่นวัตกรรมจะทำในชุมชนเลย จะเกิดสิ่งที่แบบ เอ้อ ชุมชนร่วมคิดด้วย แล้วก็ชุมชนก็พาไปทำ” (ผู้ให้ข้อมูลจากวิทยาลัยที่ 1) ข้อมูลที่อธิบายถึงความตั้งใจและการมุ่งผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับชุมชน ดังเช่นตัวอย่าง “เพราะว่าความเป็นชุมชนมันไม่ได้เห็นประโยชน์ชัด องค์กรที่ต้องร่วมมือกันในเรื่องของสุขภาพ ความร่วมมือมันจะเป็นเจ้าของจริง แล้วก็ก็เป็นเรื่องของความตั้งใจเพื่อที่จะมีส่วนร่วมการศึกษา เชิงผลลัพธ์ที่ได้อย่างแท้จริงเนี่ย ต้องเป็นสิ่งที่เขาต้องการจะช่วย” (ผู้ให้ข้อมูลจากวิทยาลัยที่ 3) “ท้องถิ่นไปร่วมวิทยาลัย และวิทยาลัยก็เชิญท้องถิ่นไปร่วม สัมพันธ์หลายเรื่อง ผมภูมิใจที่เขาทำเขาได้รับรางวัล ทำให้เกิดผลกับชุมชน พัฒนาคุณภาพชีวิต เพราะท้องถิ่นมีนโยบายพัฒนาคุณภาพท้องถิ่นอยู่แล้ว รพ.สต. ก็เหมือนพี่น้องอยู่แล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลจากวิทยาลัยที่ 5)

2.2 บทบาทในการจัดการศึกษาพยาบาลของภาคีเครือข่าย อธิบายได้ว่า “วางแผนบริหาร จัดการทรัพยากร ร่วมจัดกระบวนการเรียนรู้ ประสานความร่วมมือ และ ประเมินทักษะตามประสบการณ์ที่ระบุ” จากข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลพบว่าบทบาทของภาคีเครือข่ายขึ้นอยู่กับสถานภาพหรือบทบาทที่มีอยู่ในชุมชน เช่น กรณีเป็นแหล่งฝึก เช่น รพช. รพ.สต. หรือเป็นอาจารย์พี่เลี้ยงที่ต้องดำเนินงานตามข้อกำหนดของรายวิชาทางสถาบันการศึกษามีการประสานงานก่อนการจัดการเรียนการสอน กลุ่มนี้จะทราบถึงบรรทัดฐานในการวางแผน การเตรียมพื้นที่ และทรัพยากรบุคคลร่วมกิจกรรมในรายวิชาของสถาบันการศึกษา และช่วยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการฝึกภาคปฏิบัติหรือฝึกภาคทดลองในรายวิชานั้นๆ ดังเช่นตัวอย่างการให้ข้อมูล “การเข้าถึงชุมชนมีครูพี่เลี้ยง ในการสอน การเข้าใจหลักสูตร วิทยาลัยเชิญเวลาทำหลักสูตร มีความพร้อมของภาคีเครือข่าย เชื่อว่า นศ. จบไป มีคุณภาพ นศ. มาเอื้อต่อการทำงานของ รพ.สต.” (ผู้ให้ข้อมูลจากวิทยาลัยที่ 7) การวางแผนด้านงบประมาณ เช่น “การที่ นศ. ทำโครงการ ผมอนุญาตให้ปรับแผนได้ เพื่อใช้งบของกองทุน สปสช” (ผู้ให้ข้อมูลจากวิทยาลัยที่ 4) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายการวางแผนงานดังนี้ “บางพื้นที่อาจมองว่าเป็นภาระ การมี นศ. มาฝึก แต่ถ้าเรามองอย่าง เปิดกว้าง ออกแบบระบบงานดีๆ จะได้ช่วย นศ. ให้มีความรู้มากขึ้น สร้างความเชื่อมั่นของประชาชน” (ผู้ให้ข้อมูลจากวิทยาลัยที่ 2) สำหรับการร่วมจัดการเรียนรู้ทำในรูปแบบของการช่วยให้คำแนะนำ ดังตัวอย่างการให้ข้อมูล “อย่างเราเป็นผู้ใหญ่บ้านและเป็น อสม.ด้วย นักศึกษาเข้ามา แล้วก็มันก็จะได้องค์ความรู้เพิ่มขึ้น ก็คือก็จะได้ในส่วนของ อสม. เป็นพี่เลี้ยงพาลงพื้นที่ด้วย ตอนแรกคนป่วยก็อาจจะต่อต้านบ้าง ไม่เชื่อบ้าง แต่พอ อสม.ไปร่วมกับนักศึกษาเนี่ย



ก็จะฟังมากขึ้นนะคะ สิ่งที่จะได้ก็คือเรื่องของการไปดูแล การไปคัดกรองต่าง ๆ ก็จะได้ความร่วมมือตรงนี้” (ผู้ให้ข้อมูลจากวิทยาลัยที่ 6) ผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงบทบาทในการการประเมินผลการจัดการศึกษาตามกิจกรรมที่ระบุ ดังตัวอย่าง “เราก็ให้นักศึกษาสรุปมาว่า ตั้งแต่ดูแลคนนี้ได้ดูแลกี่ชั่วโมง นักศึกษาเขาจะได้เรียนรู้ว่าเวลาที่เขาไปเจอ จะเข้าใจแล้ว ก็ผลที่เกิดขึ้นเป็นยังไงนะครับ ต้องได้รับการดูแลอะไรบ้าง จะคิดคู่ไปกันกับระบบการรักษาของแพทย์ จะต้องไปคิดเอง ไปค้นคว้า และเราประเมินผลว่าเขาทำมาครบไหม” (ผู้ให้ข้อมูลจากวิทยาลัยที่ 3)

2.3 ประสิทธิผลของการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมอธิบายได้เป็น “ปริมาณผลสำเร็จตามกิจกรรมที่ระบุตามรายวิชาที่กำหนด” เน้นการประเมินการทำงานของนักเรียนตามวัตถุประสงค์รายวิชาและให้ความสำคัญกับปริมาณงานที่ระบุในกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมาย ยังไม่พบว่ามีกรณีประเมินเชิงคุณภาพด้านกระบวนการเรียนรู้อะไร การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ และผลกระทบที่สะท้อนจากภาคีเครือข่ายชุมชน ตัวอย่างการให้ข้อมูล “เขาอาจจะมองออกว่าผมอยากได้พยาบาลแบบไหน พยาบาลชุมชนแบบไหนที่ยากได้ แต่ว่าพอมาจัดการศึกษาที่ว่าเขาอาจจะมองไม่ชัด หรืออาจจะเป็นเพราะด้วยบริบทของเขาหรือด้วยตัวศาสตร์ของเขาอาจจะไม่ แต่สิ่งที่คิดอยู่ในใจก็คือว่า บางที่เขาอาจไม่เข้าใจตรงนี้หรือว่า เขายังไม่ชัด” (ผู้ให้ข้อมูลจากวิทยาลัยที่ 7) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงประสิทธิผลในด้านปริมาณงานเช่น “น้องทำกิจกรรม ไม่ว่าจะในการหาปัญหา หรือทำโครงการนะคะ เราจะตรวจสอบว่าครบตามคู่มือไหม โครงการเราก็จะมีคะแนนส่วนหนึ่ง แล้วศึกษาเคสอาจารย์ก็จะให้เราให้คะแนนหรือแม้กระทั่งเวลาที่อาจารย์นิเทศก็ให้คะแนนไปแล้ว คะแนนมันเท่า ๆ กัน อาจารย์จะถามอาจารย์พี่เลี้ยง ถ้ามันคะแนนเท่ากันสองคนนี่ เราควรจะให้ยังไง มันต้องมีรายละเอียดคะ” (ผู้ให้ข้อมูลจากวิทยาลัยที่ 4)

**การพัฒนากรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ในการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ**

ผู้วิจัยพัฒนารอบแนวคิดภายใต้ทศกัณฐ์และกระบวนการมีส่วนร่วมของสถาบันการศึกษา สถานบริการสุขภาพ และชุมชนในการสนับสนุนและรับผิดชอบร่วมกันในการจัดการศึกษาเน้นชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม รวมทั้งการมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี หลักสูตรและกระบวนการเรียนรู้ของการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมมุ่งเน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning) ภายใต้บริบทการจัดการศึกษาในชุมชนและสภาพแวดล้อม ที่เหมาะสม รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่นำมาใช้บ่อยในการจัดกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ การเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based learning) การเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐาน (project-based learning) การเรียนรู้แบบบริการสังคม (service learning) การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ (interprofessional education) และการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (transformative learning) การออกแบบหลักสูตรและกระบวนการเรียนรู้ต่าง ๆ ในการจัดการศึกษาพยาบาลมี 3 องค์ประกอบ แสดงดังแผนภาพ

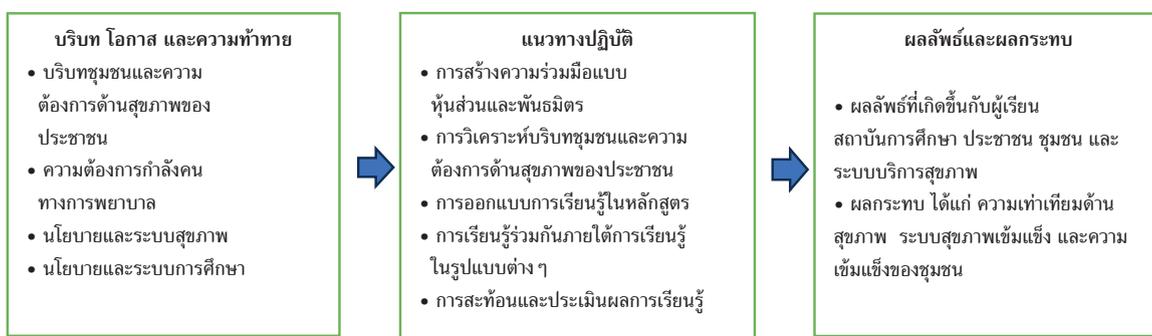
1. โอกาสและความท้าทายของการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) บริบทของชุมชนและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนภายใต้ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ 2) ความต้องการกำลังคนทางพยาบาลทั้งปริมาณและคุณภาพ 3) นโยบายและระบบสุขภาพโดยเฉพาะระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มุ่งให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม และ 4) นโยบายและระบบการศึกษาในการผลิตบัณฑิตพยาบาลตอบสนองความต้องการ ด้านสุขภาพของประชาชนและระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต

2. แนวทางปฏิบัติการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ชุมชนมีบทบาทและส่วนร่วมอย่างแท้จริง ได้แก่ 1) การสร้างความร่วมมือแบบหุ้นส่วนและพันธมิตร (partnership building) ระหว่าง



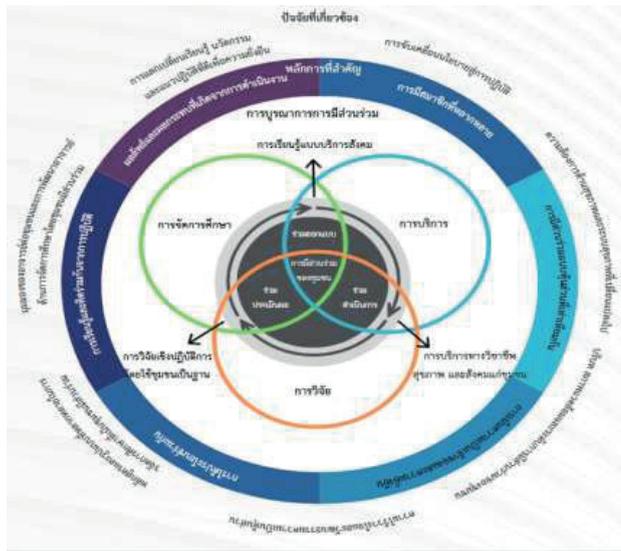
สถาบันการศึกษา ชุมชน และสถานบริการสุขภาพในรูปแบบพลวัตกลุ่มที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมแบบหุ้นส่วนที่เท่าเทียมกัน (equitable dynamic partnership) 2) การวิเคราะห์บริบทชุมชนและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน 3) การออกแบบการเรียนรู้และแผนการเรียนรู้ในหลักสูตรเพื่อให้เกิดประโยชน์ร่วมกันของทุกฝ่าย (mutual benefits) 4) การเรียนรู้ร่วมกัน (collaborative learning) ระหว่างผู้เรียน อาจารย์/อาจารย์พี่เลี้ยง และชุมชน และ 5) การสะท้อนและประเมินผลการเรียนรู้ทั้งในด้านการบริการสุขภาพ/ชุมชน พัฒนาการและผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับชุมชน

3. การประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม มุ่งประเมินผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้เรียน สถาบันการศึกษา ประชาชน ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ บัณฑิตมีทักษะและสมรรถนะที่จำเป็นตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ประชาชนมีผลลัพธ์สุขภาพดีขึ้น ชุมชนมีความเข้มแข็งและพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ



การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

ผู้วิจัยพัฒนารอบแนวทางและกลไกเชิงนโยบายในการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ แสดงดังภาพที่ 2 ทั้งนี้ภาพที่นำเสนอเป็นความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมออกแบบ ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล กับองค์ประกอบอื่น ๆ ได้แก่ การบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการศึกษา การบริการวิชาการ และการวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ภายใต้หลักการสำคัญ 6 ประการของการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม คือ 1) การมีสมาชิกที่หลากหลาย 2) การมีส่วนร่วมแบบหุ้นส่วนที่เท่าเทียมกัน 3) การเน้นความเป็นเจ้าของและความยั่งยืน 4) การได้ประโยชน์ร่วมกัน 5) การเรียนรู้และคิดร่วมกันจากการปฏิบัติ (collaborative learning and co-creation through action) และ 6) ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน (outcomes and impact) กับนักศึกษา อาจารย์ และชุมชน และปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้อง (contributing factors) เช่น การขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ บริบท สภาพแวดล้อม และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นต้น



ภาพที่ 2 กรอบแนวทางและกลไกเชิงนโยบายในการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

กรอบแนวทางการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินและตรวจสอบว่ามีความเป็นไปได้ เป็นที่ยอมรับ และมีความเหมาะสมไปสู่การผลักดันเชิงนโยบายในการกำหนดแผนปฏิบัติหรือแนวทางใหม่ในการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมสำหรับการผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีทักษะและสมรรถนะสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ดังนี้

1. จัดทำแผนการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อให้เป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อน พัฒนา และสร้างความเสมอภาคให้กับระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่รองรับการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ
2. พัฒนาหรือปรับเปลี่ยนหลักสูตร ออกแบบการจัดการศึกษา รูปแบบ กระบวนการเรียนรู้ และเครื่องมือที่จำเป็นต่อการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรอย่างแท้จริงให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และพลวัตของระบบสุขภาพและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป
3. กำหนดนโยบายร่วมและจัดทำแผนความร่วมมือในการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมในระดับหน่วยงานหรือในระดับพื้นที่ให้สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของพื้นที่ บริบทของชุมชน สังคม และวัฒนธรรม
4. พัฒนาศักยภาพ ระบบและกลไก และการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ เหมาะสม และมีประสิทธิภาพสำหรับการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ในการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็งภายใต้การบูรณาการแนวคิดและการทำงานร่วมกันสู่ผลลัพธ์และผลกระทบต่อสุขภาพสังคม และคุณภาพชีวิตของประชาชน
5. การพัฒนาระบบ กลไก และเครื่องมือในการกำกับ ติดตาม และประเมินกระบวนการ การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ และผลกระทบของการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วม เช่น การสร้างแกนนำและทีมขับเคลื่อน การประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา การประเมินผลลัพธ์สุขภาพและความเข้มแข็งของชุมชน
6. การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมในบริบทที่หลากหลาย



