



วารสารวิชาการและการพยาบาล  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช  
The Academic and Nursing Journal of Boromrajnari College of Nursing Chakirraj

**Vol.5 No.1**  
**January-June**  
**2025**

ISSN: 2985-1203 ONLINE  
ISSN: 2730-3993 PRINT

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช  
The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ หรือบทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่แสดงถึงประโยชน์ทั้งเชิงทฤษฎี และประโยชน์ในเชิงปฏิบัติการ เป็นเอกสารทางวิชาการที่สามารถใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้ ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อนำเสนอบทความทางวิชาการ บทความวิจัยที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเนื้อหาด้านวิชาการ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดการวิจัยหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในเชิงปฏิบัติได้
2. เพื่อเป็นสื่อกลางเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวกับ การศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อเป็นเอกสารทางวิชาการ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับ วิจัยค้นคว้า ทางด้านวิชาการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถ ใช้เป็นแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้

**Objectives**

1. To present quality research articles covering academic, educational, nursing, public health and related sciences that show theoretical benefits. and benefits in practice
2. To serves as an exchange for sharing academic and research papers related to education and nursing.
3. To be an academic document That provides knowledge about academic and nursing research that can be used as a reliable reference.

**กำหนดการออกวารสาร:** ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม - มิถุนายน กรกฎาคม - ธันวาคม

**สำนักงาน:** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช  
99 หมู่ 3 ต.ลาดบัวขาว อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110  
โทรศัพท์ 032-330479 – 82 โทรสาร 032-330483  
Website: www.ckr.ac.th

**Publish:** each 6 months (2 per year)

January – June, July – December

**Office:** Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj  
99 Moo 3 Ladbuakhaw sub-district, Banpong district,  
Ratchaburi Province 70110 Tel. 032-330479-82,  
Fax. 032-330483, Website: www.ckr.ac.th

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช (ISSN: 2730-3993 Print; 2985-1203 Online) เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการ พิจารณา (Peer reviewers) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลายสาขา จากสถาบันต่างๆ ในการพิจารณาตรวจคุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการพิมพ์ อย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสาร ฯ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน วารสารวิชาการวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช หรือคณะกรรมการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล  
บรมราชชนนี จักรีราช

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2568

ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.คมวิวัฒน์ รุ่งเรือง

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

บรรณาธิการหลัก

ผศ.ดร.พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

บรรณาธิการ

ผศ.พลอยประกาย ฉลาดล้ำ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.นันทิยา วัฒนาย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผศ.ดร.พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

ผศ.ดร.พิมพ์สุภาว จันทนะโสถ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

(เกษียณอายุราชการ)

ผศ.ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์

ผศ.ดร.มุกข์ดา ผดุงงาม

คณะพยาบาลศาสตร์ และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

อ.ดร.ดวงแก้ว เตชะกาญจนเวช

วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์

อ.ดร.จรัสศรี เพ็ชรคง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช (เกษียณอายุราชการ)

อ.ดร.วัลลภ นาคศรีสังข์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

อ.ดร.กัญจน์อมล ปานแก้ว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

ฝ่ายจัดการวารสาร

ผศ.ดร.รุจา แก้วเมืองฝาง

นางสาวปยุณนุช เมธาบวรนนท์

นางสาวพรประภา สุขผล

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

โรงพิมพ์ส.พันธ์เพ็ญ

552/1 ถนนธนสาร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ สุรินทร์ 32000

The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani  
College of Nursing, Chakriraj

Vol.5 No.1 January -June 2025

CONSULTANTS

Komwat Rungruang, Ed.D. RN (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

CHIEF EDITOR

Phimlada Anansirikasem, Ed.D. RN. (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

EDITOR

Ployprakay Chalardlon M.N.S., RN. (Asst. Prof.)

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

EDITORIAL BOARD

Acharaporn Seeherunwong PhD, RN (Assoc. Prof.)

Faculty of Nursing, Mahidol University

Nantiya Watthayu Ph.D.,RN. (Assoc.Prof.)

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Peeranan Jirayingmongkhol, Ed.D. RN. (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, North Bangkok University

Pimsupa Chandanasotthi PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing, Nakhonpathom Rajabhat University (retire)

Anchaleeporn Amatayakul PhD, RN (Asst. Prof.)

Princess Agrarajakumari College of Nursing, Chulabhorn Royal

Academy

Mukda Phadungyam PhD, RN (Asst. Prof.)

Faculty of Nursing and Allied Health Science Phetchaburi Rajabhat

University

Duangkaew Dejakanchanavej PhD, RN

Princess Agrarajakumari College of Nursing, Chulabhorn Royal Academy

Jaratsri Petchkong PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj (retire)

Wantanee Naksrisang PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Kanamon Pankaew PhD, RN

Boromarajonani college of nursing, Chakriraj

Management Team

Ruja Kaeomaungfang PhD, RN (Asst. Prof.)

Pornprapa Sukpol B.A. (Marketing)

Punyanuch Metabavonnun B.A. (English)

OWNERSHIP

Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

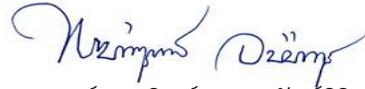
S. Phanphen Printing House:

552/1 Thanasarn Road, Nai Mueang Subdistrict, Mueang Surin District, Surin 32000

## บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ ท่านผู้อ่านวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (ISSN: 2985-1203) ท่านสามารถพิมพ์ได้ทุกหน้า บทความวิจัยมีเนื้อหาที่หลากหลายและได้รับการพิจารณากลั่นกรอง บทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (double blind) จำนวน 11 บทความ วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช เป็นวารสารระดับชาติ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI กลุ่ม 2 สาขา วิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences) ผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 พ.ศ. 2568-2572 เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2568 โดยมีข้อความดังนี้ “ตามที่ท่านได้ส่งข้อมูล มาให้ศูนย์ดัชนีวารสารไทย (ศูนย์TCI) เพื่อดำเนินการพิจารณาคุณภาพวารสารเพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI และจัดกลุ่มคุณภาพวารสารประจำปี พ.ศ. 2567 นั้น บัดนี้ศูนย์ TCI ได้ทำการประเมินคุณภาพวารสารของท่านเสร็จเรียบร้อยแล้ว ซึ่งทางวารสารของท่านได้ถูกจัดให้เป็น วารสารกลุ่มที่ 2 ในการนี้ ศูนย์ TCI ได้ให้การรับรองคุณภาพวารสาร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572”

ทั้งนี้ เพื่อคุณภาพของวารสาร ทางวารสารมีความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพวารสารให้มีคุณภาพทางด้านองค์ความรู้ใหม่ เพื่อเป็นแหล่งสืบค้นข้อมูลให้กับผู้อ่าน เป็นการพัฒนาศักยภาพด้านวิชาการให้กับบุคลากรสายสุขภาพต่อไป



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

## สารบัญ

### บทความวิจัย

- E002371 ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม  
*Results of the program to enhance knowledge and ability to assess stroke symptoms in elderly people with hypertension, Amphawa District, Samut Songkhram Province*  
ณิชาภัทร ปีติภาพ
- E002458 ประสิทธิภาพโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุปวดหัวเข่า อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม  
*Effectiveness of self-management program for fall prevention among elderly people with knee pain, Mueang District, Nakhon Pathom Province*  
รัตนาภรณ์ เฉลิมเกียรติ, สุธาสินี เอกชยุตวรพงศ์
- E002465 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา  
*Development of a model for promoting exercise among the elderly in Songklong Subdistrict Health Promotion Hospital, Bangpakong District, Chachoengsao Province*  
พรวิจิตร ปานนาค
- E002466 ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมะการักษ์  
*The effectiveness of health education program on knowledge caregivers of stroke patients in the Female Medical Ward at Makarak Hospital*  
นิตาชล ลำแดงเดช
- E002491 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมะการักษ์  
*Effectiveness of a knowledge and behavior promotion program for parents in promoting the development of children at risk aged 0-2 years in Makarak Hospital*  
ธิดา ปรีชาวิทยาพละ
- E002976 ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านนา อำเภอแก่ง จังหวัดระยอง  
*The effects of a health promotion program on stroke prevention behaviors and the reduction of stroke risk among high-risk individuals in Ban Na Subdistrict, Klaeng District, Rayong Province*  
ชนมณีภาภัทร สันทัสนะโชค