แตกต่างกันจากการผลักดันนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนารูปแบบ องค์ความรู้ นวัตกรรม และการบริการสุขภาพ ในระดับพื้นที่ เช่น นวัตกรรมบริการสุขภาพในชุมชน รูปแบบการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพชุมชนเพื่อลด ความเหลื่อมล้ำและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป้าหมายโดยเฉพาะชุมชนชนบทหรือชุมชนในพื้นที่ ห่างไกล

## อภิปรายผล

การจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมมุ่งสู่การใช้ชุมชนเป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง การสร้างความเท่าเทียมและเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน รวมทั้งการยกระดับคุณภาพของกำลังคนทางการพยาบาลให้มีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ของประชาชนและระบบสุขภาพ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ค.ศ. 2030 ของ องค์การอนามัยโลก<sup>5</sup> ซึ่งกำหนดเป้าหมายกำลังคนด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ มีเพียงพอ ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ มีคุณภาพ และเป็นที่ยอมรับ เพื่อยกระดับสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของประชาชนและการพัฒนาระบบสุขภาพ อย่างยั่งยืน

ผลการศึกษาพบว่าวิทยาลัยในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จัดการเรียน การสอนโดยให้ชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้ในรายวิชาต่างๆ ทั้งนี้ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งด้านการวางแผน ออกแบบ ดำเนินการ และประเมินผลมีความหลากหลาย ดำเนินการในระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้นและไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อน ว่าการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยยังไม่ใช้การจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง Talib และทีมวิจัย<sup>4</sup> ให้ความหมายว่าการจัดการศึกษาศูนย์สุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วมเกิดขึ้นภายใต้ความร่วมมือแบบหุ้นส่วนระหว่าง สถาบันการศึกษาและชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในการร่วมกันออกแบบ ดำเนินการ และประเมินผลการจัดการ การศึกษา หลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนมุ่งตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนและชุมชน มีเป้าหมาย ของการเรียนรู้และประโยชน์ร่วมกันของทั้งสองฝ่าย ส่งผลให้บัณฑิตที่มีความกระตือรือร้นและมุ่งมั่นในการทำงาน เพื่อการสร้างความเท่าเทียมทางสุขภาพ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบโอกาสและความท้าทายในการพัฒนาและยกระดับ ศักยภาพในการจัดการศึกษาโดยชุมชนมีส่วนร่วมในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ และสากลเพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลให้ตอบสนองและก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพภายใต้การมีส่วนร่วม อย่างต่อเนื่อง (community engagement continuum) ตั้งแต่ระดับการเข้าถึงชุมชน การให้คำปรึกษา การมีส่วนร่วม การร่วมมือ และการเป็นผู้นำร่วมกัน เพื่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีของประชาชน สุขภาวะ และผลกระทบต่อชุมชนสังคม<sup>6</sup>

การจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมคำนึงถึงการผลิตบัณฑิตพยาบาลตอบสนองความ ต้องการด้านสุขภาพของประชาชน มุ่งเน้นการเรียนรู้ในสภาพการณ์จริงของชุมชนเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพทุกมิติ โดยการเรียนรู้ร่วมกับสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่โดยเฉพาะชุมชนชนบท ห่างไกล หรือทุรกันดาร ซึ่งมีความ สอดคล้องกับการวิจัยของ Schaffer, Hargate และ Marong<sup>7</sup> ซึ่งศึกษาการจัดการศึกษาโดยชุมชน มีส่วนร่วม ในหลักสูตรระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ (หลักสูตร 3 ปี) พบว่าหลักสูตรมุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตพยาบาล ที่มีสมรรถนะในการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มต่างๆ ในชุมชนโดยคำนึงถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม การส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ ชุมชนมีส่วนร่วม ในการจัดการศึกษาในหลักสูตรตลอด 5 ภาคการศึกษา พบว่านักศึกษาที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการบริการ สุขภาพในชุมชนเพิ่มขึ้น มีทักษะการทำงานกับชุมชน ได้รับการพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการแก้ ปัญหา ทักษะวิชาชีพพยาบาล และทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพกับหุ้นส่วนในชุมชน โดยสะท้อนคุณค่าของหลักสูตร



ที่มุ่งสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ในชุมชน การสร้างสุขภาพของครอบครัวและผลกระทบต่อชุมชน การศึกษาของ Wholeben, Jimenez และ Ellis<sup>9</sup> พบว่าการจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพโดยชุมชนมีส่วนร่วมสำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของ The University of Texas at El Paso ในการจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชนชนบทในรายวิชาการพยาบาลชุมชนผ่านการดำเนินกิจกรรมการบริการสุขภาพเชิงรุก การดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน และมหกรรมสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะด้านการส่งเสริมสุขภาพ รักและให้คุณค่าของการทำงานกับชุมชน ประชาชนมีศักยภาพและส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและสุขภาพของตนเองมากขึ้น

ผลการศึกษากิจการศึกษาศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมภายใต้บริบทของประเทศไทยจากการวิจัยนี้ พบว่าลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการศึกษาทางการพยาบาล ครอบคลุมการให้ข้อมูลสุขภาพชุมชน ให้ข้อเสนอแนะ เป็นที่ปรึกษา พัฒนาเครือข่าย ร่วมกระบวนการเรียนรู้และประเมินผล รวมทั้งการร่วมรับประโยชน์ หลักสูตรมุ่งเน้นการสร้างให้พยาบาลเป็นผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และมีความเชื่อมโยงกับชุมชนมากขึ้น เพื่อให้ผู้เรียนได้เข้าใจผู้รับบริการภายใต้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคม เกิดความยืดหยุ่น เกิดความสามารถในการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดการพัฒนาความไว้วางใจ ความร่วมมือ เรียนรู้ร่วมกับชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน ประชาชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนดังกล่าวมักถูกจำกัดอยู่ในลักษณะการสนับสนุนทางทรัพยากรต่างๆ ถึงแม้ว่าชุมชนจะมีความเอื้ออาทรและมีความพร้อมในการสนับสนุนในด้านต่างๆ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ยังขาดการริเริ่มหรือร่วมกำหนดนโยบายและวางแผนในการจัดการศึกษาของชุมชนร่วมกับสถาบันการศึกษา สถาบันการศึกษายังขาดระบบและกลไกที่มีประสิทธิภาพในการสร้างความเข้าใจอย่างแท้จริงกับชุมชนในการมีส่วนร่วมเชิงนโยบาย ให้ข้อเสนอแนะ หรือประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาอย่างครอบคลุม ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในต่างประเทศ<sup>7,10</sup> การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาพยาบาลเกิดขึ้นในระดับนโยบายและการปฏิบัติ ดังนั้นหากจะพัฒนาให้เกิดการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนสังคมและระบบสุขภาพ จำเป็นต้องทำให้เกิดระบบที่ชัดเจนและเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการศึกษาพยาบาลและการพัฒนาชุมชนสังคมในระยะยาวได้

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อยอด เช่น การพัฒนาห้องเรียนชุมชนต้นแบบการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วม การทดสอบต้นแบบการเรียนรู้ในการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมในบริบทของชุมชนที่แตกต่างกันของประเทศไทย เช่น ชุมชนเขตเมือง ชุมชนชนบท หรือชุมชนที่มีกลุ่มคนที่มีความสนใจร่วมกัน มุ่งเน้นการลดความเหลื่อมล้ำในพื้นที่ชนบท หรือการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย
2. ควรพิจารณำกรอบแนวทางในการจัดการศึกษาพยาบาลโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ไปปรับใช้ในการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหรือหลักสูตรอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลสุขภาพชุมชนในสถาบันการศึกษา/มหาวิทยาลัยอื่นๆ



## References

1. The National Health Professional Education Foundation. Recommendations for the development of health professional education to the educational institute and instructional reform. Bangkok: The Graphico Systems; 2016. (in Thai)
2. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Higher Education, Science, Research and innovation policy and strategic framework for higher education, science, research and innovation 2023–2027 [internet]. 2023 [cited 27 November 2024]. Available from: <https://www.mhesi.go.th/index.php/all-media/book-ministry/8310-2022-12-13-06-27-40.html>. (in Thai)
3. United Nations. Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development [internet]. 2015 [cited 27 November 2024]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>.
4. Talib Z, Bjorg P, Briggs M, Clithero A, Cobb NM, Marjadi B, Mariadi B, Preston R, Willems S. Defining community-engaged health professional education: A step toward building the evidence [internet]. 2017 [cited 27 November 2024]. Available from: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/01/Defining-Community-Engaged-Health-Professional-Education-A-Step-Toward-Building-the-Evidence.pdf>.
5. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Switzerland: The WHO Document Production Services. 2016.
6. Nuuyoma V, Makhene A. Community engagement in the faculty of health science: a concept analysis. 2020 [cited 2024 Nov 27]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7736662/>
7. Schaffer MA, Hargate C, Marong K. Engaging communities in nursing education. *International Journal of Research on Service-Learning and Community Engagement* 2015; 3(1): article 8.
8. King KM, Estabrooks P, Keeler H, Tchouankam T. Conceptualization and utilization of community engagement approaches in translational research: a scoping review. *Journal of Translational Science*. 2020;7:1–9. doi.org/10.15761/JTS.1000418.
9. Wholeben M, Jimenez SY, Ellis C. Community engagement: moving from the classroom to interprofessional education collaboration. *European Scientific Journal*. 2021;105. Available from: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/14096> [cited 2024 Nov 30]
10. Schaffer MA, Hargate C. Moving toward reconciliation: community engagement in nursing education. *Journal of Community Engagement and Scholarship* 2022;8(1):59–68.



## ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความคาดหวังการดูแลสุขภาพจากชุมชน ของผู้สูงอายุในชุมชนเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก

### Health Conditions of the Elderly and Their Expectations for Community-Based Healthcare in the Eastern Economic Corridor (EEC) Communities

ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา<sup>1</sup>, อุทิศ บำรุงชีพ<sup>2</sup>, ปริชญ์ เรืองทิพย์<sup>2</sup>, จินห์จุก ชัยเสนา ดาลลาส<sup>3</sup>, สวิตรี หลักทอง<sup>3</sup>  
Laddawan Puttaruksa<sup>1</sup>, Uthit Bamrungchit<sup>2</sup>, Parinya Ruangthip<sup>2</sup>, Chinjuta Chaisena Dallas<sup>3</sup>, Sawitree Lakhong<sup>3</sup>  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา<sup>1</sup> คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา<sup>2</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันปัญญาภิวัฒน์<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Nursing, Burapha university, <sup>2</sup>Faculty of Education, Burapha University, <sup>3</sup>Faculty of Nursing, Panyapiwat Institute

Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; Email: laddawap2550@gmail.com, laddawan@buu.ac.th

Received: January 12, 2025 Revised: March 22, 2025 Accepted: March 27, 2025

#### บทคัดย่อ

การจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกควรคำนึงถึงความต้องการของตัวผู้สูงอายุและความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกทั้งด้านกาย จิต และสังคม วิเคราะห์ความคาดหวังในการรับบริการสุขภาพ และบทบาทของชุมชนและเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ การศึกษาใช้การวิเคราะห์เอกสาร การสังเกต และการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคคล 180 คน รวมถึงผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีโครงสร้าง ครอบคลุม 5 หัวข้อหลัก ได้แก่ (1) สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (2) รูปแบบการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้สูงอายุในชุมชน (3) ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพ และภูมิปัญญาอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน (4) ความต้องการและความคาดหวังในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และ (5) บทบาทของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: การเสริมพลังเครือข่ายและความคาดหวังสู่การดูแล การเก็บข้อมูลใช้เวลาประมาณ 30-40 นาทีต่อผู้เข้าร่วม โดยเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ซึ่งรวมถึงผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ การบริหารเชิงนโยบาย และเครือข่ายชุมชน โดยเครื่องมือมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) เฉลี่ย .83 และค่าความเที่ยงตรง .97 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน แสดงถึงความเหมาะสมและความน่าเชื่อถือ การวิเคราะห์ข้อมูลจัดหมวดหมู่ความคิดเห็นออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ความคิดเห็นที่คล้ายคลึงกัน ความคิดเห็นที่ตรงข้ามกัน และความคิดเห็นที่ผสมผสานกลมกลืนกัน และสรุปเป็นองค์ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชนมีโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมประจำวัน และพึ่งพาบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงการเข้ารับการรักษาโรค (2) ผู้สูงอายุต้องการความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ (3) ชุมชนมีภูมิปัญญาด้านสุขภาพ เช่น การใช้สมุนไพรและการออกกำลังกาย (4) ผู้สูงอายุคาดหวังให้ชุมชนนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน และปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพ (5) มีความจำเป็นในการพัฒนาเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) อสม. และการสื่อสารด้านสุขภาพเข้ามามีส่วนช่วยในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและบริบทของชุมชน

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพในชุมชน; เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก; ภาวะสุขภาพ; ผู้สูงอายุ



## Health Conditions of the Elderly and Their Expectations for Community-Based Healthcare in the Eastern Economic Corridor (EEC) Communities

Laddawan Puttaruksa<sup>1</sup>, Uthit Bamrungchit<sup>2</sup>, Parinya Ruangthip<sup>2</sup>, Chinjuta Chaisena Dallas<sup>3</sup>, Sawitree Lakthong<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Nursing, Burapha university, <sup>2</sup>Faculty of Education, Burapha University, <sup>3</sup>Faculty of Nursing, Panyapiwat Institute

Corresponding author: Laddawan Puttaruksa; Email: laddawanp2550@gmail.com, laddawan@buu.ac.th

Received: January 12, 2025 Revised: March 22, 2025 Accepted: March 27, 2025

### Abstract

Providing healthcare service for elderly living in the Eastern Economic Corridor (EEC) should be based on individual needs and contextual consideration. This research aimed to study the health status of older adults in the Eastern Economic Corridor (EEC) in physical, mental, and social dimensions; analyzed their expectations for healthcare services; examined the roles of communities and networks in elderly care; and proposed appropriate models for healthcare that suited the local context. This qualitative study used document analysis, observation, and in-depth interviews. The sample consisted of 180 individuals, including older adults aged 60 and above, as well as those involved in elderly healthcare. The research instrument was a structured in-depth interview guide covering five main topics: (1) the health situation of older adults, (2) self-care and elderly care practices in the community, (3) traditional wisdom and local healthy food knowledge, (4) healthcare needs and expectations of older adults, and (5) the role of communities in elderly care: empowering networks and expectations for sustainable care. Each interview lasted approximately 30–40 minutes, allowing participants to express their opinions freely. The instrument was validated by five experts in gerontological nursing, policy administration, and community networking. The tool showed an average Content Validity Index (CVI) of 0.83 and a reliability score of 0.97, both of which exceeded standard benchmarks, indicating its appropriateness and reliability. Data were analyzed by categorizing responses into three groups: similar opinions (thesis), contrasting opinions (anti-thesis), and synthesized opinions (synthesis), which were summarized into conceptual knowledge (conceptualization). The research findings revealed that: (1) Most elderly in the community suffered from chronic diseases caused by daily lifestyle habits and relied on services from village health volunteers (VHVs) and sub-district health-promoting hospitals, as well as medications for treatment. (2) The elderly required knowledge on health restoration and health promotion. (3) Communities possessed health wisdom, such as the use of herbal remedies and exercise. (4) The elderly expected communities to utilize local wisdom, build stronger communities, and improve health care systems. (5) There was a need to develop elderly health care networks involving local administrative organizations (LAOs), VHVs, and improved health communication to ensure consistent access to care. Recommendations: An integrated health care model tailored to the needs of the elderly and community context should have been developed.