## สารบัญ (ต่อ)

### บทความวิจัย

- E003076      การจัดการเรียนการสอน เจตคติ พฤติกรรมในการเรียนและการรับรู้สมรรถนะในการใช้  
ภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์  
*Teaching management, attitudes, learning behaviors, and perceived  
competence in English language use among nursing students at Boromarajonani  
College of Nursing, Surin*  
วนิดา บุญสุข, วรณช ศรีพัฒ, วรณนิภา พรหมนุช, วราภรณ์ ใจศีล, วันวรรณทร์ สิงห์บัวขาว,  
วิจิตรา ประดับวงศ์, วิภาดา วิมตกุล, อาภัสรา บุญแต่ง, ครินยา พลสิงห์ชาญ\*
- E003094      ผลของการใช้นวัตกรรมเสื้อกึ่งสร้างสุขต่อระดับความสุขสบายของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย  
พยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก  
*The effect of happiness vest innovation on comfort levels among nursing students at  
Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Phitsanulok*  
จิตติพร ศรีชะเกต, รุติกานต์ อุปนันท์, ญาณัจฉรา เจริญสุข, อาทิตยา แสนแยง, ช่อชมพู วัฒนกุลชัย  
พิมพ์ชนก บุญส่ง, พรรณวสา สุขขัง
- E003098      ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านนา  
อำเภอแกลง จังหวัดระยอง  
*Factors related to health promotion behavior of the elderly in Ban Na  
Subdistrict, Klaeng District, Rayong Province*  
ชนมณีภาภภัทร ล้นทัสนะโชค
- E003142      การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์  
โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย  
*Development of a Care Model for patients with cancer undergoing  
chemotherapy using the LINE Application at SrisangwornSukhothai Hospital*  
กิจจา อ่วมแก้ว, เรืองฤทธิ์ ทองอยู่, เกตุ ชูพันธ์
- E003147      ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารกับ  
ผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว  
*The effectiveness of implementing ethical practices guideline for psychiatric  
nurses in communicating with clients with aggressive behavior*  
ต้นติมา ดั่งโยธา, กมลพร แพทย์ชีพ, เยาวลักษณ์ พนิตอังกูร

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และความสามารถในการประเมินอาการ  
โรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง  
อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

Results of the program to enhance knowledge and ability to assess  
stroke symptoms in elderly people with hypertension,  
Amphawa District, Samut Songkhram Province

ณิชภาพิธิภพ\*

Nichapat Peetipob\*

โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

\*Amphawa Hospital, Samut Songkhram Province

Corresponding author: Nichapat Peetipob; Email: nichapat270@gmail.com

Received: November 7, 2024; Revised: March 6, 2025; Accepted: March 31, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแควอ้อม และตำบลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ และความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบทดสอบความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และ 4) แบบประเมินความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Wilcoxon Signed Ranks test

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างความรู้, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the knowledge of stroke and the ability to assess stroke symptoms among elderly people with hypertension. The samples consisted of 50 elderly people with hypertension from Kwaeom and Amphawa sub-districts in Samut Songkhram Province. The research tools were 1) a program to enhance knowledge and ability to assess stroke symptoms, 2) a personal information recording form, 3) a stroke knowledge test, and 4) an assessment form for evaluating stroke symptoms. The content validity was verified by three experts, yielding a content validity index of 1.00. The Cronbach's alpha coefficient was .80. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Signed Ranks test.

The research results found that the average stroke knowledge scores before and after participating in the program were significantly different ( $p < .001$ ). Similarly, the average scores for the ability to assess stroke symptoms before and after participating in the program also showed a statistically significant difference ( $p < .001$ ).

**Keywords:** knowledge enhancement program, stroke, elderly people with hypertension

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองหรือที่เรียกกันว่า “อัมพฤกษ์ อัมพาต” หรือทางการแพทย์เรียกว่า “Stroke” คือ ภาวะที่เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ทำให้ขัดขวางการนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำงานที่จนเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงถึงขั้นเสียชีวิต และแม้ว่าจะไม่เสียชีวิตแต่อาจทำให้เกิดความพิการระยะยาว ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม โรคหลอดเลือดสมองแบบเฉียบพลัน มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนหรือขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบาก เดินเซ ปวดศีรษะมาก ตามัวมองเห็นไม่ชัด โดยอาการเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด การรักษาที่มีการศึกษายืนยันว่าได้ผลดีชัดเจน คือการให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA (recombinant tissue plasminogen alteplase) ต้องเข้าร่วมยาอย่างรวดเร็วภายในเวลา 270 นาที ภายหลังเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง<sup>1</sup> ดังนั้นระบบการแพทย์ทั่วโลกจึงพัฒนาระบบบริการ เพื่อลดขั้นตอนต่าง ๆ ในการลดความรุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยเรียกช่องทางด่วนนี้ว่า “stroke fast track”

สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2560-2564 เท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ต่อแสนประชากรตามลำดับ<sup>2</sup> โดยในปี พ.ศ. 2563 พบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69.00) โรคหลอดเลือดสมองจึงนับเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ความเจ็บป่วยมีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเกิดในวัยผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่พบมาก รองจากภาวะหัวใจขาดเลือด เนื่องจากสารที่อยู่ภายในร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง และความเสื่อมของอวัยวะเกิดขึ้น จึงทำให้หลอดเลือดแตกแข็งและสูญเสียความยืดหยุ่น (atherosclerosis) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้<sup>3</sup>

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร พบว่าประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2568 โดยจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน ทำให้อัตราประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้น

ถึงประมาณร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งหมด<sup>4</sup> โดยผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ มีอัตราการเกิดโรคเรื้อรังเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก ที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลกถึง 7.5 ล้านคน ซึ่งสองในสามของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี<sup>5</sup> องค์การอนามัยโรครายงานว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง และยังเป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง<sup>6</sup>

ในปี พ.ศ. 2566 อำเภออัมพวา มีผู้สูงอายุ จำนวน 11,961 คน พบผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในโรงพยาบาลอัมพวา จำนวน 2,917 คน คิดเป็นร้อยละ 24.38 โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองถึง ร้อยละ 74.02 ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ภายในเวลา 3 ชั่วโมง ครึ่งหลังเกิดอาการ acute stroke เพียงร้อยละ 60.00 โดยสาเหตุที่เข้ารับการรักษาล่าช้า ได้แก่ 1) ขาดความรู้ และความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 98.55 ส่งผลให้รับการรักษาล่าช้า 2) ลักษณะการกำเริบของโรคจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป จึงทำให้เกิดความล่าช้าต่อการเข้าถึง stroke fast tract ทำให้เสียโอกาสในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด<sup>7</sup> ส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ขาดช่องทางการหาข้อมูล ทำให้ไม่ได้รับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ยังเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้และการจดจำข้อมูล ทำให้เกิดการหลงลืมเมื่อจำเป็นต้องนำมาใช้<sup>6</sup>

การเสริมสร้างความรู้และความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นสิ่งจำเป็นเมื่อเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง สามารถเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลทันภายใน 3 ชั่วโมงครึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างเกิดประสิทธิภาพที่ดีในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง จาก การทบทวนวรรณกรรม พบว่าทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ<sup>8</sup> (Kolb's experiential learning theory) เป็นกระบวนการสร้างความรู้และทักษะจากการทบทวนประสบการณ์เดิมมาตกผลึกความคิดเพื่อให้ได้รับรู้ถึงความรู้ใหม่ที่ได้รับและนำไปปรับใช้ตัวเอง ประกอบด้วย 1. ประสบการณ์ตรง (concrete experience) 2. การสังเกตและสะท้อนคิด (reflective observation) 3. การสร้างแนวคิดเชิงนามธรรม (abstract conceptualization) 4. การทดลองปฏิบัติจริง (active experimentation) ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามี การนำทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ โคลบมาใช้ในการศึกษาการฝึกทักษะการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า อสม. มีความรู้และทักษะการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น<sup>9</sup>

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลอัมพวา ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาล่าช้า ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต ในเขตพื้นที่อำเภออัมพวา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ<sup>8</sup> เพื่อเป็นแนวทางในการ ให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ลดอัตราการป่วย ความพิการ และการเสียชีวิต

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรม ฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