**Keywords:** community-based healthcare; Eastern Economic Corridor (EEC); health conditions; elderly



## ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” ซึ่งหมายความว่าประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า<sup>1,2</sup> การเปลี่ยนแปลงนี้นำมาซึ่งความท้าทายสำคัญในหลายด้าน โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นภารกิจสำคัญทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และประเทศ<sup>3</sup> การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในสังคมส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางต่อระบบบริการสุขภาพ การจัดสรรทรัพยากร และความยั่งยืนของระบบเศรษฐกิจและสังคม<sup>4</sup>

หนึ่งในพื้นที่ที่กำลังเผชิญความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างเข้มข้นคือเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) ซึ่งเป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์สำคัญของประเทศไทย ครอบคลุมจังหวัดชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา โดยได้รับการกำหนดให้เป็นศูนย์กลางด้านการลงทุนและอุตสาหกรรมระดับประเทศ การขยายตัวดังกล่าวส่งผลให้โครงสร้างชุมชนเปลี่ยนแปลง จากรูปแบบชนบทดั้งเดิมสู่ลักษณะกึ่งเมือง ประชากรมีหลากหลายมากขึ้น ทั้งกลุ่มท้องถิ่นและแรงงานย้ายถิ่น การดำเนินชีวิตสะท้อนการผสมผสานระหว่างวิถีเกษตรกรรมกับภาคอุตสาหกรรมและบริการ ขณะเดียวกันโครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนไป โดยผู้สูงอายุมักอยู่อาศัยตามลำพัง เนื่องจากคนวัยทำงานย้ายถิ่นประกอบอาชีพ สิ่งแวดล้อมบางพื้นที่ได้รับผลกระทบ เช่น มลภาวะและการใช้ที่ดินที่เปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตาม ชุมชนยังมีทุนทางสังคม วัฒนธรรม และเครือข่ายความสัมพันธ์ที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะเมื่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม<sup>5</sup>

ผู้สูงอายุในชุมชนของเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกเผชิญกับปัญหาหลากหลายด้าน ทั้งภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการเข้าสังคม ปัญหาเรื้อรังทางสุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคข้อเสื่อม เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง<sup>6</sup> นอกจากนี้ สุขภาพจิตยังเป็นประเด็นที่ไม่อาจมองข้ามได้ ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยประสบปัญหาความเหงา ความวิตกกังวล และการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว<sup>7</sup>

ในขณะเดียวกัน ชุมชนในพื้นที่เขต EEC เองมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความร่วมมือจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หน่วยงานด้านสาธารณสุข และครอบครัว ถือเป็นกลไกสำคัญในการสร้างระบบดูแลสุขภาพที่เหมาะสม<sup>8</sup> อย่างไรก็ตาม บทบาทของชุมชนยังคงมีข้อจำกัด ทั้งในด้านทรัพยากรความรู้ และการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่นี้ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

ผู้สูงอายุในชุมชนไม่เพียงแต่ต้องการการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน แต่ยังมีคามคาดหวังเพิ่มเติม เช่น การจัดกิจกรรมสังคมสำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก เช่น การจัดโปรแกรมการออกกำลังกายเฉพาะกลุ่ม และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวกและรวดเร็ว ความคาดหวังเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่ตอบโจทย์ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ<sup>9</sup>

นอกจากนี้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างระบบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การใช้บริการสุขภาพทางไกล (telehealth) การติดตามสุขภาพด้วยอุปกรณ์ดิจิทัล และการให้คำปรึกษาผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีเหล่านี้มาใช้ในพื้นที่ EEC ยังมีข้อจำกัดในเรื่องความรู้ ความเข้าใจ และการเข้าถึงของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้การพัฒนาารูปแบบดูแลสุขภาพในพื้นที่ยังต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม

ด้วยเหตุนี้ งานวิจัยเรื่อง “ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความคาดหวังการดูแลสุขภาพจากชุมชนในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก” จึงมีเป้าหมายเพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่กำลังเผชิญกับ



การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจทั้งในมิติสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพ การใช้จ่าย และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้การวิจัยยังให้ความสำคัญกับการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและอาหาร รวมถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อระบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง เพื่อนำไปสู่การออกแบบแนวทางพัฒนาเครือข่ายผู้นำและรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ตอบสนองต่อบริบทของพื้นที่ EEC อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญทั้งในเชิงวิชาการและการปฏิบัติ โดยข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้สนับสนุนการกำหนดนโยบายสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ ตลอดจนการวางกลยุทธ์การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพที่ยั่งยืน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกในระยะยาวต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ ความคาดหวังในการดูแลสุขภาพ และบทบาทของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC)

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้อ้างอิงทฤษฎีสำคัญ 5 แนวทาง ได้แก่ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงตามวัย ซึ่งช่วยอธิบายภาวะสุขภาพและการปรับตัวของผู้สูงอายุ แนวคิดพหุผลของ WHO ที่เน้นการมีสุขภาพดี มีส่วนร่วม และมีความมั่นคงในชีวิต แนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger ที่ใช้เข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรมในบริบทชุมชน แนวคิดระบบนิเวศทางสังคมที่มองสุขภาพในหลายระดับ และแนวคิดการสร้างเครือข่ายชุมชนเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนและเหมาะสมกับพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุและความคาดหวังที่มีต่อระบบการดูแลสุขภาพในชุมชน กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้จึงได้รับการออกแบบให้เชื่อมโยงองค์ประกอบหลักที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ บริบทชุมชน และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เพื่อสะท้อนภาพรวมของสถานการณ์สุขภาพและความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ตอบโจทย์ต่อบริบทของพื้นที่เขต EEC

องค์ประกอบหลักของกรอบแนวคิดประกอบด้วย 4 ด้านสำคัญ ได้แก่ (1) ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบคลุมด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพสังคม ซึ่งเป็นผลสะท้อนจากโรคเรื้อรัง ความเปลี่ยนแปลงในครอบครัว และการเข้าสู่วัยสูงอายุ (2) ความคาดหวังต่อการดูแลสุขภาพจากชุมชน เช่น การได้รับบริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ (3) บทบาทของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการสนับสนุนจาก อสม. ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการทรัพยากรสุขภาพ และ (4) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เช่น อายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้สุขภาพและความต้องการในการเข้าถึงบริการ

กระบวนการวิจัยใช้ระเบียบวิธีเชิงคุณภาพ โดยอาศัยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตขณะทำการสัมภาษณ์ เพื่อรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้สูงอายุและบุคคลที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เป้าหมาย ข้อมูลที่ได้จะนำมาจัดกลุ่มวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ที่ใช้ในการออกแบบแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับตัวแปรในการวิจัย ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ และบทบาทของชุมชน ขณะที่ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และความคาดหวังต่อการดูแลสุขภาพจากชุมชน



## ระเบียบวิธีวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีเชิงพรรณนา (descriptive method) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ยา และการเข้าถึงบริการ วิเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพ ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและอาหาร ตลอดจนความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุ และเสนอแนวทางพัฒนาเครือข่ายผู้นำและรูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสังเกตขณะสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประสบการณ์ในระดับลึกและครอบคลุมบริบทของแต่ละพื้นที่

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างวิจัยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) จำนวนทั้งสิ้น 180 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงแนวทางของ Moser & Korstjens<sup>10</sup> ซึ่งเสนอว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพควรอยู่ระหว่าง 20–50 คนต่อหนึ่งวัฒนธรรม (per cultural group) เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความลึกของข้อมูลและความหลากหลายของมุมมอง สำหรับพื้นที่ผู้วิจัยทำการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี และอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ซึ่งอยู่ภายใต้บริบทของการพัฒนาเศรษฐกิจอุตสาหกรรม แต่มีความแตกต่างในวิถีชีวิตและทุนทางวัฒนธรรม ผู้วิจัยจึงพิจารณาแต่ละพื้นที่เป็นหน่วยวัฒนธรรมย่อย และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มหลักดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุ คัดเลือกจากผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสุขภาพกายและจิตใจดี สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน และอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 30 คนต่ออำเภอ รวมทั้งสิ้น 90 คน
2. กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีบทบาทในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง จำนวน 30 คนต่ออำเภอ รวมทั้งสิ้น 90 คน

รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 180 คน โดยพิจารณาความหลากหลายเชิงบริบทของชุมชนและบทบาทที่เกี่ยวข้องเพื่อสะท้อนมุมมองที่ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนด เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษา มีสุขภาพกายและจิตใจเหมาะสม สามารถให้ข้อมูลได้ชัดเจน และในกรณีของบุคลากร ต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed consent) ส่วนเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพหรือการสื่อสารซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความถูกต้องของข้อมูล ผู้ที่ไม่ได้อาศัยในพื้นที่ต่อเนื่อง หรือไม่ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยใช้ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยมีแบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง (structured interview) เพื่อเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุและบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ผู้นำชุมชน อสม. ผู้เชี่ยวชาญด้านวัฒนธรรม พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเน้นข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพ ความคาดหวัง และปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงการบริโภคอาหาร วัฒนธรรมความเชื่อ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิด ครอบคลุม 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (2) รูปแบบการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้สูงอายุในชุมชน (3) ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพ และภูมิปัญญาอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน (4) ความต้องการและความคาดหวังในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และ (5) บทบาท



ของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: การเสริมพลังเครือข่ายและความคาดหวังสู่การดูแล ใช้เวลาเก็บข้อมูล 30-40 นาทีต่อคน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามอย่างอิสระ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ผู้บริหารเชิงนโยบาย และผู้เชี่ยวชาญด้านเครือข่ายชุมชน โดยพบว่ามีความสอดคล้อง (CVI) เท่ากับ .83 และค่าความเที่ยงตรง .97

#### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเริ่มจากการประสานงานกับผู้นำชุมชนหรือหน่วยงานท้องถิ่น เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อระบุและแนะนำกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติเหมาะสม จากนั้นทีมวิจัยจะตรวจสอบคุณสมบัติก่อนการสัมภาษณ์ และดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเป็นทางการ การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยทีมวิจัยลงพื้นที่จริง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งครบถ้วน และสะท้อนสภาพจริงของบริบทชุมชน

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ คือ (1) สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (2) รูปแบบการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้สูงอายุในชุมชน (3) ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพ และภูมิปัญญาอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน (4) ความต้องการและความคาดหวังในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และ (5) บทบาทของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: การเสริมพลังเครือข่ายและความคาดหวังสู่การดูแล โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นในประเด็นคำถามโดยอิสระ ใช้เวลาทั้งสิ้น 30-40 นาที

#### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ HS116/2565 การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 9 พฤษภาคม - 10 กันยายน พ.ศ. 2566 โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่เป้าหมาย 3 อำเภอ ได้แก่ บางปะกง (ฉะเชิงเทรา) ศรีราชา (ชลบุรี) และบ้านค่าย (ระยอง) ใช้แผ่นพับประชาสัมพันธ์โครงการเพื่อรับสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย หากมีผู้สมัครไม่ครบตามจำนวน จะขยายเวลารับสมัคร หากผู้สมัครเกินจำนวนที่กำหนด จะใช้การจับฉลากเลือกผู้เข้าร่วม พร้อมแจ้งผลผ่านป้ายประกาศหรือเว็บไซต์ในพื้นที่เป้าหมาย ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิ์ที่พึงมี

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์เชิงลึกข้างต้น มาวิเคราะห์เนื้อหา เป็นแนวโน้มในการสร้างเครือข่ายผู้นำในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก: บูรณาการองค์ความรู้ จากฐานข้อมูลภูมิปัญญาอาหารท้องถิ่น และ นวัตกรรมพัฒนาองค์ความรู้เพื่อเกื้อกูลบริการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมด้วยการแบ่งกลุ่ม (categorizing) ข้อมูลความคิดที่ได้จากการสัมภาษณ์เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ข้อมูลความคิดที่เหมือนกัน (thesis) ข้อมูลความคิดที่ตรงกันข้ามกัน (anti-thesis) และข้อมูลความคิดเห็นที่ผสมผสานกลมกลืนกัน (synthesis) ในประเด็นต่าง ๆ เพื่อประมวลองค์ความรู้ต่อไป

2. การประมวลองค์ความรู้รอบยอด (conceptualization) โดยการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์เชิงลึก แยกเป็นประเด็นหลัก 5 ประเด็น คือ (1) สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (2) รูปแบบการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้สูงอายุในชุมชน (3) ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพ และภูมิปัญญาอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน (4) ความต้องการและความคาดหวังในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และ (5) บทบาทของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: การเสริมพลังเครือข่ายและความคาดหวังสู่การดูแล นำผลที่สรุปได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านพิจารณาความถูกต้อง แนะนำปรับแก้ไข และยืนยันความถูกต้องของข้อมูลต่อไป



## ผลการวิจัย

ผลการศึกษาระยะคุณภาพ ความคาดหวังในการดูแลสุขภาพ และบทบาทของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ ตลอดจนเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยใน 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุและบุคคลที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวนกลุ่มละ 90 คน รวม 180 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ 3 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ฉะเชิงเทรา และระยอง จังหวัดละ 60 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 79.44 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วง 55-64 ปี จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 27.22 รองลงมาคือ 35-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.56 และ 45-54 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 17.78 ทั้งนี้ สัดส่วนของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.00 แสดงรายละเอียดในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 180)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
1 จังหวัดที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่	180	100
1.1 จังหวัดชลบุรี	60	33.34
1.2 จังหวัดระยอง	60	33.33
1.3 จังหวัดฉะเชิงเทรา	60	33.33
2 เพศ	180	100
2.1 เพศหญิง	143	79.44
2.2 เพศชาย	37	20.56
3 อายุ	180	100
3.1 อายุระหว่าง 25-34 ปี	18	10.00
3.2 อายุระหว่าง 35-44 ปี	37	20.56
3.3 อายุระหว่าง 45-54 ปี	32	17.78
3.4 อายุระหว่าง 55-64 ปี	49	27.22
3.5 อายุระหว่าง 65-74 ปี	30	16.66
3.6 อายุระหว่าง 75-85 ปี	14	7.78
4 หน้าที่ที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	180	100
4.1 ผู้สูงอายุ	90	50.00
4.2 ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ	90	50.00
4.2.1 ผู้นำสาธารณสุขมูลฐาน มีความรู้ด้านภูมิปัญญาด้านอาหารเพื่อสุขภาพ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กลุ่มละ 8.33 %		
4.2.2 ผู้มีความรู้ด้านภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพ 6.67 %		
4.2.3 ผู้นำชุมชน และ พยาบาลวิชาชีพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มละ 5.56 %		
4.2.4 ผู้นำองค์กรรัฐบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ 4.44 %		
4.2.5 ผู้มีอิทธิพลทางวัฒนธรรมความเชื่อ 2.78 %		



ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ 5 ข้อ คือ (1) สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ (2) รูปแบบการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้สูงอายุในชุมชน (3) ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพ และภูมิปัญญาอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน (4) ความต้องการและความคาดหวังในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และ (5) บทบาทของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: การเสริมพลังเครือข่ายและความคาดหวังสู่การดูแล ดังรายละเอียดผลการสัมภาษณ์ ดังนี้

#### 1. สถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก ดังรายละเอียด

1.1 ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน และข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยและพฤติกรรมสุขภาพ ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A9 “...ผู้สูงอายุก็ป่วยไปตามวัย ส่วนมากก็เป็นโรคกระดูก ปวดข้อ ความดัน เบาหวาน แล้วยังตามมาด้วยโรคอื่น ๆ อีก...” C9 และ C13 “...ส่วนใหญ่ก็มีโรคประจำตัวกันเกือบทุกคน อย่างเช่น ความดัน เบาหวาน อ้วน ไขมันในเลือดสูง แล้วก็ข้อเข่าเสื่อม เดินเห็นก็ไม่ค่อยสะดวก...” เป็นต้น

1.2 ผู้สูงอายุในชุมชนมักเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน โดยส่วนใหญ่นิยมดูแลตนเอง หรือได้รับคำแนะนำจาก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A64 “...เจ้าหน้าที่กับ อสม. เข้ามาเยี่ยมบ้านคุยให้คำแนะนำเรื่องกินอาหาร ออกกำลังกาย พุดคุยไม่ให้เหงา บางคนเป็นความดัน เบาหวาน ก็ไปหาหมอที่อนามัยหรือโรงพยาบาลตามสะดวก...” C26 “...ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลตัวเอง เช่น กินนอนให้เป็นเวลา ออกกำลังกาย แล้วก็ไปหาหมอเวลาป่วย...” C41 “...มีการเยี่ยมบ้าน แนะนำเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย เพราะส่วนใหญ่ก็มีโรคประจำตัวอย่างเบาหวาน ความดัน ไขมัน...” เป็นต้น

1.3 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่อาศัยบริการจาก อสม. และ รพ.สต. ขณะเดียวกันในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อย มักนิยมซื้อยารับประทานเองควบคู่กับการดูแลสุขภาพตนเอง ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A26 “...รพ.สต. ให้คำแนะนำดี อสม.ก็เข้าถึงคนในชุมชน ช่วยให้คนในชุมชนรู้วิธีดูแลตัวเองมากขึ้น...” A72 “...คนแก่ส่วนใหญ่เวลาเจ็บป่วยก็ไปอนามัยหรือโรงพยาบาล มีแค่บางคนซื้อยากินเอง เพราะเห็นว่าแค่ป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ...” C45 “...บางคนไม่ไปหาหมอ แต่ซื้อยากินเองเวลาป่วยไม่มาก เพราะคิดว่าสะดวกกว่า...” เป็นต้น

1.4 การใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่เป็นยารักษาโรคประจำตัว ยาสามัญประจำบ้าน และสมุนไพร โดยมี อสม. ช่วยดูแลและให้คำแนะนำในการใช้ยาอย่างเหมาะสม ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A65 “...ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ ความดัน เบาหวาน อสม.จะช่วยดูแลเรื่องยา เพราะในหมู่บ้านไม่มีร้านขายยาชุด บางคนก็กินพาราเองบ้าง แต่ไม่บ่อย...” C32 “...คนแก่ที่ติดบ้านติดเตียงเริ่มมีมากขึ้น เลยต้องจัดยามาเป็นชุดให้กินง่ายพร้อมอธิบายให้เข้าใจว่าจะต้องกินตอนไหน รักษาอะไร...” และ C35 “...ห่วงเรื่องคนแก่กินยาไม่ตรงเวลา อสม.เลยต้องแวะไปดูแลให้แน่ใจว่าเขากินยาถูกต้อง...” เป็นต้น

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก จากผลการวิจัยพบว่า

2.1 ผู้สูงอายุและประชาชนในชุมชนมีการดูแลสุขภาพตนเองผ่านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย รวมถึงได้รับการสนับสนุนจาก อสม. และหน่วยบริการสาธารณสุขเมื่อต้องการฟื้นฟูหรือรักษาอาการเจ็บป่วย ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A6 “...ผู้สูงอายุดูแลตนเองโดยทำอาหารกินเอง ออกกำลังกาย และจัดบ้านให้ปลอดภัย เมื่อล้มป่วยจะไปรักษาที่ รพ.สต./โรงพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพด้วยการนวด อบ ประคบ...” C6 “...เน้นดูแลสุขภาพผ่านอาหาร ออกกำลังกาย และพบแพทย์ตามนัด ใช้แพทย์แผนไทย



ในการฟื้นฟู พร้อมปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม...” และ C20 “...ดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงเป็นแบบอย่าง และนำเรื่องอาหาร และหากมีโรคประจำตัวจะได้รับการติดตามจาก อสม. และบุคลากรในพื้นที่...” เป็นต้น

2.2 ผู้สูงอายุในชุมชนฟื้นฟูสุขภาพตนเองด้วยการออกกำลังกายเบา ๆ สม่่าเสมอ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ โดยเน้นผักเป็นหลัก และจัดการความเครียด โดยมี อสม. เป็นผู้ให้คำแนะนำ ดูแลอย่างต่อเนื่อง และลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและช่วยฟื้นฟูทั้งร่างกายและจิตใจตามความเหมาะสมของแต่ละราย ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A32 “...ตื่นเช้ามาก็ขยับแข้งขา เดินไปเดินมา ออกกำลังกายเบาๆ กินอาหารให้ครบ โดยเฉพาะผักลวกผักต้ม เพราะมันย่อยง่ายดี...” A68 “...ก็พยายามออกกำลังกายเหมาะกับวัย ไม่เครียด อสม.ก็มาช่วยแนะนำ บางทีก็มาเยี่ยมที่บ้าน...” และ C37 “...อสม.เขาจะดูแลกันเป็นโซนๆ พอรู้ว่าใครป่วยแบบไหน ก็จะช่วยฟื้นฟูให้เหมาะ บางคนก็เน้นร่างกาย บางคนก็ให้กำลังใจ...” เป็นต้น

2.3 การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันอันตรายในผู้สูงอายุเน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น ป้องกันสัตว์มีพิษ ป้องกันไข้เลือดออก และลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุภายในบ้าน โดยมีการจัดเก็บของให้เป็นระเบียบ ใช้ราวจับหรือไม้เท้าช่วยเดิน และให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ไม้อั้นปัสสาวะ ไม่กินอาหารย่อยยาก พร้อมสนับสนุนให้เพื่อนบ้านช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A49 “...จัดบ้านให้ปลอดภัย เช่น ป้องกันสัตว์มีพิษ โรยทรายอะเบทกันยุงลาย และระวังไม่ให้ลื่นล้ม...” A80 “...ก่อนลุกจากเตียงให้นั่งพักก่อนจะได้ไม่หน้ามืด เดินก็ต้องดูพื้น อย่าให้ลื่น เก็บของให้เป็นระเบียบ และถ้ามีราวจับหรือไม้เท้าจะดีมาก...” C87 “...ผู้สูงอายุบางคนลุกเดินไม่สะดวก ก็บอกให้เพื่อนบ้านช่วยดู แล้วยังแนะนำไม่ให้กั้นเวลาอยากขับถ่าย ไม่กินของหมักดองหรือของย่อยยาก เพราะจะทำให้ท้องเสียได้...” เป็นต้น

2.4 ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย แจกอาหารแก่ผู้ป่วยติดเตียงโดย อสม. การรวมกลุ่มทำกิจกรรมภายใต้โครงการของเทศบาล และโรงเรียนผู้สูงอายุที่ส่งเสริมทั้งสุขภาพกายและใจ โดยมีบุคลากรและผู้สูงอายุร่วมกันดำเนินกิจกรรม ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A70 “...มีกิจกรรมออกกำลังกาย แจกข้าวสารอาหารแห้งให้ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ไม่มีญาติ โดย อสม. จะเป็นคนเดินสำรวจดูว่าใครลำบาก...” A88 “...มีโครงการขยับกายสบายชีวาให้รวมกลุ่มออกกำลังกายทุกเช้า จันทร์ถึงศุกร์ นายกเทศบาลสนับสนุนทั้งคนและของ...” และ C38 “...มีโรงเรียนผู้สูงอายุ มีกิจกรรมให้ดูแลร่างกายและจิตใจ เช่น ให้หมอบ ครู มาให้ความรู้พูดคุย ให้ไม่เหงา...” เป็นต้น

3. ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพ และภูมิปัญญาอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชน จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็น ดังนี้

3.1 ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ชาวบ้านในชุมชนใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นดูแลสุขภาพตนเอง โดยนิยมใช้สมุนไพรพื้นบ้าน เช่น พืชมเสน การบูร ขมิ้น ใพล ฟ้าทะลายโจร และน้ำกระชาย เพื่อบรรเทาอาการเวียนหัว ปวดเมื่อย หรือใช้หวัด รวมถึงการใช้ยาสดตำผสมเป็นลูกกลอน และมีการออกกำลังกายพื้นบ้าน เช่น รำกระบอง รำวงย้อนยุค เป็นแนวทางส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิตท้องถิ่น ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A40 “...ใช้พืชมเสน การบูร ผสมน้ำสุตดม แก้เวียนหัว ขมิ้น ใบมะกรูด ใพล ตำผสมน้ำทาแก้ปวดเมื่อย เพราะหาง่ายในบ้าน” A82 “...ออกกำลังกายเบา ๆ เช่น ยืดเส้น รำกระบอง และกินยาสดตำเอง เช่น ใพล ขิง ดีปลี ช่วยให้อารมณ์แข็งแรง” C60 “...ใช้ใบกระท่อมลดน้ำตาลในเลือด ต้มน้ำกระชายแก้หวัด และใช้สมุนไพรใกล้ตัวอย่างว่านหางจระเข้ ฟ้าทะลายโจร เพื่อดูแลตัวเองเบื้องต้น ไม่ต้องพึ่งหมอทุกครั้ง” เป็นต้น

3.2 ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้ตั้งครุฑและหลังคลอดในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพผู้ตั้งครุฑและหลังคลอดในชุมชนมีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การกินอาหารเรียกน้ำนมอย่างแกงเลียง หัวปลี



แมงลัก และปลาทุ รวบรวมถึงการอยู่ไฟด้วยการเข้ากระโจมสมุนไพร หนึ่งลูกประคบ และนวดตัว เพื่อให้เลือดลมไหลเวียน ดี ช่วยฟื้นฟูร่างกาย และเพิ่มน้ำนมให้มารดาอย่างปลอดภัยตามความเชื่อดั้งเดิมของชุมชน ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A31 “...กินแกงเลียง หัวปลี แมงลัก กระชาย ปลาทุ เพราะช่วยเรียกน้ำนม ไม่ให้คนท้องกินของเผ็ด กลัวเด็กหลุด มดลูก จะได้เข้าอุ้งเร็ว ใช้วิธีโกยท้อง ประคบตัวด้วยสมุนไพร เช่น โพร ไบมะขาม ขมิ้น เกลือ...” และ C36 “...หลังคลอดให้อยู่ไฟแบบบ้าน ๆ ต้มน้ำสมุนไพรเข้ากระโจม อบตัว นวดเต้านม ท้อง เพื่อให้เลือดลมเดินสะดวก ร่างกายฟื้นไว และกินหัวปลีเรียกน้ำนมให้ลูกกินอิ่ม” เป็นต้น

3.3 ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนมีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การให้ออกกำลังกายนั่งเก้าอี้ ยืดเหยียดเพื่อให้กล้ามเนื้อเคลื่อนไหวดีขึ้น การใช้สมุนไพรท้องถิ่นอย่างต้นตะกวด เตย เถวัลย์เปรียง ต้มดื่มคลายเส้น หรือการใช้รอกกะลาและลูกบอลช่วยฟื้นฟูกล้ามเนื้อ รวมทั้งการประคบ อบสมุนไพร และการแนะนำให้ออกกำลังกายควบคู่กับการกินอาหารครบ 5 หมู่ เพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A15 “...ให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายง่าย ๆ อย่างนั่งเก้าอี้ยกแขนยกขา ยืดเส้นยืดสาย เพื่อให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวไม่ยึดติด” A74 “...ใช้สมุนไพรบ้าน ๆ อย่างต้นตะกวด เตย เถวัลย์เปรียง ต้มรวมกันไว้ดื่มหรือแช่ ช่วยคลายเส้นคลายกล้ามเนื้อ” C53 “...ใช้รอกกะลาให้ผู้สูงอายุบริหารมือ นิ้ว ขยับได้ดีขึ้น พร้อมให้กำลังใจ พูดคุยไม่ให้เครียด” และ C80 “...แนะนำให้กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ใช้ลูกประคบ อบสมุนไพร หรือใช้กะลานวดฝ่าเท้า เพื่อให้เลือดลมเดินดี” เป็นต้น

3.4 ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการป้องกัน ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนมีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ เช่น การกินอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย และพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีการนำนวัตกรรมท้องถิ่น เช่น อุปกรณ์ยืดเหยียด มาใช้ฟื้นฟูผู้สูงอายุ เพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย และส่งเสริมการปลูกสมุนไพรในครัวเรือน ใช้ในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง โดยมีการสร้างกลุ่มหรือหมู่บ้านที่ขับเคลื่อนแนวทางนี้อย่างจริงจัง ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A29 “...ดูแลสุขภาพพื้นฐานด้วยการกินอาหารที่มีประโยชน์ นอนให้พอ ออกกำลังกายบ้าง แล้วก็ไปหาหมอตตรวจสุขภาพเป็นประจำ เพื่อจะได้รู้ว่ามันเป็นอะไรก่อนจะลุกลาม” C10 “...มีการประดิษฐ์เครื่องยืดเส้นแบบง่าย ๆ ไว้ให้ออกกำลังกายที่บ้าน ช่วยให้คนแก่ฟื้นตัวไว แถมไม่ต้องเสียเงินซื้อของแพง” และ C58 “...มีการชวนกันปลูกสมุนไพรในบ้าน แล้วใช้ต้มกินหรือทำยาใช้เอง ลดโรคเรื้อรังได้ดี เลยรวมกลุ่มทำหมู่บ้านสุขภาพ ใช้สมุนไพรแทนยาเคมี” เป็นต้น

3.5 ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้าย ผลการวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพใกล้เสียชีวิตในชุมชนเน้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยมีการพูดคุยปลอบใจ เปิดเทปสวดมนต์ หรือให้สวดมนต์ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและจากไปอย่างสงบ พร้อมทั้งดูแลเรื่องอาหาร ความสะอาดของที่อยู๋อาศัย และให้กำลังใจจากครอบครัว และคนในชุมชนอย่างใกล้ชิด ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A63 “...เวลาผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต ให้พูดปลอบใจ ให้เขาคลายกังวล แล้วก็เปิดสวดมนต์ให้ฟัง เพื่อให้ใจสงบ ไปอย่างสบาย ถ้าไม่มีคนดูแล คนป่วยก็จะรู้สึกน้อยใจ...” A78 “...ต้องไปคุยให้กำลังใจ เหมือนเป็นเพื่อน เปิดธรรมะให้ฟัง ใจเขาจะได้สงบ ไม่ทุกข์...” C51 “...อย่างพ่อที่เป็นโรคไตกับหัวใจ ก็ต้องดูแลตั้งแต่อาหาร ที่อยู่ ยา นัดหมอบ ดูแลมาตลอดจนท่านเสีย...” C66 “...ไปเยี่ยม ไปดูแล ให้กำลังใจ เปิดสวดมนต์จุดธูปไว้ให้ เขาจะได้รู้ว่ามีคนอยู่ด้วย...” และ C91 “...เปิดธรรมะให้ฟัง ไปดูแลใกล้ชิด ชวนญาติมาเยี่ยมครบ ๆ เพื่อให้คนป่วยรู้ว่ามีคนรักเขา...” เป็นต้น