### ขอบเขตการวิจัย

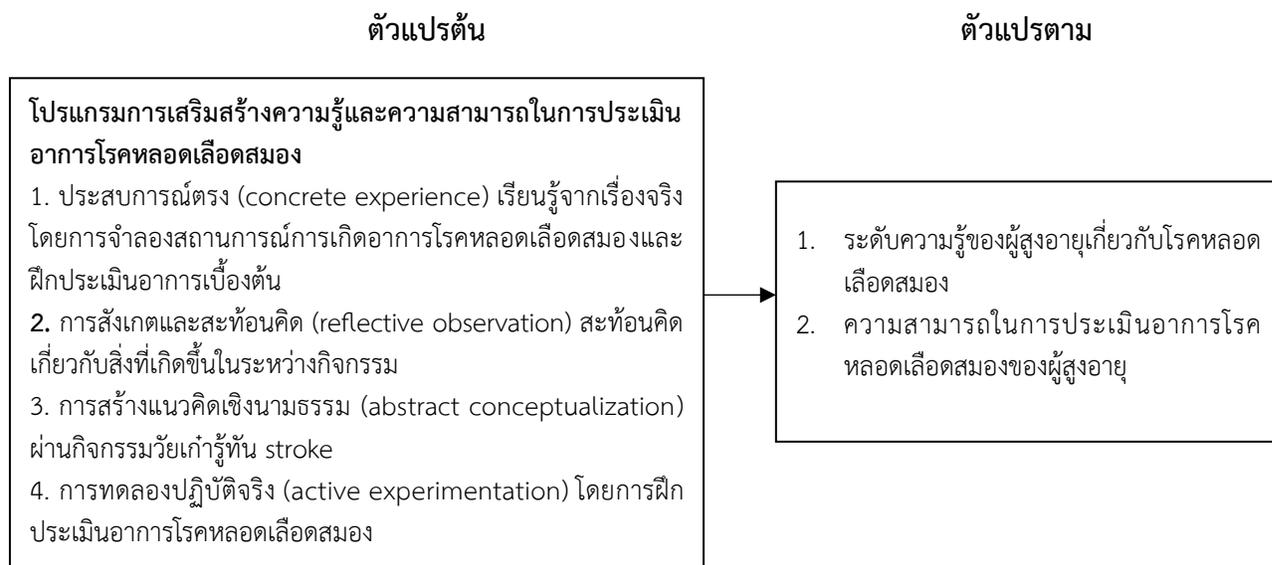
**ขอบเขตด้านประชากร** คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาในโรงพยาบาลอัมพา มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภออัมพา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 50 คน

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** แปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ และความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแปรตาม คือ ระดับความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

**ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่** ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 - ตุลาคม พ.ศ. 2567 ณ โรงพยาบาลอัมพา อำเภออัมพา จังหวัดสมุทรสงคราม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ์<sup>8</sup> (Kolb's experiential learning theory) ประกอบด้วย 1. ประสบการณ์ตรง (concrete experience) 2. การสังเกตและสะท้อนคิด (reflective observation) 3. การสร้างแนวคิดเชิงนามธรรม (abstract conceptualization) 4. การทดลองปฏิบัติจริง (active experimentation) มาเป็นแนวทางในจัดโปรแกรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

**ชนิดของการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (one group pretest-posttest design)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภออัมพวา อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ในพื้นที่ 12 ตำบล จำนวนทั้งสิ้น 2,917 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอัมพวา ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภออัมพวา ในพื้นที่ 12 ตำบล โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi stage random sampling) ดังนี้ สุ่มเลือกตำบล จำนวน 2 ตำบล ได้ตำบลแควอ้อมและตำบลอัมพวา หลังจากนั้นสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตำบลละ 25 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G\* Power กำหนดค่า effect size เท่ากับ  $.58^{10}$  ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ .05 และค่า power เท่ากับ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 41 คน เนื่องจากการทดลองใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ จึงเพิ่มได้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็นจำนวน 50 คน แบ่งเป็นตำบลแควอ้อม จำนวน 25 คน และตำบลอัมพวา จำนวน 25 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุ เพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาในโรงพยาบาลอัมพวา โดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก  $>140$  มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก  $>90$  มิลลิเมตรปรอท
3. มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ตำบลแควอ้อม และตำบลอัมพวา
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่น โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ เป็นต้น และไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย โดยผ่านการพิจารณาจากแพทย์เจ้าของไข้
5. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลตามปกติ
6. ยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยตลอดระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นต้องย้ายไปรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบที่เป็นข้อห้ามของการเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้สูงอายุปฏิเสธ หรือขอยุติการวิจัย หรือย้ายถิ่นฐานออกนอกพื้นที่

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาตามกรอบแนวคิด<sup>8</sup> ประกอบด้วย 1. ประสบการณ์ตรง (concrete experience) เรียนรู้จากเรื่องจริง โดยการจำลองสถานการณ์การเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมองและฝึกประเมินอาการเบื้องต้น 2. การสังเกตและสะท้อนคิด (reflective observation) สะท้อนคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างกิจกรรม 3. การสร้างแนวคิดเชิงนามธรรม (abstract conceptualization) ผ่านกิจกรรมวัยเก๋ารู้ทัน Stroke 4. การทดลองปฏิบัติจริง (active experimentation) โดยการฝึกประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง

2. คู่มือประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำหลักการตรวจทางระบบประสาท National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)<sup>11</sup> ในการประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมองโรคสมองตามหลัก B.E.F.A.S.T ได้แก่ การทรงตัว การมองเห็น กล้ามเนื้อใบหน้า กล้ามเนื้อแขน กล้ามเนื้อขา และการพูด มีรายละเอียดวิธีและขั้นตอนในการประเมิน มีภาพประกอบและรายละเอียดของอาการที่ปกติ และผิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติโรคประจำตัวอื่น ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง<sup>12,13</sup> จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ 1) สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ข้อ 2) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ข้อ 3) อาการของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 ข้อ 4) การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ข้อ และ 5) การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 4 ข้อ เกณฑ์การแปลผลโดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ มีความรู้ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หรือ 0-8 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79 หรือ 9-11 คะแนน) และระดับดี (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไปหรือ 12-15 คะแนน)<sup>14</sup>

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้หลัก BEFAST Stroke เมื่อมีอาการของโรค<sup>15</sup> จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) เสียการทรงตัว จำนวน 1 ข้อ 2) อาการตามัว มักเป็นข้างเดียว หรือการมองเห็นภาพซ้อน จำนวน 1 ข้อ 3) มุมปากตก จำนวน 1 ข้อ 4) แขนขาอ่อนแรง จำนวน 2 ข้อ 5) พูดไม่ชัด พูดลิ้นคับปาก หรือสื่อสารไม่เข้าใจ จำนวน 1 ข้อ 6) หากมีอาการให้รีบนำส่งโรงพยาบาลโดยเรียก 1669 จำนวน 1 ข้อ และ 7) การใช้คู่มือประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ข้อ (เกณฑ์การให้คะแนน คือ การปฏิบัติถูกต้อง 2 คะแนน ปฏิบัติแต่ไม่ถูกต้อง 1 คะแนน และไม่ได้อะไรเลย 0 คะแนน) เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ มีความสามารถระดับน้อย (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หรือ 0-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79 หรือ 11-12 คะแนน) และระดับดี (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 13-16 คะแนน)<sup>14</sup>

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ และเครื่องมือวิจัย ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน จำนวน 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha-coefficient) เท่ากับ .80

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เกี่ยวกับมนุษยสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม กระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือรับรอง COA No. 21/2567 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามหลักของผู้เข้าร่วมการวิจัย และ ดำเนินงานตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และ ระยะเวลาของการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและรายงานผลการวิจัย ในภาพรวมเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลอัมพา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ในตำบลแควอ้อมและตำบลอัมพา และดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1-2** การสร้างแนวคิดเชิงนามธรรม (abstract conceptualization) ใช้เวลา 45-60 นาที ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินระดับความรู้ ความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง และการประเมินสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 วิทยากรู้ทัน Stroke แบ่งกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สื่อ Power point เรื่อง “โรคหลอดเลือดสมอง Stroke” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และสื่อวิดีโอ “โรคหลอดเลือดสมอง Stroke”<sup>16</sup> โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการเตือน การรักษาและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

**สัปดาห์ที่ 3-4** ประสบการณ์ตรง (concrete experience) “เรียนรู้จากเรื่องจริง” ใช้เวลา 45-60 นาที

กิจกรรมที่ 1 จัดกิจกรรมเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 30 คน ทบทวนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เล่นเกมทายปัญหา ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการเตือน การรักษา และการป้องกัน และสื่อวิดีโอ “ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง”<sup>17</sup>

กิจกรรมที่ 2 จำลองสถานการณ์การเกิดอาการโรคหลอดเลือดสมอง และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกประเมินอาการเบื้องต้น

**สัปดาห์ที่ 5-6** การทดลองปฏิบัติจริง (active experimentation) “เรียนรู้การประเมินอาการ” ใช้เวลา 45-60 นาที

กิจกรรมที่ 1 การทบทวนความรู้เรื่องอาการสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ประทับสื่อวิดีโอ เรื่อง “โรคหลอดเลือดสมองและสัญญาณเตือน”<sup>18</sup> แจกคู่มือการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง ให้กลุ่มตัวอย่างทดลองฝึกทักษะความสามารถในการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง โดยการใช้หลัก BEFAST Stroke<sup>16</sup> ร่วมกับใช้คู่มือประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ 2 ฝึกประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองจากสถานการณ์สมมติ โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นนักแสดงทีละคน

กิจกรรมที่ 3 แบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการและตัดสินใจว่าจะต้องทำอะไร เช่น โทรแจ้งให้ผู้ดูแลหรือไปพบแพทย์ทันทีหากสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

**สัปดาห์ที่ 7-8** การสังเกตและสะท้อนคิด (reflective observation) “การสะท้อนคิดและการประเมินผล” ใช้เวลา 60-90 นาที

กิจกรรมที่ 1 การทดสอบโดยให้ผู้สูงอายุได้ฝึกประเมินอาการต่าง ๆ ในสถานการณ์จริงและทบทวนผลการประเมินหลังจากการทดลอง

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนคิด โดยให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างกิจกรรม สิ่งที่ได้รับ แบ่งปันความคิดเห็นและประสบการณ์กับกลุ่มเพื่อสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบความรู้กลุ่มตัวอย่าง ด้วยแบบทดสอบ ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ประเมินความสามารถในการประเมินอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และผู้วิจัยได้ ทำการติดตามผลหลังจบการทดลองลงพื้นที่เยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง ทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนความสามารถในการประเมินอาการโรค หลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

การทดสอบการกระจายของคะแนนความรู้และคะแนนความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือด สมองของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ด้วยสถิติ Kolmogorov-Sminov test พบว่าการ กระจายตัวของคะแนนความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ( $p = .002$ ) คะแนนความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ( $p = .027$ ) คะแนนความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ  $p = .013$  ทักษะ ความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ  $p = .002$  เป็นโค้งไม่ปกติ

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.00 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 60.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 มีโรคประจำตัวร่วมโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 48.00 มีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 8.00 และมีประวัติดื่มสุรา ร้อยละ 10.00 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 50$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	7	14.00
หญิง	43	86.00
<b>อายุ (ปี)</b>		
60 - 69	30	60.00
70 - 79	17	34.00
80 ปีขึ้นไป	3	6.00
$\bar{X} = 68.78, SD = 6.22, Min = 60.00, Max = 86.00$		
<b>สถานภาพ</b>		
คู่	29	58.00
หม้าย/หย่า/แยก	15	30.00
โสด	6	12.00
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	25	50.00
มัธยมต้น	12	24.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมปลาย	9	18.00
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	4	8.00
<b>ประวัติโรคประจำตัว</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	4	8.00
โรคไขมันในเลือดสูง	24	48.00
โรคเบาหวาน	13	26.00
โรคหัวใจ	2	4.00
โรคหอบหืด	2	4.00
โรคกระดูกเสื่อม	2	4.00
โรคไต	1	2.00
โรคมะเร็ง	1	2.00
โรคต่อมลูกหมาก	1	2.00
<b>การสูบบุหรี่</b>		
ไม่สูบ	46	92.00
สูบ 1-10 มวน/วัน	2	4.00
เคยสูบแต่เลิกแล้วตั้งแต่ 6เดือนขึ้นไป	2	4.00
<b>การดื่มสุรา</b>		
ไม่ดื่มสุรา	45	90.00
ดื่มสุรา	5	10.00

## 2. การเปรียบเทียบความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง ( $n = 50$ )

ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง	Median	IQR	Z	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	7.50	3.00	6.476	<.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	11.00	3.00		

\* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ และความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง (n = 50)

ความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมอง	Median	IQR	Z	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	5.00	3.00	6.168	<.001*
หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ	13.00	3.00		

\*p < .05

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความหมายของโรค สาเหตุของโรค ปัจจัยเสี่ยงของโรค อาการของโรค การรักษาโรค และการป้องกันโรคอย่างถูกต้องและชัดเจน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีการกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิด และแจกคู่มือที่สามารถเปิดทำความเข้าใจได้ตลอดเวลา ซึ่งคู่มือที่ประกอบการวิจัยมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย เหมาะสำหรับกลุ่มตัวอย่างในการทำความเข้าใจ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้จริง ส่งผลให้หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ stroke fast ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ<sup>19</sup>

2. การเปรียบเทียบความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า กิจกรรมการเสริมสร้างทักษะในการประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ใช้หลัก BEFAST Stroke มีรายละเอียดวิธีและขั้นตอนในการประเมิน รวมทั้งมีภาพประกอบและรายละเอียดของอาการที่ปกติและผิดปกติเข้าใจง่าย ทำให้การใช้คู่มือประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินอาการขณะเกิดภาวะหลอดเลือดสมองเฉียบพลันอย่างถูกต้อง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001)

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ Warning Signs Card และแนวทางปฏิบัติในการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลันของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

พบว่าคะแนนความรู้สัญญาณเตือน และแนวการปฏิบัติตัวในการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน หลังได้รับความรู้จากการใช้เครื่องมือ Warning Signs Card มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )<sup>20</sup>

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรม ฯ ไปพัฒนาในชุมชนให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้เป็นแนวทางให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน เพื่อสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ลดอัตราการป่วย ความพิการ และการเสียชีวิตของประชากรในชุมชน

2. นำเสนอผลการศึกษาให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและในพื้นที่ใกล้เคียงทราบ เพื่อนำไปประกอบการเสริมสร้างความรู้และความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ อันเป็นการขยายผลการศึกษได้กว้างขวางมากขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุต่อไป

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากผลการวิจัยความรู้หลังเข้าโปรแกรม ฯ อยู่ในระดับปานกลาง จึงควรเพิ่มเติมความรู้ เนื้อหาเรื่องความตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยง อาการ การป้องกันและการรักษาโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และความสามารถในการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มที่ใช้และไม่ใช้โปรแกรม

### เอกสารอ้างอิง

1. กรรณิการ์ รักษาพงษ์ศิริ. ศึกษาประสิทธิผลในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในผู้ป่วย Stroke fast track เปรียบเทียบระหว่างระยะเวลาให้ยา door-to-needle time ใน 30 นาที และมากกว่า 30 นาที แต่ไม่เกิน 60 นาที ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนม. 2565. <https://nkphospitaljournal.wordpress.com/2022/02/25/ศึกษาประสิทธิผลในการให้/>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คลังสื่อเผยแพร่: โรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565. <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/publishinfodetail.php?publish=15235&deptcode=dncd>
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564. <https://spd.moph.go.th/wpcontent/uploads/2022/11/Hstatistics2563.pdf>
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567. [https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey\\_detail/2025/20241209145003\\_27188.pdf](https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf)
5. World Health Organization. Hypertension. 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

6. พิษขานันท์ สวงนสุข. ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2022;9(2):122–35. <https://he01.tcithaijo.org/index.php/scnet/article/view/249813>
7. รายงานสถิติ. จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลอัมพวา ปี 2566. สมุทรสงคราม: โรงพยาบาลอัมพวา; 2566. เอกสารไม่ตีพิมพ์.
8. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1984.
9. นิดา มีทิพย์, เดชา ทำดี, ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล. ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. พยาบาลสาร. 2016;43(Suppl):104–15. <https://he02.tcithaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/92438>
10. ฐารัตน์ ภูัทชนะ. ผลของการพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2024;9(1):690–8. <https://he03.tcithaijo.org/index.php/ech/article/view/2275>
11. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. การตรวจทางระบบประสาท. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553. [https://ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/km\\_Nervous\\_system1.html](https://ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/km_Nervous_system1.html)
12. สายสุนี เจริญศิลป์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
13. ดวงธิดา โสตาพรหม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
14. Bloom BS. Mastery learning. *UCLA-CSEIP Eval Comment*. 1968;1(2). Los Angeles: University of California at Los Angeles.
15. Pickham D, Valdez A, Demeestere J, Lemmens R, Diaz L, Hopper S, et al. Prognostic value of BEFAST vs FAST to identify stroke in a prehospital setting. *Prehosp Emerg Care*. 2019;23(2):195–200. doi:10.1080/10903127.2018.1490837
16. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). โรคหลอดเลือดสมอง STROKE . กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2564. <https://www.youtube.com/watch?v=VhjnqAalZFK>
17. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2567. <https://www.youtube.com/watch?v=jquvqhKyBKE>
18. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. โรคหลอดเลือดสมองและสัญญาณเตือน. กรุงเทพฯ: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2567. <https://www.youtube.com/watch?v=7hSSRxdslNI>
19. อังคาร ปลัดบาง, สุขวรรณ ชูติวัตรพงศธร. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. 2566. <https://nkhospital.moph.go.th/doc/journal/31.pdf>
20. พัชรินทร์ ชมเมืองมิ่ง. ประสิทธิผลของการใช้ Warning Signs Card ต่อความรู้สัญญาณเตือนและแนวทางปฏิบัติการจัดการเมื่อเกิดอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลันของผู้ป่วย