4. ความต้องการและความคาดหวังในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องการให้เกิดขึ้นในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีความต้องการและคาดหวังด้านการดูแลสุขภาพหลายประการ โดยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) ความต้องการการเข้าถึงบริการสุขภาพใกล้บ้าน เช่น การมี รพ.สต. และ อสม. คอยดูแลติดตาม



(2) การมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายร่วมกันในชุมชน (3) การสนับสนุนจากภาครัฐหรือท้องถิ่น ทั้งด้านงบประมาณและสวัสดิการ (4) การได้รับอาหารเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ (5) ความต้องการด้านจิตใจ เช่น การได้รับกำลังใจและการเยี่ยมเยียนจากคนในครอบครัวและชุมชน (6) การจัดอบรมหรือถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และ (7) การมีเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งและยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุ ดังข้อมูล คำสัมภาษณ์ A15 “...อยากให้มีคนมาช่วยดูแลผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว เช่น อสม. หรือเพื่อนบ้านแวะมาเยี่ยมบ้าง ให้คำแนะนำเรื่องการกิน การออกกำลังกาย เพราะบางทีก็ไม่ว่างจะเริ่มยังไง...” C27 “...ถ้ามีโรงเรียนผู้สูงอายุบ่อย ๆ ทำกิจกรรมให้พวกเรารู้สึกไม่เหงา ได้ขยับร่างกาย ได้เพื่อนคุย จะได้ไม่เป็นโรคซึมเศร้า...” A48 “...ชอบตอนที่ชุมชนมีโครงการแจกข้าวสารหรือของกินให้ผู้ป่วยติดเตียง หรือคนไม่มีลูกหลานก็จะดีมาก เพราะบางคนไม่มีคนดูแลเลย...” C62 “...อยากให้มีคนมาให้ความรู้เรื่องสมุนไพรกับการดูแลตัวเอง เช่น กินอะไรถึงจะดี ไม่กินอะไรถึงจะไม่ป่วย โดยเฉพาะพวกโรคเรื้อรัง...” A71 “...ดีมากเลยตอนที่ทาง อบต. หรือเทศบาลช่วยสนับสนุนกิจกรรมสุขภาพ เช่น อุปกรณ์ออกกำลังกาย การอบรมสุขภาพ หรือจัดงมหมาทำกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุในหมู่บ้าน...” และ C86 “...อยากให้มีคนมาติดตามคนแก่ที่อยู่คนเดียวบ่อย ๆ บางคนไม่สบายก็ไม่มีใครรู้ ถ้ามีระบบดูแลแบบเป็นเครือข่ายก็จะอุ่นใจมากขึ้น...” เป็นต้น

5. บทบาทของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: การเสริมพลังเครือข่ายและความคาดหวังสู่การดูแลที่ยั่งยืน จากผลการวิจัยพบว่า ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุผ่านการมีส่วนร่วมของ อสม. ผู้นำชุมชน หน่วยงานท้องถิ่น และประชาชนทั่วไป โดยมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำด้านโภชนาการ และการออกกำลังกาย รวมถึงดูแลด้านจิตใจและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง หรือขาดการดูแลอย่างใกล้ชิด พร้อมกันนี้ยังมีการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในรูปแบบของกลุ่มอาสาสมัคร ชมรมผู้สูงอายุ และการเชื่อมโยงกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่ครอบคลุมและยั่งยืน นอกจากนี้ ยังสะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวังของชุมชนในการพัฒนาสวัสดิการ ช่องทางสื่อสารด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ดังนี้

5.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน: เมื่อบ้านกลายเป็นที่พักใจ และชุมชนต้องร่วมมือกันดูแล จากผลการวิจัยพบว่า ชุมชนกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี หลายคนใช้ชีวิตอยู่บ้าน ปลูกผัก เลี้ยงหลาน ไม่ค่อยออกไปไหน บางคนรู้สึกเหงา เครียด และอาจกลายเป็นภาวะซึมเศร้า การดูแลจึงไม่ใช่เรื่องของครอบครัวเท่านั้น แต่ต้องอาศัยพลังของชุมชน อสม. และผู้นำท้องถิ่นในการจัดการระบบดูแลร่วมกันอย่างยั่งยืน ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A7 “...คนแก่ในหมู่บ้านมีมากขึ้นทุกปี ต้องเตรียมตัวไว้ให้พร้อม...” A76 “...ผู้สูงอายุส่วนมากไม่ค่อยไปไหน อยู่บ้านทำอาหาร เลี้ยงหลาน ปลูกผัก ใกล้ชิดครอบครัว บางทีก็สอนหลานเรียน แต่ก็ต้องคอยเตือนให้เล่นเกมน้อยลง...” C89 “...ที่วัดมีโครงการปั่นโตความสุข อสม. ช่วยกันส่งข้าวเยี่ยมบ้าน คนแก่ที่อยู่คนเดียวจะได้ไม่เหงา ผู้ใหญ่บ้านก็ช่วยประสานงานดี...” C95 “...ผู้สูงอายุบางคนอยู่เงียบ ๆ ไม่มีใครคุย เหงา เครียด จนเป็นซึมเศร้า หรือสุดท้ายติดเตียง...” และ C96 “...ต่อไปคนแก่เยอะ ต้องมีคนช่วยดูแลเพิ่ม อย่างน้อยควรมีคนดูแล 1 คน ต่อผู้สูงอายุ 5 คน จะได้ดูแลได้ทั่วถึง...” เป็นต้น

5.2 ความต้องการการสนับสนุนจากชุมชน: เสียงสะท้อนของผู้สูงอายุเพื่อการดูแลที่ทั่วถึง จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุและคนในชุมชนต้องการให้มีการดูแลที่ครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะในด้านสวัสดิการ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งในรูปแบบของกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ การอบรมความรู้ และการลงพื้นที่ของบุคลากรด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A2 “...อยากให้สวัสดิการช่วยดูแลคนแก่ จะได้ไม่ลำบากตอนเจ็บป่วย...” A36 “...ถ้า อสม. มาช่วยดูแลบ้าง ทั้งเรื่องกิน



เรื่องยา แล้วเพื่อนบ้านช่วยกันบ้าง คนแก่ก็จะไม่เหงา...” A69 “...อบต.มีชมรมให้แล้ว แต่อยากให้มียุอุปกรณ์ ของใช้ และจัดอบรมให้คนแก่บ่อยๆ จะได้รู้วิธีดูแลตัวเอง...” C75 “...บางคนยังทำงานไหว ถ้าได้งบบมาช่วยก็จะมีรายได้จากงานเล็กๆ น้อยๆ อย่างทำน้ำยาล้างจาน ทำขนม ทำไม้กวาด...” และ C76 “...อยากให้หมอหรือเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านบ้าง เพราะบางคนออกไปไม่ไหว จะได้ช่วยดูอาการได้ทัน...” เป็นต้น

5.3 ความคาดหวังของผู้สูงอายุ: แนวทางการดูแลที่อยากเห็นในชุมชน จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีความคาดหวังที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการมีสวัสดิการจากภาครัฐที่ชัดเจน การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงและพึ่งพาตนเองได้ การมีผู้นำชุมชนและหน่วยงานเข้ามาเยี่ยมเยียนสม่ำเสมอ ตลอดจนการได้รับความเอาใจใส่จากครอบครัว ซึ่งล้วนเป็นสิ่งสำคัญต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในระยะยาว ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A22 “...อยากให้รัฐเพิ่มสวัสดิการคนแก่ จะได้มีกินมีใช้ ไม่ต้องพึ่งลูกหลานมาก...” A57 “...อยากให้ผู้สูงอายุแข็งแรง เดินเหินได้ ไม่ติดบ้าน ไม่ต้องนอนอยู่เฉยๆ...” C16 “...ถ้ามีผู้ใหญ่ในชุมชนหรือเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ่อยๆ คนแก่จะรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง...” C24 “...ดีที่สุดคือคนแก่พึ่งตัวเองได้ จะได้ไม่เป็นภาระลูกหลาน...” และ C28 “...ขอแค่ครอบครัวใส่ใจ ดูแลให้ถูกวิธี คนแก่ก็อยู่ได้อย่างมีความสุข...” เป็นต้น

5.4 การสื่อสารด้านสุขภาพในชุมชน: เสียงที่ผู้สูงอายุอยากได้ยิน จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุและคนในชุมชนต้องการให้มีการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง ผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่าย เช่น ไลน์กลุ่ม เสียงตามสาย หรือการประชุมหมู่บ้าน เพื่อให้คนในชุมชนรับรู้ข่าวสาร รู้เท่าทันโรค และสามารถดูแลตัวเองได้ดีขึ้น ทั้งยังช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าไม่ได้ถูกลืม ดังข้อมูลคำสัมภาษณ์ A18 “...อยากให้หมู่บ้านมีกลุ่มไลน์ไว้แจ้งข่าวสาร จะได้รู้เรื่องกันเร็วๆ...” A45 “...มีประชุมกันเรื่องอนามัยบ้างก็ดี จะได้รู้ว่าในหมู่บ้านมีปัญหาอะไร...” A57 “...ใช้ไลน์ ประชุมเดือนละครั้ง หรือเสียงตามสายจาก อบต. ก็ดี ช่วยบอกเรื่องสุขภาพ...” และ C64 “...อยากให้เอาความรู้สุขภาพมาเล่าให้ฟังบ่อยๆ คนในชุมชนจะได้รู้วิธีดูแลตัวเอง...” เป็นต้น

## ตอนที่ 2 ผลการศึกษาจากการสังเกตขณะดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก

จากการลงพื้นที่ศึกษาในชุมชนเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ครอบคลุม 3 อำเภอ ได้แก่ บางปะกง ศรีราชา และบ้านค่าย ผู้วิจัยใช้การสังเกตและสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในด้านพฤติกรรม การใช้บริการสุขภาพ และบริบทสังคมของชุมชน

ผลการสังเกตพบว่า สภาพแวดล้อมของชุมชนแตกต่างกันตามลักษณะกายภาพและเศรษฐกิจ บางพื้นที่ยังคงความเป็นชนบท บางพื้นที่ใกล้เมืองอุตสาหกรรม แต่ทุกพื้นที่ใช้ทรัพยากรท้องถิ่น เช่น สมุนไพร และการดูแลแบบดั้งเดิม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ เช่น เดิน ยืดเหยียด และกินอาหารพื้นบ้านที่ดีต่อสุขภาพ พร้อมทั้งพึ่งพา รพ.สต. และ อสม.

ครอบครัวมีบทบาทดูแลทั้งร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น ปรับบ้านให้ปลอดภัย ส่วน อสม. และผู้นำชุมชนช่วยเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภูมิปัญญาท้องถิ่นยังถูกใช้อย่างต่อเนื่อง เช่น การอยู่ไฟ การทำลูกประคบ และการดูแลสุขภาพจิตด้วยธรรมะหรือการให้กำลังใจ

ชุมชนมีเครือข่ายการดูแลผ่านผู้นำ อสม. และภาครัฐ มีระบบสื่อสาร เช่น ไลน์ เสียงตามสาย และประชุมประจำเดือน พร้อมพัฒนาโครงการ เช่น ปันโตความสุข และโรงเรียนผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัด เช่น ขาดอุปกรณ์บุคลากร และการเข้าถึงบริการเฉพาะทาง ชุมชนจึงคาดหวังการสนับสนุนจากภาครัฐ เพิ่มความรู้สุขภาพ และปรับโครงสร้างพื้นฐานให้เหมาะกับผู้สูงอายุมากขึ้น



## อภิปรายผล

1. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก: บทบาทของพฤติกรรมสุขภาพและการสนับสนุนจากชุมชน ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พบ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและการขาดกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการเคลื่อนไหวจำกัดหรือไม่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้การจัดการตนเองด้านสุขภาพยังต้องได้รับการสนับสนุนจากหน่วยบริการในชุมชนอย่างใกล้ชิด การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ยังคงอาศัยบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหลัก โดยให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าผู้สูงอายุบางรายมีแนวโน้มพึ่งพาตนเองสูง โดยเลือกซื้อยาสามัญรักษาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยด้วยตนเอง รวมถึงมีการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน เช่น รางจืดและฟ้าทะลายโจร ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของรูปแบบการดูแลสุขภาพและบทบาทของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ยังคงมีอยู่ในชุมชน

ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของสุขประเสริฐ ทับสี<sup>11</sup> ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองในระดับสูง โดยเฉพาะในด้านจิตใจและสังคม ทั้งนี้ความรู้รอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพยังมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น สถานภาพสมรส ตามผลการศึกษาของมณฑนา สุพรรณไพบุลย์ และคณะ<sup>6</sup> ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีความรอบรู้ในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตาม ความตระหนักรู้ในกลุ่มผู้ที่ไม่มโรคเรื้อรังกลับยังอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในเรื่องการป้องกันผ่านการเลือกบริโภคอาหารสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงช่องว่างสำคัญในการส่งเสริมการรับรู้ของกลุ่มประชากรนี้<sup>12-13</sup> ขณะเดียวกัน บทบาทของ อสม. ยังมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกับงานวิจัยของโอชามุ วาดานาเบ้ และคณะ<sup>14</sup> ที่ระบุว่าเครือข่ายอาสาสมัครในประเทศไทยมีความเข้มแข็ง และมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน ทั้งนี้ การบูรณาการการบริการสุขภาพเข้ากับการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นจะเป็นแนวทางสำคัญในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว โดยเฉพาะในพื้นที่ที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก: การบูรณาการแนวทางการดูแลตนเองและพลังเครือข่ายชุมชน จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกมีลักษณะเป็นองค์รวม โดยครอบคลุมแนวทางสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันอันตราย และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงวิถีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานระหว่างความรู้สมัยใหม่กับภูมิปัญญาท้องถิ่นภายใต้บริบทของชุมชน ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยเลือกบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ ออกกำลังกาย และปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น การจัดพื้นที่เดินหรือห้องน้ำให้เหมาะสมหากมีอาการเจ็บป่วยจะเข้ารับบริการที่ รพ.สต. หรือโรงพยาบาล พร้อมใช้แพทย์แผนไทย เช่น การนวด อบสมุนไพร ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก อสม. และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ การดำเนินชีวิตดังกล่าวสอดคล้องกับงานของแวนดาว พิมพ์พันธ์ดี และคณะ<sup>15</sup> ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุในเขต EEC มีความแข็งแกร่งในชีวิตผ่านการดูแลสุขภาพตนเองและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุเน้นการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสม ควบคู่กับการรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย โดย อสม. มีบทบาทสำคัญในการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และสนับสนุนสุขภาพจิตผ่านการพูดคุยให้กำลังใจ แนวทางนี้เชื่อมโยงกับแนวคิดของ ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา และคณะ<sup>16</sup> ที่ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชุมชนในเขต EEC ซึ่งส่งผลต่อความต้องการและการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุ การป้องกันอันตราย เช่น การติดตั้งราวจับ ป้องกันพื้นลื่น หรือการใช้ไม้เท้า ได้รับการส่งเสริมควบคู่กับคำแนะนำด้านสุขภาพโดยชุมชน