กลุ่มเสี่ยง ตำบลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2021;1(1):23-33.  
doi:10.14456/jemst.2021.3

ประสิทธิผลโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้ม  
ในผู้สูงอายุปวดหัวเข่า อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม  
Effectiveness of self-management program for fall prevention among  
elderly people with knee pain, Mueang District, Nakhon Pathom Province

รัตนารมณ ฉะลิเมเกียรติ\*, สุธาสินี เอกชยุตวรพงษ์\*  
Rattanarom chalermkait\*, Sutasinee Eakchayutworapong\*  
โรงพยาบาลนครปฐม  
\*Nakhonpathom Hospital

Corresponding author: Rattanarom chalermkait; Email: bingrat0183@gmail.com

Received: November 25, 2024; Revised: January 14, 2025; Accepted: January 15, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุปวดหัวเข่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหัวเข่า จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1. โปรแกรมการจัดการตนเอง ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประเมินและประมวลผลข้อมูลอาการ 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ 6) การสะท้อนตนเอง 2. แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง 3. แบบประเมินความรุนแรงของการปวดเข่า 4. แบบประเมินความสามารถในการทรงตัว และ 5. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่าง .67-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 1.33, SD = 0.22) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ระดับมาก ( $\bar{X}$  = 1.82, SD = 0.86) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหัวเข่าเล็กน้อย ( $\bar{X}$  = 34.33, SD = 5.99) ความสามารถในการทรงตัวระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 12.24, SD = 3.18) และมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ( $\bar{X}$  = 3.67, SD = 2.65) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ไม่พบความผิดปกติของอาการปวดเข่า ( $\bar{X}$  = 43.06, SD = 3.13) ความสามารถในการทรงตัวระดับดี ( $\bar{X}$  = 10.83, SD = 2.37) และไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ( $\bar{X}$  = 1.97, SD = 1.21)

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, การป้องกันการพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ, ปวดหัวเข่า

### Abstract

This quasi-experimental one-group pre-post test design aimed to compare self-management behaviors in fall prevention among elderly people with knee pain. The sample consisted of 30 the elderly knee pain. Purposive sampling was used to select the 30 elderly people with knee pain. The research instruments were 1. the self-management program comprised of 1) goal selection 2) information collection 3) Information processing and evaluation 4) decision making 5) action and 6) self-reaction, 2. self-management behavior questionnaire for fall prevention 3. knee pain severity assessment form 4. body balancing assessment form for elderly people and 5. fall risk assessment form. The quality of the research tool was validated by the three experts with a consistency index between .67-1.00 and a Cronbach's alpha coefficient of .72. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results showed that before enrolling the program, the average self-management behavior score was moderate level ( $\bar{X}$  = 1.33, SD = 0.22). The average self-management behavior score was higher after enrolling the program ( $\bar{X}$  = 1.82, SD = 0.86). The two groups were significantly different ( $p < .001$ ). Before enrolling the program, the samples had mild knee pain ( $\bar{X}$  = 34.33, SD = 5.99), moderate body balance ( $\bar{X}$  = 12.24, SD = 3.18), and were at risk of falls ( $\bar{X}$  = 3.67, SD = 2.65). After participating in the program, the samples did not experience any abnormalities in knee pain ( $\bar{X}$  = 43.06, SD = 3.13), good balance ( $\bar{X}$  = 10.83, SD = 2.37), and were at no risk of falls ( $\bar{X}$  = 1.97, SD = 1.21).

**Keywords:** self-management program, fall prevention, elderly, knee pain

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน รวมทั้งความก้าวหน้าด้านการแพทย์ ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น สัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 16.50 ในปีพ.ศ. 2559 เป็นหนึ่งในประเทศอาเซียนที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงถึงร้อยละ 32.20 ในปี พ.ศ.2575<sup>1</sup> จากปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปสู่สถานะที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อโครงสร้างและระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีภาวะเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ โดยพบว่าปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มโรคบุคคลทั่วไปสามารถเจ็บป่วยได้ เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ ไต เป็นต้น 2) กลุ่มอาการที่เกิดเฉพาะกับผู้สูงอายุจากความเสื่อมของร่างกายหรืออาการข้างเคียงจากโรคประจำตัวทำให้การดูแลตนเองถดถอยลง ได้แก่ อาการสับสนและสูญเสียความทรงจำ ภาวะกระดูกพรุน ปัญหาการทรงตัวและการหกล้ม อาการนอนไม่หลับ และการกลืนการขบถายไม่อยู่<sup>2</sup> โดยปัญหาการทรงตัวและการพลัดตกหกล้ม เป็นปัญหาที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นกลุ่มอาการที่สำคัญของผู้สูงอายุ ที่เรียกว่า geriatric syndrome เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการเสียชีวิตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย<sup>3</sup> โดยการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิต เฉลี่ยวันละ 3 คน โดยในแต่ละปีมีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มประมาณ 3 ล้านราย และเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 60,000 รายต่อปี พบเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม สูงกว่าเพศหญิงมากกว่า 3 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่หกล้มที่มีการหักของกระดูกสะโพก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตในระยะเวลา 1 ปีต่อมา<sup>4</sup> สาเหตุการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุมี 2 ปัจจัย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยภายใน เกิดจากกระบวนการชรา การทรงตัวบกพร่องจากความเสื่อมของกระดูกและข้อ โดยเฉพาะขาและข้อเข่า ที่พบบ่อย คือ ภาวะข้อเสื่อม ส่งผลให้เกิดอาการปวดหัวเข่า

2/14

เนื่องจากการเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) และกระดูกที่อยู่ใต้ผิวข้อ (subchondral bone) ของข้อเข่า กระดูกอ่อนผิวข้อถูกทำลายเพิ่มขึ้น ทำให้มีลักษณะขรุขระร่วมกับมีการหนาตัวของเนื้อกระดูกที่อยู่ใต้ผิวข้อ จึงเกิดแรงกดหรือการเสียดสีต่อกระดูก เอ็น และกล้ามเนื้อภายในข้อเข่ามากขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบของข้อ และมีน้ำในข้อข้อลดลง โดยจะพบอาการปวดเรื้อรัง (chronic pain) บวม (swelling) กดเจ็บ (tenderness) มีเสียงในข้อ (cracking or clicking) เคลื่อนไหวข้อลำบาก (limitation of joint motion) เวลาเดินจะเจ็บข้อ และมีการผิดรูปของข้อเข่า (joint deformity) ส่งผลต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าภาวะข้อเสื่อมเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม<sup>5</sup> โดยผู้สูงอายุขาดการออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวลดลงทำให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและเอ็นในผู้สูงอายุลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีแรงทำให้เกิดการทรงตัวบกพร่อง และพลัดตกหกล้มตามมา<sup>6</sup> 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ขาดการตรวจสอบความมั่นคงแข็งแรงของเครื่องเรือน เครื่องใช้ภายในบ้าน<sup>7</sup> รวมทั้งการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น มีแสงสว่างไม่เพียงพอ มีสิ่งกีดขวางทางเดิน พื้นต่างระดับ พื้นเปียกชื้น และไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดิน<sup>8</sup> ส่งผลให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมักหกล้มในบ้านและบริเวณบ้าน ร้อยละ 55.00 ขณะที่เพศชาย ร้อยละ 60.00 หกล้มบริเวณนอกบ้านขณะเดินทางและในสถานที่ทำงาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุ ร้อยละ 60.00 ลื่นสะดุด หรือก้าวพลาดบนพื้นระดับเดียวกัน<sup>9</sup>

จังหวัดนครปฐม ในปีพ.ศ. 2566 มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.68 ได้รับการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ร้อยละ 72.48 พบปัญหาสำคัญด้านสุขภาพ 3 อันดับแรก คือ การมองเห็น สุขภาพช่องปาก การเคลื่อนไหวผิดปกติ มีความเสี่ยงร้อยละ 13.27, 4.43 และ 3.80 ตามลำดับ โดยปัญหาการเคลื่อนไหวผิดปกติ พบว่าอำเภอเมืองนครปฐม ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวผิดปกติเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัด มีการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 2.34 หากพิจารณาเป็นรายตำบล ในปีพ.ศ. 2564 – 2566 พบว่าผู้สูงอายุในตำบลสามควายเผือก เสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกับมีอาการปวดเข่า และรักษาอาการปวดเข่าในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.38, 1.04, 2.43 ตามลำดับ โดยในจำนวนนี้ผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าพบว่าเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.64, 1.34, 2.19<sup>10</sup> ตามลำดับ

ภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นสัญญาณเตือนถึงอาการผิดปกติที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องหาสาเหตุให้การรักษาและป้องกันการเกิดซ้ำ เนื่องจากส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทำให้พบปัญหาการพลัดตกหกล้ม ไม่สามารถดูแลตนเองได้ อาจเกิดภาวะทุพพลภาพ เป็นภาระของครอบครัว รวมทั้งเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาดูแลสูงขึ้นเมื่ออาการปวดหัวเข่ามีความเรื้อรังและรุนแรง<sup>11</sup> รวมทั้งบทบาทของพยาบาลในการจัดการความรุนแรงของโรคอาการปวดหัวเข่าของกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนยังมีข้อจำกัด เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุและการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถจัดการตนเองในการป้องกันการหกล้มได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหัวเข่า จึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดข้อเข่าเสื่อม ไม่ให้รุนแรงมากขึ้น ทั้งในเรื่องความรู้เรื่องโรค และคำแนะนำในการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา หลีกเลี่ยงท่าหรือกิจกรรมที่จะทำให้เกิดอาการและความรุนแรงของโรคมักขึ้น การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เพื่อจะลดโอกาสที่จะทำให้เกิดการหกล้ม<sup>12</sup> การศึกษาที่ผ่านมา ได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ในรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการให้ความรู้ กิจกรรมการปรับปรุงบ้านให้มีความปลอดภัย และรูปแบบที่เน้นกิจกรรมที่บูรณาการหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น กิจกรรมให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย และการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ตามบริบทของผู้สูงอายุรายบุคคล และรายกลุ่ม หรือรูปแบบที่เน้นเรื่องการป้องกันเสี่ยงแบบครอบคลุมในทุกมิติ ซึ่งการสอนผู้สูงอายุให้

สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม<sup>13</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมครอบครัวเพื่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่อการป้องกันการหกล้ม<sup>14</sup> โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแครีร์ (Creer) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ให้เกิดการหกล้ม บรรเทาอาการปวดหัวเข่าไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการเคลื่อนไหวร่างกายดีขึ้น ทรงตัวดีขึ้น ลดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดเป้าหมาย (goal selection) 2) การรวบรวมข้อมูลใฝ่ระวังและสังเกตความผิดปกติ (information collection) 3) การประเมินและประมวลผลข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลของความเจ็บป่วย (information processing and evaluation) 4) การตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรค (decision making) 5) การลงมือปฏิบัติ (action) และ 6) การสะท้อนตนเอง (self-reaction)<sup>15</sup>

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุ จึงสนใจที่จะทำการศึกษารวบรวม ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุปวดหัวเข่า อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแครีร์ (Creer)<sup>15</sup> เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีทักษะการจัดการตนเอง และลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุปวดหัวเข่า

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองในการป้องกันการหกล้ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการปวดหัวเข่า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการทรงตัวเพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการหกล้ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

### ขอบเขตการวิจัย

**ขอบเขตด้านประชากร** คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีอาการปวดหัวเข่า จำนวน 30 คน

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ระดับอาการปวดหัวเข่า ระดับความสามารถในการทรงตัว และความเสี่ยงต่อการหกล้ม

**ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่** เก็บข้อมูลเดือนสิงหาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2567 ตำบลสามความเผือก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้กระบวนการจัดการตนเองของแครีร์ (Creer)<sup>15</sup> ในการป้องกัน ลดภาวะเสี่ยง บรรเทาอาการของโรคไม่ให้อาการรุนแรง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดเป้าหมาย (goal setting) การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลผลและประเมินผลข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reaction) ดังภาพที่ 1

## ตัวแปรต้น

## ตัวแปรตาม

โปรแกรมการจัดการตนเองต่อการป้องกันการพลัดตกลงในผู้สูงอายุปวดหัวเข่า ประยุกต์แนวคิดของเครียร์ (Creer, 2000)<sup>15</sup>

1. การกำหนดเป้าหมาย สร้างสัมพันธภาพ ตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง ฝึกการบันทึกข้อมูล อาการปวดหัวเข่า การพลัดตกลง
2. การรวบรวมข้อมูล ลงปฏิบัติจริง ครั้งที่ 1 เป็นระยะ 2 สัปดาห์
3. การประเมินและประมวลข้อมูลอาการ รวบรวมข้อมูลที่เปลี่ยนแปลง หาสาเหตุปัจจัย ที่ทำให้การพลัดตกลง และมีอาการปวดหัวเข่า
4. การตัดสินใจ เลือกปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกลง และการลดอาการปวดหัวเข่าได้อย่างถูกต้องตามคู่มือ
5. การลงมือปฏิบัติ ครั้งที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง การออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อหัวเข่า ลดอาการปวดหัวเข่า การจัดสิ่งแวดล้อมภายในภายนอก ป้องกันการพลัดตกลง ติดตามอาการทางโทรศัพท์ ติดตามการเยี่ยมบ้าน
6. การสะท้อนตนเอง รวบรวมข้อมูล สอบถามปัญหาอุปสรรค แก้ไขปัญหาพร้อมกัน ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง ประเมินอาการปวดหัวเข่า ทดสอบความสามารถทางตรงตัว และประเมินความเสี่ยงต่อการพลัด

1. พฤติกรรมจัดการตนเองในการป้องกันการพลัดตกลง
2. ระดับอาการปวดหัวเข่า
3. ระดับความสามารถในการทรงตัว
4. ความเสี่ยงต่อการพลัด

## ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

**ชนิดของการวิจัย** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (the one group pre-test post-test design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีอาการปวดหัวเข่าตามเกณฑ์ประเมินอาการปวดหัวเข่าโดยใช้ แบบประเมิน (Oxford Knee Score) ค่าคะแนน 30-39 เริ่มมีอาการปวดหัวเข่า ที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลสามควายเผือก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ปีพ.ศ. 2566 จำนวน 45 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอาการปวดหัวเข่า ที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลสามควายเผือก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง<sup>4</sup> ด้วยวิธีการวิเคราะห์กำลังการทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.9.4 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง (effect size) เท่ากับ .50 ค่าความน่าจะเป็นของการเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (alpha) เท่ากับ .05 และค่ากำลังการทดสอบ (power of test) .85 ตามตาราง<sup>16</sup> คำนวณขนาดตัวอย่างได้ จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

ผู้สูงอายุที่ได้รับคัดกรองความเสี่ยง 9 ด้าน ตามคู่มือการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 กระทรวงสาธารณสุข<sup>17</sup> โดยมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกลง อย่างน้อย 1 ข้อ ใน 3 ข้อ ดังต่อไปนี้

1) คัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก มีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม โดยตอบว่า “ใช่” ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป จาก จำนวน 5 ข้อ

- 2) ความสามารถในการทรงตัว (Timed Up and Go test) ใช้เวลา  $\geq 12$  วินาที หรือทำไม่ได้
- 3) ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม หรือ THAI FRAT มีคะแนนอยู่ในช่วง 4 - 11

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างมีอาการฉุนเฉียวอื่น ๆ หรือจากโรคประจำตัว ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. ย้ายที่พักอาศัยออกจากตำบลสามควายเผือก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ในระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม
3. ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น สมองเสื่อม อัมพฤกษ์ โรคหัวใจ เป็นต้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการจัดการตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุปวดหัวเข่า โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง<sup>15</sup> ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประเมินและประมวลผลข้อมูลอาการ 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนตนเอง

2. สื่อและอุปกรณ์ เนื้อหาประกอบด้วย 1) โรคข้อเข่าเสื่อม 2) การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 3) การออกกำลังกาย ได้แก่ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อขาและการทรงตัว 4) การใช้ยาอย่างปลอดภัยและการเฝ้าระวังการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการหกล้ม และ 5) การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย<sup>18</sup> และปรับปรุงจากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม จังหวัดเชียงใหม่<sup>19</sup>