และ อสม. สะท้อนถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ซึ่งเป็นแนวคิดที่สนับสนุนแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดในการส่งเสริมสุขภาพและอายุยืนของผู้สูงอายุ ตามผลการศึกษาของ จุฑามาศ แหนจอน และคณะ<sup>17</sup> ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น โครงการชัชชทายสบายชีวา โรงเรียนผู้สูงอายุ และการแจกจ่ายอาหารให้ผู้ด้อยโอกาส โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ อสม. ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของเครือข่ายชุมชนในการร่วมขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนในพื้นที่ โดยสรุปการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกเป็นรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน และอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ไม่เพียงเป็นการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังเป็นแนวทางที่สะท้อนถึงการส่งเสริมพลังสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมในระดับชุมชนอีกด้วย

3. บทบาทของภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาวะในชุมชน ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงการใช้อนุปัญญาท้องถิ่นอย่างหลากหลายในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 5 ด้านสำคัญ ได้แก่ ภูมิปัญญาสุขภาพทั่วไป ภูมิปัญญาการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ภูมิปัญญาการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต และภูมิปัญญาการป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ โดยแต่ละด้านมีการใช้สมุนไพร พืชกรรมสุขภาพ และกิจกรรมดั้งเดิมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของท้องถิ่น เช่น การใช้พืชมะสมการบูร ว่านหางจระเข้ และฟ้าทะลายโจร บรรเทาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น การใช้ยางยืดหรือรำกระบองออกกำลังกาย การอยู่ไฟหลังคลอดด้วยกระโจมสมุนไพร การฟังธรรมะในกลุ่มผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต รวมถึงการพัฒนาอุปกรณ์ฟื้นฟูสุขภาพอย่างง่ายเพื่อลดค่าใช้จ่าย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของนักศึกษาอื่น เช่น งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่นำเสนอแนวทางการบริโภคผักพื้นบ้าน การรำพื้นบ้าน และดนตรีท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพ<sup>18</sup> รวมถึงงานวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาสุขภาวะของชุมชน<sup>19</sup> นอกจากนี้ ยังมีการสนับสนุนจากงานวิจัยที่เน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญา เช่น ทำถาดตัดตุน การนวดแผนไทย และการบริหารกล้ามเนื้อด้วยอุปกรณ์พื้นบ้าน<sup>20</sup> จากหลักฐานข้างต้น แสดงให้เห็นว่าภูมิปัญญาท้องถิ่นมีศักยภาพในการเป็นกลไกเสริมในการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานกับระบบสุขภาพที่เป็นทางการและได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับชุมชน และท้องถิ่นอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ควรมีการส่งเสริมการถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาให้กับคนรุ่นใหม่ และสนับสนุนการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อสร้างฐานข้อมูลภูมิปัญญาเชิงระบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในวงกว้าง

4. ความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ: การขับเคลื่อนผ่านภูมิปัญญา เครือข่าย และการสนับสนุนจากชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออกมีความต้องการและคาดหวังการดูแลสุขภาพจากทั้งครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานท้องถิ่นในหลายมิติ โดยเฉพาะการส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น การพัฒนาเครือข่ายการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนเชิงระบบจากภาครัฐและท้องถิ่น ประเด็นแรกคือ การส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งสะท้อนถึงความผูกพันของผู้สูงอายุกับอาหารพื้นบ้านที่มีคุณค่าทางโภชนาการและสรรพคุณทางยา เช่น ต้มยาปลาฉลามที่ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต แกงเสียงผักทองที่บำรุงร่างกาย และน้ำพริกปลาทุที่ส่งเสริมระบบขับถ่าย แนวทางนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ<sup>18</sup> ที่ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้วยสมุนไพร และการออกกำลังกายพื้นบ้านสามารถช่วยเสริมสร้างสุขภาวะของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ประเด็นที่สองคือ การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุคาดหวังให้มีระบบการดูแลที่เชื่อมโยงจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานรัฐอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของความร่วมมือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน งานวิจัยของ ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และ อนันตธิดา ปิ่นแก้ว<sup>21</sup> ระบุว่าเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุช่วยส่ง



เสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการดูแลที่เหมาะสม ประเด็นที่สามคือ การสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น โดยผู้สูงอายุต้องการให้ อบต. และ อสม. เข้ามามีบทบาทในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และการจัดกิจกรรมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดจากบุคลากรที่เข้าใจชุมชน ประเด็นที่สี่คือ การพัฒนาสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งผู้สูงอายุคาดหวังการสนับสนุนด้านงบประมาณ การฝึกอบรม และการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่ตอบโจทยความจำเป็นในชีวิตประจำวัน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเอง สุดท้ายคือการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ผ่านช่องทางที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น ไลน์ เสียงตามสาย หรือการประชุมประจำเดือน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันต่อเหตุการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา และคณะ<sup>22</sup> ที่เสนอให้มีการจัดการฐานข้อมูลอาหารท้องถิ่นและสมุนไพร เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพโดยรวมแล้ว ข้อมูลจากการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ความต้องการของผู้สูงอายุไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่การรักษาพยาบาล แต่ครอบคลุมถึงมิติของวัฒนธรรม วิถีชีวิต และระบบสนับสนุนที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งควรได้รับการออกแบบและพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน

## ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความดัน เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม โดยดูแลตนเองร่วมกับคำแนะนำจาก อสม. และ รพ.สต. แต่บางรายยังซื้อยารับประทานเองและใช้สมุนไพรพื้นบ้าน จึงมีข้อเสนอแนะให้ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนบทบาท อสม. ในการติดตามดูแล และพัฒนาช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพให้ปลอดภัย ครอบคลุม และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ
2. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองด้วยการกินอาหารครบ 5 หมู่ ออกกำลังกาย ปรับบ้านให้ปลอดภัย และฟื้นฟูสุขภาพด้วยวิธีพื้นบ้าน รวมถึงร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่รัฐสนับสนุน จึงมีข้อเสนอแนะให้ส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มที่เหมาะสมกับวัย เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือโครงการชัชชัช เพื่อเสริมสุขภาพและลดภาวะพึ่งพิง
3. จากผลการวิจัยพบว่า ชุมชนยังคงใช้ภูมิปัญญาดั้งเดิม เช่น สมุนไพร อบสมุนไพร อบอุ่นไฟ ออกกำลังกายพื้นบ้าน และกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและใจของผู้สูงอายุ จึงมีข้อเสนอแนะ ให้ส่งเสริมการอนุรักษ์และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นให้สอดคล้องกับแนวทางสาธารณสุขสมัยใหม่ โดยสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมสุขภาพจากฐานความรู้เดิม เพื่อเสริมการพึ่งพาตนเองและลดต้นทุนด้านสุขภาพ
4. จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงบริการสุขภาพ การมีสวัสดิการรองรับ การได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชน อาหารที่เหมาะสมกับวัย และข้อมูลสุขภาพที่เข้าใจง่ายและทันสมัย จึงมีข้อเสนอแนะ ให้พัฒนากลไกสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานท้องถิ่น ในการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสม และจัดระบบการสื่อสารสุขภาพผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่าย เช่น ไลน์ เสียงตามสาย หรือการประชุมหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

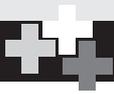
1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมในการส่งเสริมการมีส่วนร่วม



2. ประเมินประสิทธิภาพของสวัสดิการที่มีอยู่ ควรทำการวิจัยเพื่อประเมินว่าสวัสดิการและสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีอยู่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเพียงพอหรือไม่ และหาวิธีการปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น
3. สำรวจช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ควรศึกษาว่าช่องทางการสื่อสารใดที่ผู้สูงอายุในชุมชนเข้าถึงได้ง่ายและมีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อปรับปรุงการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพในอนาคต

## References

1. National Statistical Office. Report on the situation of the elderly in Thailand 2021. Bangkok: National Statistical Office; 2021. (in Thai)
2. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centered assessment and pathways in primary care [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>
3. Thamwong S. Analysis of Thailand's entry into the aging society: Challenges and development guidelines. *J Dev Econ.* 2022;29(1):20–40. (in Thai)
4. Kulpratipanya K, Arthamettakul W, Tasena Elter P, Saelu J, Pisaiphan P, Namwong A. Health situation of the elderly in Thai society. *East Univ Manag Technol J.* 2020;17(2):581–95. (in Thai)
5. Eastern Economic Corridor Office (EECO). Development plan for Eastern Economic Corridor. Bangkok: EECO [internet]. 2020 [cited on 2023 Oct 5]. Available from: <https://www.eeco.or.th>
6. Supanpaiboon M, Toomnoi N, Wanlan P. Health literacy of elderly with chronic diseases in the community. *North Health Acad J.* 2024;11(1):67–82. (in Thai)
7. Sukhodisai P, Maphut C, Kittiyanuson R. Leaders and leadership will have health of the elderly in the Eastern time. *J Educ Soc Dev.* 2014;10(1):90–102. (in Thai)
8. Sombunrattanachok T, Lomthaisong W. Comparison of quality of life of the elderly in the Eastern Special Development Zone. *Rampaipanni Res J.* 2020;14(2):12–22. (in Thai)
9. Ministry of Social Development and Human Security. Report on the social situation at the group level: Provinces of Chonburi, Rayong, Chanthaburi and Trat for the year 2018 [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 5]. Available from: <http://toso3.m-society.go.th/images/pdf/pdf2.pdf>
10. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):9–18. doi:10.1080/13814788.2017.1375091
11. Sukprasert T. Factors related to self-care behaviors of elderly in Kaeng Krachan District, Phetchaburi Province. *J Phetchaburi Rajabhat Nurs Coll.* 2020;3(1):14–30. (in Thai)
12. Piriyan P. Development of guidelines and models for proactive chronic disease management in elderly healthcare. *J Prim Care Fam Med Serv.* 2009;:13–20. (in Thai)
13. Tanvatanakul V, Saowakontha S, Amado J, Vicente C. Awareness of chronic diseases in the rapidly developing community of Chonburi, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2007;38(3):576–81. (in Thai)



14. Watanabe O, Chomphikul J, Mongkolchat A, Pimpisan N. The performance of village health volunteers in elderly care in Muang District, Nakhon Ratchasima, Thailand. *J Public Health Dev.* 2014;12(2): 3–15. (in Thai)
15. Pimphan Dee W, Tanwatanakul V, Rattanasatjatham K, Jaidee P. Component analysis of resilience in the lives of elderly in the Eastern Economic Corridor. *J Nurs Public Health Educ.* 2019;20(1): 77–89. (in Thai)
16. Puttaruksa L, Chaisena Dallas C, Laktong S. Perceptions of health problems and healthcare needs of elderly aligned with culture, beliefs, and ways of life in the Eastern Economic Corridor (EEC). *J Public Health Nurs.* 2023;33(2):150–64. (in Thai)
17. Nanchon J, Subywirapong W, Noimanob K, Julwanitpong T. Best practices for healthy aging: Perspectives of elderly with traditional handicraft wisdom in Panat Nikhom District. *R Thai Army Nurs J.* 2024;25(3):451–9. (in Thai)
18. Phongsakchat P, Malai C, Noisiphum N, Champathes M. Promoting health behaviors based on local wisdom. *R Thai Army Nurs J.* 2019;20(3):44–53. (in Thai)
19. Kanjanaksorn C, Phrommachan N, Dinteb H, Pipatsuriya A, Sri-oon T, Sornkasetrin A, Heetakson C. Application of local wisdom knowledge to develop community health by age groups of village health volunteers, Wiang Sa District, Surat Thani Province. *J Phetchaburi Rajabhat Nurs Coll.* 2018;1(2): 30–45. (in Thai)
20. Wongwatanasathien O, Thongsodsang K, Kittibunyakhun P, Kulthane S. Promoting elderly health care using Thai local wisdom in Waeng Nang Sub-district, Mueang District, Maha Sarakham Province. *Ratchaphruek J.* 2020;18(2):128–36. (in Thai)
21. Pongsaengpan P, Pinkaew A. The importance of support networks for the elderly in the community. *Burapha Univ Public Health J.* 2015;10(2):109–16. (in Thai)
22. Puttaraksa L, Lakkham O, Chunlawanichpong T, Bamrungcheep U, Supwiraparkorn W, Phosri P, Thepsathitphon S, Phanthong K, Ruangthip P. Creating a database of local food wisdom from the elderly in the Eastern Economic Corridor. *J Appl Arts.* 2021;15(2):1–18. (in Thai)



## Factors Related to Consumption Behaviors of Containing-cannabis Foods and Beverages Among High School Students in Ban Bueng District, Chonburi Province

Thidarat Inthapanya<sup>1</sup>, Nisakorn Krungkraipetch<sup>2</sup>, Pornnapa Homsin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Students of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner,  
Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

<sup>2</sup>Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

Correspondence author: Nisakorn Krungkraipetch; Email: nisakorn@buu.ac.th

Received: October 21, 2024 Revised: November 20, 2024 Accepted: November 28, 2024

### Abstract

The growing trend of cannabis legalization has sparked curiosity among adolescents to taste cannabis-infused foods and beverages. This correlational research aimed to investigate factors associated with the consumption of cannabis-infused foods and beverages. The sample consisted of 293 high school students in grades 10 to 12 during the 2023 academic year from Ban Bueng District, Chonburi Province, Thailand, selected through cluster sampling. The research instrument was an online questionnaire covering eight sections: personal information, attitudes toward cannabis-infused foods and beverages consumption, perceived risk of overdose from consuming such products, accessibility of cannabis-infused foods and beverages, parental acceptance, peer influence, media influence, and consumption behavior. All questionnaire sections demonstrated high internal consistency with Cronbach's alpha coefficients ranging from .82 to .98. Data were analyzed using point-biserial and Pearson correlation coefficients. The results indicated that the sample demonstrated a low level of consumption behavior for cannabis-infused foods and beverages (mean=19.03, SD=7.92). Statistically significant factors associated with consumption behavior included parental acceptance ( $r=.66$ ,  $p<.001$ ), attitude ( $r=.63$ ,  $p<.001$ ), academic performance ( $r=-.58$ ,  $p<.001$ ), perceived risk of overdose ( $r=.45$ ,  $p<.001$ ), peer influence ( $r=.43$ ,  $p<.001$ ), media influence ( $r=.30$ ,  $p<.001$ ), and accessibility ( $r=.13$ ,  $p<.05$ ). These findings can inform the development of prevention strategies and monitoring programs aimed at reducing cannabis-infused foods and beverages consumption among adolescents. Key interventions may include shaping adolescents' and families' attitudes towards recognizing the risks and consequences, as well as teaching refusal skills to resist peer pressure.