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ บุคคลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน การมองเห็น การได้ยิน ประวัติการหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โรคประจำตัว และยาที่ใช้รักษาในปัจจุบัน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นชนิดให้เลือกตอบ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองในการป้องกันการหกล้ม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม 20 และประยุกต์นำมาใช้ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยภายใน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ การตรวจร่างกาย การรับประทานยา การรับประทานอาหาร สายตา การเดิน การทรงตัว อาการเวียนศีรษะ การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ 2) ปัจจัยภายนอก จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ การยกของหนัก การใช้บันได การลุกนั่ง การขึ้นลงบันได การใช้ห้องน้ำ การมองเห็นขณะเดิน พื้นเปียก การใช้ไม้เท้า การใส่เสื้อผ้า การสวมรองเท้า การสวมถุงเท้าในบ้าน ความแข็งแรงของเครื่องเรือน การจัดของใช้เป็นระเบียบ สัตว์เลี้ยง แสงสว่าง ทางเดิน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย โดยใช้เกณฑ์การแปลผล ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.66) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 0.67-1.33) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 1.34-2.00)

3. แบบประเมินความรุนแรงของอาการปวดหัวเข่า ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการปวดหัวเข่า (Oxford Knee Score) ของกรมอนามัย<sup>21</sup> จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 48 คะแนน ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ ไม่พบอาการผิดปกติ (คะแนน 40 - 48) อาการปวดหัวเข่าเล็กน้อย (คะแนน 30 - 39) อาการปวดหัวเข่าระดับปานกลาง (คะแนน 20 - 29) และอาการปวดหัวเข่ารุนแรง (คะแนน 0 - 9)

4. แบบประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ (Timed up and go test; TUGT) ประยุกต์ตามคู่มือการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ<sup>17</sup> ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ ระดับดี (ระยะเวลาเดิน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที) ระดับปานกลาง (ระยะเวลาเดิน 11 - 20 วินาที) และระดับน้อย (ระยะเวลาเดิน มากกว่า 20 วินาที)

5. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ (THAI FRAT) ประเมินตามคู่มือการคัดกรอง และประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564<sup>17</sup> จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 11 คะแนน ประกอบด้วย 1) เพศ 2) การมองเห็น 3) การทรงตัว 4) การใช้ยา ได้แก่ ยานอนหลับ ยากลุ่มประสาท ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ 5) ประวัติหกล้ม และ 6) ลักษณะบ้าน ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ ไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (0-3 คะแนน) และเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (4-11 คะแนน)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เชี่ยวชาญด้านการจัดการผู้สูงอายุในชุมชน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้เท่ากับ .67 – 1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหัวเข่าในตำบลพระประโทน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหัวเข่า ตำบลสามควายเผือก จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .72

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม รหัสโครงการ 017/2024 ลงวันที่ 15/07/2567 เลขที่ COA No. 031/2024 NPH-REC No. 017/2024 และได้รับการอนุญาตจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามควายเผือก ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ การมีส่วนร่วมในการทำวิจัย ให้สิทธิ์การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย การปฏิเสธและยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย การรักษาความลับ และการเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

##### ระยะเตรียมการ

1. จัดทำหนังสือราชการติดต่อประสาน ขอใช้สถานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามควายเผือก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมในการดำเนินงานวิจัย และเพื่อจัดเตรียมผู้สูงอายุที่มีอาการปวดหัวเข่า เข้าร่วมโครงการวิจัย ในตำบลสามควายเผือก

2. จัดทำเอกสาร ประชาสัมพันธ์ เชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย ชี้แจงโครงการวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ โดยคัดกรองและให้คะแนนอาการปวดหัวเข่า หรือมีโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลสามควายเผือก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยใช้แบบคัดกรองอาการปวดหัวเข่า (OXFORD knee score) ประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในการป้องกันการหกล้ม ประเมินการหกล้ม ประเมินความสามารถการทรงตัว ตามเกณฑ์ ได้ครบ 30 ราย

ระยะดำเนินการวิจัย ตามแนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์<sup>15</sup> โดยมีรายละเอียดดังนี้

##### สัปดาห์ที่ 1 การกำหนดเป้าหมาย (ใช้เวลา 1.30 นาที)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย อธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัยและเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

กิจกรรมที่ 2 การกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเอง เพื่อไม่ให้เกิดการพลัดตกหกล้ม โดย 1) ให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม ควบคุมอาการปวดหัวเข่า พร้อมมอบคู่มือข้อเข่าเสื่อม 2) ให้ความรู้เรื่องการพลัดตกหกล้มพร้อมมอบคู่มือยากันล้ม 3) ฝึกสังเกตการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 4) ฝึกประเมินสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก

5) ฝึกทักษะการออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อ เน้นการป้องกันการหกล้ม และกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เหมาะสมกับตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การฝึกปฏิบัติการลงบันทึกข้อมูล ต่าง ๆ เช่น อาการปวดเข่า ระดับการปวดเข่า อาการผิดปกติที่พบ การลงบันทึกข้อมูลการพลัดตกหกล้ม เช่น บังคับเสียงที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มจากสิ่งแวดล้อมภายในภายนอกบ้าน เป็นต้น รวมถึงฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือยากันล้ม การออกกำลังกายและการบริหารกล้ามเนื้อหัวเข่า

#### **สัปดาห์ที่ 2-3 การรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

**สัปดาห์ที่ 4 การประเมิน ประมวลข้อมูลอาการ และการตัดสินใจ** โดยการติดตามกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติตามคู่มือ โดยดำเนินการดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินและประมวลข้อมูลอาการ โดยให้กลุ่มตัวอย่างรวบรวมอาการเปลี่ยนแปลง พิจารณาหาสาเหตุ บังคับที่อาจทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม และอาการปวดหัวเข่าของตนเอง ให้เปรียบเทียบกับอาการในวันก่อนหน้า และสังเกตสิ่งแวดล้อมภายใน ภายนอกบ้าน ที่อาจทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ รวมทั้งระบุปัญหาอุปสรรคที่มีผลทำให้ไม่สามารถจัดการตนเองได้ นำเสนอและอภิปรายร่วมระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 2 การตัดสินใจ (ใช้เวลา 60 นาที) ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงเสนอวิธีการแก้ไขปัญหาการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และเลือกวิธีการออกกำลังกาย หรือการบริหารกล้ามเนื้อหัวเข่า ที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อนำไปปฏิบัติต่อ

#### **สัปดาห์ที่ 5-7 การลงมือปฏิบัติ**

กิจกรรมที่ 1 การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเฝ้าระวังการหกล้ม จัดการสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกบ้าน เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสม การบริหารกล้ามเนื้อหัวเข่า เป็นประจำสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ถ้าพบว่ามีอาการปวดเข่าเพิ่มขึ้น หรือมีอาการผิดปกติ ต้องหยุดกิจกรรม หรืออาการมากขึ้นต้องพบแพทย์

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยทำการติดตามการลงมือปฏิบัติ ตามโปรแกรมการจัดการตนเอง การออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม ติดตามอาการทางโทรศัพท์ พูดคุย ให้กำลังใจ ส่งข้อความผ่านทางไลน์ ในช่วงเวลา 9.00 -14.00 กระตุ้นให้มีการกระทำอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความสามารถในการจัดการตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กระตุ้น ส่งเสริมจากครอบครัว และทีมผู้วิจัย สอบถามปัญหา อุปสรรครวมทั้งหาทางเลือกในการแก้ปัญหา ร่วมกับผู้วิจัย และประเมินการจัดสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน

#### **สัปดาห์ที่ 8 การสะท้อนตนเอง (ใช้เวลา 240 นาที)**

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยทำการสะท้อนการปฏิบัติ โดยรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการตนเองตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอบถามปัญหา อุปสรรค รวมทั้งแก้ไขร่วมกันและให้กำลังใจและให้รางวัลกับกลุ่มตัวอย่างที่มีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เพื่อเป็นตัวอย่างต่อไป

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่าง ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประเมินระดับความรุนแรงอาการปวดหัวเข่า ทดสอบระดับความสามารถการทรงตัว และประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม รวบรวมข้อมูลหลังจากสรุปการดำเนินงาน และขอยุติการวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันการหกล้ม ระดับความรุนแรงของอาการปวดเข่า ระดับความสามารถในการทรงตัว และความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ โดยใช้สถิติ paired t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ของความแตกต่างของข้อมูลระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov Test พบว่าเป็นโค้งปกติ