**Keywords:** adolescent behavior; cannabis consumption; PRECEDE-PROCEED model; risk behavior



## INTRODUCTION

Following Thailand's cannabis policy change in 2022, there has been an increase in cannabis-infused food and beverage products in the local market, raising concerns about accessibility to young consumers. For adolescents, this represents an enticing new trend, driven by ease of consumption, visual appeal, and societal popularity. According to a 2022 survey on cannabis-infused food and beverage consumption conducted by Thai YouGov Omnibus, 47% of consumers were aged 13–25 years (Generation Z), with similar consumption rates among males (54%) and females (44%).<sup>1</sup> Additionally, 16% of high school students reported consuming such products almost daily, particularly in urban areas with easy access to a variety of cannabis-infused products.<sup>2</sup> Ban Bueng District, Chonburi Province, has seen a rapid expansion in the availability of cannabis-infused foods and beverages, paralleling broader social trends. This area, undergoing industrial and economic development, as well as tourism growth, has witnessed increasing cannabis and substance use among youth. In 2021, Ban Bueng ranked seventh for cannabis and substance use among youth in Chonburi Province, with a prevalence rate of 45.36%, and rose to fourth place in 2022, with a rate of 58.49%, out of 11 districts.<sup>3</sup> Adolescents often begin experimenting with cannabis by consuming cannabis-infused foods and beverages<sup>4</sup>, which are considered a gateway to the use of other addictive substances, including alcohol and heroin.<sup>5</sup>

Adolescents are increasingly at risk of consuming large quantities of cannabis-infused foods and beverages, often exceeding the .2% threshold of tetrahydrocannabinol (THC) due to a lack of awareness regarding the amount of cannabis present in these products. Many cannabis-infused items do not clearly label their THC content, and the use of fresh leaves, flowers, or other parts of the cannabis plant in cooking can lead to varying levels of THC in different foods. Moreover, the method of preparation significantly affects the THC concentration. Since the effects of consuming cannabis-infused products typically take 30 minutes to 2 hours to manifest, adolescents may unknowingly consume excessive amounts, leading to unintentional overdose. THC can remain in the body for approximately 8 to 12 hours<sup>6</sup>, raising serious concerns. Within just one week of the cannabis legalization policy being implemented, 14 cases of pediatric and adolescent patients experiencing adverse effects from THC—after consuming cakes, brownies, cookies, jellies, homemade foods, and beverages—were reported.<sup>7</sup> The immediate impacts of THC consumption can impair consciousness, particularly when operating vehicles, increasing the risk of accidents by over 4 times.<sup>8</sup> Long-term effects on the adolescent brain and behavior include abnormal behavior such as aggression, paranoia, and violence, as well as deteriorating family relationships. Furthermore, adolescents are 2.9 times more likely to develop schizophrenia following heavy cannabis use.<sup>9</sup> The burden on the healthcare system has also grown, with over 300 million Baht in expenses dedicated to treating psychiatric patients affected by cannabis. This situation not only strains public health resources but also leads to the loss of valuable human capital, as the country risks losing a generation of high-quality adolescents who are essential to its future development.

A review of the literature reveals that both individual and environmental factors are associated with adolescents' consumption of cannabis-infused foods and beverages. Therefore, it is crucial to analyze the key



factors influencing such behaviors and utilize the findings to develop appropriate behavioral intervention plans. This aligns with the PRECEDE-PROCEED model by Green and Kreuter<sup>10</sup>, which posits that multiple factors contribute to individual behaviors. These include predisposing factors such as gender—female adolescents are reported to have a higher risk of consumption<sup>4</sup>, though male adolescents are also at significant risk.<sup>11</sup> Attitudes toward cannabis-infused foods and beverages, which can be both positive and negative<sup>4,12</sup>, also play a role. Furthermore, perceived risk of overdose is a critical factor, particularly when adolescents consume these products without checking labels, or when labels do not clearly indicate THC levels. This can lead to overconsumption within a single meal or day.<sup>4,12-13</sup> Enabling factors include access to cannabis-infused foods and beverages. High school students who consume such products often purchase them from peers or seniors at school, as these items are sold at low prices. Other sources of cannabis-infused products include convenience stores, online shops, and markets where ingredients for homemade cannabis-infused foods can be readily obtained.<sup>14</sup> Adolescents living within .5 km of cannabis product outlets are more likely to purchase these products.<sup>15</sup> Additionally, parental acceptance of cannabis consumption increases the risk among adolescents.<sup>14,16</sup> Reinforcing factors such as peer influence significantly heighten the likelihood of cannabis consumption.<sup>14,16</sup> Media, especially social media like Facebook, also plays a role in shaping adolescents' decisions, with both positive and negative information impacting their choices.<sup>14,17</sup>

Studies on adolescent cannabis consumption in Thailand remain limited, and most are descriptive in nature. The majority focus on individual factors such as intention and decision-making related to purchasing cannabis-infused foods and beverages, and these studies primarily target adult populations in Bangkok. As a result, they do not address the specific factors influencing adolescents, limiting the development of targeted prevention strategies for this age group.

This study examines the factors associated with cannabis-infused food and beverage consumption among high school students in Ban Bueng District, Chonburi Province. It uses the PRECEDE-PROCEED model as a conceptual framework, addressing internal and external factors. The predisposing factors include gender, academic performance, attitudes toward cannabis-infused foods and beverages, and perceived risk of overdose. The enabling factors include access to cannabis-infused products and parental acceptance, while reinforcing factors include peer influence and media exposure. The results of this study will provide valuable insights for public health professionals, particularly community nurses working in primary care settings. These professionals are responsible for providing care across all age groups, from individuals to families and communities, with a focus on disease prevention. A deep understanding of the factors driving adolescents' cannabis-infused food and beverage consumption will enable the development of early prevention strategies to mitigate health risks, promoting adolescent health and reducing preventable illnesses, disabilities, and mortality.



## OBJECTIVES

1. To examine the consumption behaviors of foods and beverages infused with cannabis among high school students in Ban Bueng District, Chonburi Province.
2. To analyze the relationship between various factors and the consumption behaviors of food and beverages infused with cannabis among high school students in Ban Bueng District, Chonburi Province.

## CONCEPTUAL FRAMEWORK

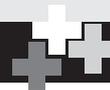
This study employed the PRECEDE-PROCEED model proposed by Green and Kreuter<sup>10</sup> as its conceptual framework. This model posits that individual behavior is influenced by a combination of internal and external factors, highlighting that the complexity of health-related behaviors among adolescents arises from multiple determinants rather than a single cause. The research specifically focused on the PRECEDE phase of the model, particularly step 3, which involves educational and ecological assessment. This approach facilitates the categorization of influential factors into three distinct groups: 1) Predisposing factors: These are intrinsic characteristics of individuals that motivate behavioral expression. They were demographic variables such as gender, academic performance, attitudes towards the consumption of cannabis-infused foods and beverages, and perceived risks associated with their overconsumption. 2) Enabling factors: These encompass resources and conditions that facilitate the manifestation of behaviors. Key enabling factors were included access to cannabis-infused foods and beverages, as well as parental acceptance of such consumption. 3) Reinforcing factors: These factors reflect the extent to which health behaviors are supported or reinforced, thereby influencing individual actions. Important reinforcing factors were peer influence and the impact of media. Through this framework, the study aimed to elucidate the various factors that shape the consumption behaviors of cannabis-infused foods and beverages among high school students.

## MATERIAL AND METHODS

This study employed a descriptive correlational design to investigate the relationships among predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors concerning the consumption behaviors of cannabis-infused foods and beverages among high school students in Ban Bueng District, Chonburi Province. Data collection was conducted from December 2023 to January 2024.

**Population:** The population for this study comprised high school students in grades 10 to 12 enrolled in government secondary schools under the jurisdiction of the Office of Secondary Education Zone 18, located in Ban Bueng District, Chonburi Province. The total population for the 2023 academic-year was 2,300 students.

**Sample:** The sample for this study comprised high school students in grades 10 to 12 who met the following inclusion criteria as well as ability to access the internet and complete the questionnaire via Google forms, and parental approval to participate in this study. The sample size was determined using G\*Power version 3.1, with a significance level (alpha) set at .05 (two-tailed), a power of .95, and a small effect size



of .20, in line with conventional standards for effect size in nursing research.<sup>18</sup> The initial calculation yielded a required sample size of 266 participants. To mitigate the risk of incomplete responses, the sample size was increased by 10%, resulting in an additional 27 participants. Consequently, the final sample size for this study was 293 participants.

**Sampling procedure:** The first step involved using simple random sampling to select two schools, with the selection based on school size, ensuring the representation of both medium-sized and large schools. Following this, classrooms were randomly selected using cluster random sampling, where each classroom was treated as a distinct cluster. All students within the selected classrooms were included as the sample for the study.

**Research Instruments:** The research instruments were developed through a comprehensive review of relevant literature and existing studies. The questionnaires were organized into eight sections, with the first section detailed as follows:

**Section 1 Personal Information:** This section assessed demographic data, including the following variables: gender, age, current grade level, academic performance, religion, daily allowance, sufficiency of income, parental marital status, individuals residing with the participant, and experiences related to the consumption of cannabis-infused foods and beverages within the past year. This section consisted of 11 items, employing both open-ended and multiple-choice question formats.

**Section 2 Attitudes Towards the Consumption of Cannabis-Infused Foods and Beverages:** This section assessed attitudes towards the consumption of cannabis-infused foods and beverages, encompassing three components: 1) Cognitive understanding, 2) Affective responses, and 3) Behavioral intentions. It consisted of 15 items, including 12 positively framed statements and 3 negatively framed statements. This questionnaire was measured using a 4-point Likert scale, ranging from “strongly disagree” to “strongly agree,” with scores ranging from 1 to 4. Higher scores reflected a more favorable attitude towards the consumption of cannabis-infused foods and beverages.

**Section 3 Perceived Risk of Overconsumption of Cannabis-Infused Foods and Beverages:** This section assessed the perceived risk associated with the overconsumption of cannabis-infused foods and beverages through a set of six items. This questionnaire was measured using a 4-point rating scale, ranging from “least” to “most.” Scores range from 1 to 4, with higher scores reflecting a heightened perception of risk concerning the overconsumption of cannabis-infused foods and beverages.

**Section 4 Access to Cannabis-Infused Foods and Beverages:** This section assessed the accessibility of cannabis-infused foods and beverages through a set of seven items. This questionnaire was measured using a 4-point rating scale, ranging from “very easy” to “very difficult.” Scores range from 1 to 4, with higher scores indicating greater accessibility to cannabis-infused foods and beverages.

**Section 5 Peer Influence on the Consumption of Cannabis-Infused Foods and Beverages:** This section assessed the influence of peers on the consumption of cannabis-infused foods and beverages through a set of five items. This questionnaire was measured using a 5-point rating scale, ranging from “not at all” to “extremely.” Scores range from 1 to 5, with higher scores reflecting a stronger peer influence



on the consumption behaviors related to cannabis-infused foods and beverages.

**Section 6 Parental Acceptance of the Consumption of Cannabis-Infused Foods and Beverages:**

This section assessed parental acceptance of the consumption of cannabis-infused foods and beverages through a set of five items. This questionnaire was measured using a 4-point rating scale, ranging from “not accepted” to “strongly accepted.” Higher scores indicate a greater level of parental acceptance regarding the consumption of cannabis-infused foods and beverages.

**Section 7 Influence of Media:** This section assessed the extent to which high school students receive information from various media sources, including television, newspapers, radio, and social media platforms (Facebook, Line, Instagram, TikTok, YouTube) regarding the consumption of cannabis-infused foods and beverages. It consisted of eight items assessing based on the frequency of exposure to such media. This questionnaire was measured using a 4-point rating scale, ranging from “never” to “always.” Higher scores indicated a greater influence of media on students.

**Section 8 Consumption Behavior of Cannabis-Infused Foods and Beverages:** This section examined the consumption behavior of cannabis-infused foods and beverages through a set of ten items. Responses are measured using a 5 point rating scale, ranging from “never” to “always.” Higher scores reflect more frequent consumption behaviors related to cannabis-infused foods and beverages. Consumption behavior levels were categorized as follows: 10–23 points (low), 24–37 points (moderate), and 38–50 points (high).

**Validity and Reliability of Research Instrument**

Five experts assessed content validity (CVI = .80–1.0) and reliability (.82–.98), and revisions were made based on their recommendations.

**Ethics Consideration**

This research study received ethical approval from Burapha University, with reference number IRB3-105/2566, on 2023 July 24. An information document was prepared for parents of participants who were minors to obtain permission for data collection. Upon receiving consent forms from the parents, the researcher introduced myself and explained the objectives, procedures, and duration of the data collection process to the participants. The participants were informed that they could withdraw from the study at any time without notifying the researcher, and that such withdrawal would not have any negative consequences for them or their parents. The presentation of research findings would be conducted in an aggregate manner.

**Data Analysis**

The analysis of personal data was conducted using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. To assess the relationships between the studied variables and the consumption behavior of cannabis-infused foods and beverages among high school students in Ban Bueng District, Chonburi Province, Pearson’s product-moment correlation coefficient were utilized. Additionally, Point-Biserial correlation was applied for the nominal variable, specifically gender.



## RESULTS

**1. Personal Data:** The sample comprised 293 participants, with an average age of 16.12 years (SD=.48, min=16, max=18). Among the participants, 54.3% had an average GPA of 3.33 (SD=.53, min=2.00, max=4.00) and received an average daily allowance of 111.85 Baht (SD= 49.18, min=25, max=400). Furthermore, 88.1% reported that their daily expenses were sufficient. The majority of the participants lived with both parents, with 60.4% residing with their mother and father. Additionally, 57.3% of the sample had experience consuming cannabis-infused foods and beverages within the past year, totaling 189 individuals, which represents 64.5%

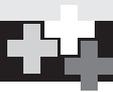
**2. Examined Factors:** The sample demonstrated a moderate average attitude score towards the consumption of cannabis-infused foods and beverages (mean=36.17, SD=8.86, min=15, max=52). The average perceived risk score for the overconsumption of cannabis-infused foods and beverages was also moderate (mean=13.92, SD=4.93, min=6, max=24). For enabling factors, the average access score to cannabis-infused foods and beverages was relatively high (mean = 18.49, SD=4.61, min=7, max=28). In contrast, the average score for parental acceptance was low (mean=8.68, SD=3.03, min=5, max=20). Regarding reinforcing factors, the average score for peer influence was low (mean=10.65, SD=5.17, min=5, max=25), as was the score for media influence (mean=16.10, SD=5.73, min=8, max=32)

**3. Consumption Behavior of Cannabis-Infused Foods and Beverages:** The majority of the sample exhibited low consumption behavior regarding cannabis-infused foods and beverages, with 71.7% classified in this category (mean=19.03, SD=7.92, min=10, max=47). However, it was noted that over 10% of the participants reported frequent or regular consumption of snacks/desserts and ready-to-drink beverages containing cannabis across nearly all types, as detailed in Tables 1 and 2.

**Table 1 :** Level of cannabis-infused foods and beverages consumption among high school students (n = 293)

Level (Score range)	n	%
Low (10-23)	210	71.70
Moderate (24-37)	78	26.60
High (38-50)	5	1.70

Note. Range=10-47; Mean=19.03; SD =7.92

**Table 2** : Frequency and percentage of participants classified by specific consumption behaviors of cannabis-infused foods and beverages (n = 293)

Consumption Behavior	Frequency n (%)					Mean	SD
	Regular	Often	Sometimes	Rarely	Never		
<b>Types of Foods</b>							
1. Boiled	1 (.34)	6 (2.05)	75 (25.60)	88 (30.03)	123 (41.98)	1.89	.88
2. Stir-fry	3 (1.02)	20 (6.83)	51 (17.41)	92 (31.40)	127 (43.34)	1.91	.98
3. Curry	3 (1.02)	12 (4.10)	68 (23.21)	86 (29.35)	124 (42.32)	1.92	.95
4. Fry	8 (2.73)	14 (4.78)	57 (19.45)	91 (31.06)	123 (41.98)	1.94	1.03
5. Cannabis leaves	5 (1.71)	17 (5.80)	47 (16.04)	68 (23.21)	156 (53.24)	1.80	1.02
6. Snacks and desserts	6 (2.05)	35(11.95)	67 (22.87)	65 (22.18)	120 (40.96)	2.12	1.14
<b>Types of Beverages</b>							
7. Pre-packaged drinking water	9 (3.07)	25 (8.53)	63 (21.50)	73 (24.91)	123 (41.98)	2.06	1.12
8. Pre-packaged fruit juice	7 (2.39)	21 (7.17)	57 (19.45)	73 (24.91)	135 (46.08)	1.95	1.08
9. Drinks from shop with known proportions	5 (1.71)	17 (5.80)	49 (16.72)	63 (21.50)	159 (54.27)	1.79	1.03
10. Drinks from shop with unknown proportions	4 (.37)	9 (3.07)	36 (12.29)	76 (25.94)	168 (57.34)	1.65	.91

**Table 3**: Correlation coefficients between the examined factors and consumption behavior of cannabis-infused foods and beverages among the sample group (n = 293)

Factors	r	p-value
Consumption behavior included parental acceptance	.66 **	<.001
Attitude	.63 **	<.001
Academic performance (GPA)	-.58 **	<.001
Perceived risk of overdose	.45 **	<.001
Peer influence	.43 **	<.001
Media influence	.30 **	<.001
Accessibility	.13 *	<.05
Gender <sup>a</sup>	.091	.12

<sup>a</sup>Analyzed using the Point-Biserial Correlation Coefficient.



As shown in Table 3, academic achievement demonstrated a significant negative correlation with consumption behavior ( $r = -.58$ ,  $p < .001$ ). Parental acceptance emerged as the strongest positive predictor ( $r = .66$ ,  $p < .001$ ), followed by attitudes toward consumption ( $r = .63$ ,  $p < .001$ ). Gender showed no significant correlation with consumption behavior.

## DISCUSSION

### 1. Cannabis-Infused Foods and Beverages Consumption Behavior Among High School Students in Ban Bueng District, Chonburi Province

The study found that 71.7% of the respondents exhibited low levels of cannabis-infused food and beverage consumption. This may be attributed to the education provided in schools about the risks and consequences of consuming cannabis-related products, which raises awareness among students. Additionally, the limited availability of cannabis-infused products near schools may also play a role in reducing consumption. This finding is consistent with some studies conducted by other researchers, such as Harrison et al.<sup>27</sup>, which found that an increased understanding of the effects of cannabis-infused product consumption among adolescents is associated with lower levels of use. Also, Palanisong<sup>22</sup> reported that 58% of high school students demonstrated a high level of behavior in preventing the consumption of cannabis-infused products.

However, over 10% of the respondents frequently consumed cannabis-infused snacks and beverages. This can be explained by the fact that the participants, being in their teenage years, are likely to be curious and eager to try new experiences and follow current social trends. This finding is consistent with some studies conducted by other researchers, such as Friese et al.<sup>14</sup>, which found that high school students frequently exchange or share cannabis-infused snacks and beverages, whether from peers or older students, in order to experience novel products. And, it was reported that 55% of adolescents consumed cannabis-infused snacks, while 32% consumed cannabis-infused beverages.<sup>26</sup>

These products are easy to obtain, especially through online stores, with 52.56% of the respondents purchasing them privately. The easy access to these products, coupled with their appealing appearance, likely contributed to their consumption. Students also reported purchasing these products from local markets and shops near their residences (38.23% and 35.15%, respectively).

### 2. Factors Associated with Cannabis-Infused Foods and Beverages Consumption Behavior

#### 2.1 Predisposing Factors

##### Attitude

A positive correlation was found between attitudes and consumption behavior. Attitudes, beliefs, values, and preferences are key predisposing factors that motivate behavior. A positive attitude toward cannabis consumption increases the likelihood of engaging in such behavior. More than 50% of respondents believed that consuming cannabis-infused products was safe and could enhance immunity, improve mood, or even increase social status, which aligns with studies by Watanathanakorn<sup>12</sup> and Thaksima et al.<sup>19</sup>, which also reported that attitudes influence the decision to purchase cannabis-infused beverages.



### **Academic Performance (GPA)**

A negative correlation was found between academic performance and cannabis consumption. Academic performance, as a measure of intellectual capacity, plays a crucial role in health-related decision-making. The students with higher academic achievement tend to think more critically and are better able to avoid risky behaviors. This finding is consistent with some studies conducted by other researchers, such as Worarun et al.<sup>20</sup>, which found that students with higher academic performance were better able to resist smoking. Similarly, Nanakorn<sup>21</sup> reported that students with a GPA below 3.5 were more likely to experiment with smoking compared to those with a GPA above 3.5

### **Perceived Risk of Overdose**

A positive correlation was found between perceived risk and consumption behavior. The students who perceived a higher risk of overconsuming cannabis-infused products were more likely to engage in such behavior. This can be attributed to their understanding of the potential dangers, which may paradoxically lead them to engage in risky behavior as a form of rebellion or experimentation. More than half of the respondents reported consuming cannabis-infused products without reading the label (59.39%) or being unaware of the cannabis content (51.85%). This finding aligns with the report of Libuy et al.<sup>16</sup>, who found that low perceived risk among Chilean adolescents influenced cannabis consumption, though it contrasts with Palanisong<sup>22</sup>, who found no influence of perceived risk on cannabis consumption among Thai high school students.

However, the results of this study indicate a positive correlation, which may be attributed to adolescents' own high consumption behaviors. Due to Chonburi being a popular tourist destination with a high economic turnover, it is likely to have more outlets and access points for cannabis-infused foods and beverages compared to Kamphaeng Phet. Consequently, adolescents in Chonburi may have a higher likelihood of engaging in consumption behaviors than their counterparts in Kamphaeng Phet.

As a result, adolescents perceive a higher risk of overconsuming cannabis-infused foods and beverages. The perceptions, beliefs, and expectations of adolescents regarding the likelihood of overconsuming cannabis-infused products vary depending on the individual.

## **2.2 Enabling Factors**

### **Access to Cannabis-Infused Products**

A positive correlation was found between ease of access and consumption behavior. The availability of cannabis-infused products in various forms and through multiple channels, such as cafes, online shops, and local markets; has made it easier for adolescents to purchase and consume these products. More than 70% of the respondents report that they can easily access to these products through online platforms, markets, and community stores. This finding aligns with the report of Sea-Lim<sup>23</sup>, who found that easier access to alcohol was associated with higher consumption among adolescents.

### **Parental Acceptance**

A positive correlation was also found between parental acceptance and consumption behavior. Parental attitudes and beliefs influence their children's behavior through modeling and reinforcement.<sup>24</sup> The



finding in this study indicates that students whose parents are more accepting of cannabis-infused products are more likely to consume them. This finding aligns with the report of Libuy et al.<sup>16</sup>, who found that students whose parents allowed cannabis consumption were eight times more likely to consume cannabis-infused products than those whose parents did not.

### **2.3 Reinforcing Factors**

#### **Peer Influence**

A positive correlation was found between peer influence and consumption behavior. Adolescents are highly susceptible to peer pressure, and many find it difficult to refuse when encouraged by friends to engage in risky behaviors.<sup>25</sup> Peer influence, particularly through teasing, sharing, and encouraging consumption, was a significant factor in this study, with 8.19% of respondents reporting that they were influenced by peers to consume cannabis-infused products.

This finding aligns with the report of Libuy et al.<sup>16</sup>, who found that peer pressure increased the likelihood of cannabis consumption sixfold.

#### **Media Influence**

A positive correlation was found between media influence and consumption behavior. The widespread availability of digital media, particularly platforms like TikTok and Facebook, has a significant impact on adolescents. Over 50% of the respondents reported exposure to cannabis-related advertisements or behaviors on social media. This finding aligns with the reports of Watanathanakorn<sup>12</sup> and Kelleghan<sup>17</sup>, who found that frequent use of digital media was associated with an increased likelihood of cannabis product use among adolescents.

### **3. Factors Not Associated with Cannabis Consumption**

Gender was not found to be associated with cannabis consumption behavior. This may be due to the fact that Generation Z is more accepting of gender equality and diversity. Both male and female students exhibited similar consumption patterns, which aligns with the findings of Watanathanakorn<sup>12</sup> and Thaksima et al.<sup>19</sup>, who found no significant gender differences in the decision to purchase cannabis-infused products.

In conclusion, the results in this study reveal the important factors related to consumption of cannabis-infused in foods and beverages among high school students, which can lead to effective interventions to address the associated risks in the current situations.

## **RECOMMENDATION**

### **1. Recommendations for Utilizing Research Findings**

This study provides valuable insights for community practice nurses, educators, and families in developing targeted interventions aimed at preventing the consumption of cannabis-infused food and beverages among high school students. Key strategies include fostering accurate attitudes through educational programs that emphasize the risks associated with such consumption, equipping students with the necessary skills to resist



peer pressure, and utilizing media platforms such as Facebook, YouTube, and TikTok to effectively engage adolescents. This approach will contribute to enhancing media literacy and empower students to make informed decisions regarding media consumption. Furthermore, it is crucial to raise awareness among parents about the importance of adopting a stance of non-acceptance towards the consumption of these products, which will serve to reinforce these preventive efforts.

## 2. Suggestions for Future Research

### 2.1 Future Research

Future research should explore the consumption behaviors of cannabis-infused foods and beverages among other adolescent groups, such as vocational students, learners in non-formal education (NFE), and youth outside the formal education system. Differences in context and circumstances may influence associated behaviors and factors.

### 2.2 Effectiveness of Preventive Programs

Future research should evaluate the effectiveness of prevention programs aimed at reducing the consumption of cannabis-infused foods and beverages among adolescents. These programs should focus on key areas, such as fostering positive attitudes toward cannabis use, increasing risk awareness, enhancing peer refusal skills, and promoting parental involvement. Assessing these factors will help identify effective strategies to reduce consumption and contribute to the development of evidence-based interventions that protect adolescent health.

## REFERENCES

1. Thai YouGov Omnibus. Marijuana merchandise: 2022 [internet]. 2022 [cited 2023 May 6]. Available from: <https://business.yougov.com/content/41588-cannabis-marijuana-ganja-thai-consumers-interest>
2. National Institute on Drug Abuse. Cannabis (Marijuana) Research Report [internet]. 2022 [cited 2022 July 3]. Available from: <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/marijuana/letter-director>
3. National drug treatment and rehabilitation information system. Data on drug treatment and rehabilitation for children and youth in Ban Bueng district [internet]. 2022 [cited 2022 December 20]. Available from: [https://antidrugnew.moph.go.th/ Identity/STS/ Forms/ Account/Login.\(in Thai\)](https://antidrugnew.moph.go.th/Identity/STS/Forms/Account/Login.(in Thai))
4. Friese B, Slater MD, Battle RS. Use of Marijuana Edibles by Adolescents in California. *The journal of primary prevention* 2017;38(3):279-94.
5. Hall W. *The Health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use*: World Health Organization; 2016.
6. Drug free kids Canada organization. Cannabis talk kit know how to talk with your teen [internet]. 2018 [cited 2023 March 4]. Available from: <https://www.drugfreekidscanada.org/prevention/drug-spotlights/cannabis>



7. *Royal College of Pediatrics and Child Health of Thailand, Pediatric Society of Thailand. Report on pediatric patients with cannabis-related symptoms [Internet]. 2022 [cited 2022 August 30]. Available from: <https://www.thaipediatrics.org/>(in Thai)*
8. Asbridge M, Mann R, Cusimano MD, Trayling C, Roerecke M, Tallon JM, et al. Cannabis and traffic collision risk: findings from a case-crossover study of injured drivers presenting to emergency departments. *International journal of public health* 2014;59(2):395-404.
9. Lev-Ran S, Roerecke M, Le Foll B, George TP, McKenzie K, Rehm J. The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological medicine* 2014;44(4):797-10.
10. Green LW, Kreuter MW. *Health program planning: an educational and ecological approach*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005
11. Ter Bogt, De Looze M, Molcho M, Godeau E, Hublet A, Kokkevi A, et al. Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use A 30 country cross-national study. *Addiction* 2014;109(2):273-83.
12. Watanathanakorn C. *Factors influencing consumer purchasing decisions for cannabis-infused beverages in Bangkok [Master's thesis]. 2021(in Thai)*
13. Leos-Toro C, Fong GT, Meyer SB, Hammond D. Cannabis health knowledge and risk perceptions among Canadian youth and young adults. *Harm reduction journal* 2020; 17(1):117-20.
14. Friese B, Slater MD, Annechino R, Battle RS. *Teen Use of Marijuana Edibles: A Focus Group Study of an Emerging Issue. The journal of primary prevention* 2016;37(3):303-309.
15. Kepple NJ, Freisthler B. *Place over traits purchasing edibles from medical marijuana dispensaries in Los Angeles, CA. Addictive behaviors* 2017;73(2):1-3.
16. Libuy N, Ibanez C, Mundt AP. *Factors related to an increase of cannabis use among adolescents in Chile: National school based surveys between 2003 and 2017. Addictive behaviors* 2020;11(5): 106-16.
17. Kelleghan AR, Sofis MJ, Budney A, Ceasar R, Leventhal AM. *Associations of cannabis product source and subsequent cannabis use among adolescents. Drug and Alcohol Dependence* 2022;233(5): 109-17.
18. Polit D, Hungler B. *Textbook of nursing research principles and methods: Lippincott publications; 1999.*
19. Thaksima T. *Factors influencing consumer purchasing decisions for cannabis-infused food products in Bangkok. Romphuk* 2023;41(1):107-28.(in Thai)
20. Worarun O, Kajornchaikul P, Phruetthiphinyo C, Tejapoonsermsak P, Pitikulthang S. *Factors associated with self-control in smoking behavior among high school students in Suphanburi Province. Burapha Health* 2017;12(2):75-85.(in Thai)



21. Nanakorn U. A study of factors associated with smoking experimentation among high school students at Chonratsadonumrung School, Chonburi Province [internet]. 2020 [cited 2022 July 23]. Available from: [https://www.kroobannok.com/news\\_file/p32224381231.pdf](https://www.kroobannok.com/news_file/p32224381231.pdf)(in Thai)
22. Palanisong M. Predictive factors of behavior in preventing the consumption of cannabis-infused products among upper secondary school students under the Kamphaeng Phet Secondary Educational Service Area Office. Kamphaeng Phet Provincial Public Health Office; 2023. (in Thai)
23. Sea-Lim S, Mu-Phayak K, Suwannarup N. Factors associated with alcohol consumption behavior among adolescents. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2017;37(3):25-36. (in Thai)
24. Phaewathana A, Euanmaneekul N, Lakampan S. Prevention of risk behaviors in adolescents: concepts and multi-level management. Bangkok: Danek Interporation; 2017.(in Thai)
25. Rudatsikira E, Abdo A, Muula AS. Prevalence and determinants of adolescent tobacco smoking in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Public Health*. 2007;7:176. doi: 10.1186/1471-2458-7-176.
26. Government of Canada. Canadian cannabis survey 2017. [internet]. 2017 [cited 2023 May 13]. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/drugs-health-products/canadian-cannabis-survey-2017-summary.html>
27. Harrison ME. adolescents' cannabis knowledge and risk perception: a systematic review. *Journal of Adolescent Health*. 2024;74(3):402-40.