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.34 อายุเฉลี่ย 69.60 ปี มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 63.33 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 36.66 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.69 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 46.68 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 53.35 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.00 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.66 และมีปัญหาในเรื่องสายตา ร้อยละ 73.34 มีประวัติการหกล้มภายใน 1 ปี ร้อยละ 40.00 หกล้มภายนอกบ้าน ร้อยละ 66.67 ผลจากการหกล้ม พบเป็นแผล/ถลอก ร้อยละ 41.67 สาเหตุของการหกล้มเกิดจากเดินสะดุด และลื่นล้ม ร้อยละ 33.36, 16.66 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ระดับความรุนแรงของอาการปวดหัวเข่า ระดับความสามารถในการทรงตัวและความเสี่ยงต่อการหกล้ม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า

2.1 พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 1.33$ ,  $SD = 0.22$ ) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 1.82$ ,  $SD = 0.86$ ) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

2.2 ความรุนแรงของอาการปวดหัวเข่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหัวเข่าระดับเล็กน้อย ( $\bar{X} = 34.33$ ,  $SD = 5.99$ ) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างไม่พบอาการปวดหัวเข่า ( $\bar{X} = 43.06$ ,  $SD = 3.13$ ) โดยทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

2.3 ระดับความสามารถในการทรงตัว ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทรงตัวอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 12.24$ ,  $SD = 3.18$ ) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทรงตัวระดับดี ( $\bar{X} = 10.83$ ,  $SD = 2.37$ ) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .001$ )

2.4 ความเสี่ยงต่อการหกล้ม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ( $\bar{X} = 3.67$ ,  $SD = 2.65$ ) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ( $\bar{X} = 1.97$ ,  $SD = 1.21$ ) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของอาการปวดหัวเข่า ระดับความสามารถในการทรงตัว และความเสี่ยงต่อการหกล้ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ			หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		
	$\bar{x}$	SD	ระดับพฤติกรรม	$\bar{x}$	SD	ระดับพฤติกรรม
1. พฤติกรรมจัดการตนเอง	1.33	0.22	ปานกลาง	1.82	0.86	มาก
2. ระดับอาการปวดหัวเข่า	34.33	5.99	เริ่มมีอาการปวดเข่าเล็กน้อย	43.06	3.13	ไม่พบความผิดปกติ
3. ระดับความสามารถในการทรงตัว	12.24	3.18	ระดับปานกลาง	10.83	2.37	ระดับดี
4. ความเสี่ยงต่อการหกล้ม	3.67	2.65	เสี่ยงต่อการหกล้ม	1.97	1.21	ไม่เสี่ยง

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของอาการปวดหัวเข่า ระดับความสามารถในการทรงตัว และความเสี่ยงต่อการหกล้ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (n = 30)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		t-test	df	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
พฤติกรรมจัดการตนเอง	1.33	0.22	1.83	0.86	8.35	29	<.001*
ระดับอาการปวดหัวเข่า	34.33	5.99	43.06	3.13	8.64	29	<.001*
ระดับความสามารถในการทรงตัว	12.24	3.18	10.83	2.37	3.78	29	<.001*
ความเสี่ยงต่อการหกล้ม	3.67	2.65	1.97	1.21	3.61	29	<.001*

\*p < .05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมจัดการตนเองต่อการป้องกันการพลัดหกล้มในผู้สูงอายุปวดหัวเข่า อภิปรายผลจำแนกตามตัวแปรที่ทำการศึกษาได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมจัดการตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมจัดการตนเอง (self-management) ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นแนวคิดที่มีความเฉพาะเจาะจงในการประยุกต์ให้กลุ่มตัวอย่างรับผิดชอบตนเองได้ทั้งในชีวิตประจำวัน และในช่วงเวลาที่มีการเจ็บป่วย มีจุดมุ่งหมายให้สามารถดูแลและจัดการอาการเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเองได้ โดยนำแนวคิดการจัดการตนเอง<sup>15</sup> ออกแบบกิจกรรมครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้ม ได้แก่ 1. กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงภายในและภายนอกที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ อันตรายและผลกระทบของการหกล้มในผู้สูงอายุ รวมทั้งการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ 2. การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติ จึงสามารถออกกำลังกายด้วยท่าทางที่ถูกต้อง และเกิดความมั่นใจและกลับไปออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านได้ และ 3. การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย มีการเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจและประเมินสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับปรุงที่อยู่อาศัยได้เองตามความเหมาะสมอย่างถูกวิธี มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย แสงสว่างภายในบ้าน ห้องน้ำ ห้องส้วม พื้นบ้าน ขอบประตู พื้นต่างระดับ บันได การจัดวางสิ่งของ พรมเช็ดเท้า สัตว์เลี้ยง และพื้นที่บริเวณรอบ ๆ บ้าน เพื่อให้เหมาะสม

ปลอดภัย เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ในระยะยาว ผู้วิจัยสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยให้ผู้สูงอายุได้บันทึกกิจกรรมการเฝ้าระวังการหกล้มและการออกกำลังกาย ส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองให้กับผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ ผู้สูงอายุมีการเฝ้าระวัง ป้องกัน สังเกตตนเอง ตระหนักว่าตนเองมีโอกาสหกล้ม จึงต้องมีการระมัดระวัง และสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นจากการฝึกการปฏิบัติการทรงตัวที่บ้าน และการบันทึกข้อมูลในคู่มือการดูแลตนเอง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมป้องกันการหกล้ม โดยการให้ความรู้ ชมวิดีโอ แจกคู่มือ เยี่ยมบ้าน และจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>4</sup> ทำให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากอุบัติเหตุจากหกล้ม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

2. ระดับความรุนแรงของอาการปวดหัวเข่า พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ กลุ่มตัวอย่างมีระดับอาการปวดหัวเข่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า อาการปวดเข่าเป็นความเสี่ยงปัจจัยภายในของกลุ่มตัวอย่าง ที่จะทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดเข่า และให้คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยอาการปวดเข่า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะการจัดการตนเองในเรื่องการบริหารกล้ามเนื้อขา น่อง และข้อเข่า โดยใช้ท่าที่ 1 ฝึกลองที่ฝ่าเท้าออกแรงดึง ท่าที่ 2 ออกแรงเกร็งกล้ามเนื้อหน้าขา ท่าที่ 3 ทำนอนยกขาเกร็งที่ละข้าง ท่าที่ 4 ทำนอนยกสะโพกและหน้าขา ท่าที่ 5 การยกเท้า เกร็งกล้ามเนื้อ บริเวณต้นขา กระดกเท้าขึ้นลง ท่าที่ 6 ทำจับเก้าอี้ย่อเข่าขึ้นลง การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อ ทำอย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุได้ฝึกการออกกำลังกายด้วยวิธีที่ปลอดภัย โดยให้นั่งเก้าอี้ ขณะปฏิบัติ ทำข้างละ 10 ครั้ง อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อบริเวณขาและหัวเข่า ให้มีความแข็งแรง ช่วยลดอาการปวดเข่า หลีกเลี่ยงท่าทางและอิริยาบถในชีวิตประจำวันเป็นท่าที่ไม่เหมาะสม เช่น การนั่งยอง ๆ นั่งพับเพียบ หรือนั่งขัดสมาธิ แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักบำบัดอาการด้วยตนเองได้ ฝึกทักษะการสังเกตอาการผิดปกติของข้อเข่าด้วยตนเอง เช่น อาการปวดเข่า เข่าบวม แดงร้อน ข้อติด ข้อฝืด มีเสียง ในข้อ รวมทั้งผู้วิจัยยังมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและเกิดทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองในการป้องกันการหกล้มไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างที่อาการปวดเข่าจะได้รับ ข้อมูลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมตามแบบแผนการรักษา ประกอบกับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอาการปวดหัวเข่าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และมีวิธีการจัดการกับอาการปวดหัวเข่าเบื้องต้น เช่น นวด ประคบ บรรเทาอาการปวด เป็นต้น อาการปวดยังไม่รบกวนคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างยังคงสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการใช้โปรแกรมในการลดปัญหาข้อเข่าเสื่อม พบว่า การให้ความรู้ และการออกกำลังกาย หลังการทดลองมีระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>22</sup> และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมจัดการตนเองด้วยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าร่วมกับการประคบร้อนในผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม หลังได้รับโปรแกรมจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดข้อเข่าลดลง มีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงของขาในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น และมีคะแนนเฉลี่ยการทรงตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>23</sup>

3. ระดับความสามารถในการทรงตัว พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการทรงตัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ฯ ผู้วิจัยได้มีการสนับสนุนและกระตุ้นให้ออกกำลังกาย ทุกสัปดาห์ต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละไม่ต่ำกว่า 30 นาที โดยเน้นการฝึกบริหารกล้ามเนื้อต้นขาและรอบหัวเข่าด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาเป็นประจำ ทำให้สามารถยืนและทรงตัวได้ดี ผลการทดสอบ Time Up and Go เดินในระยะ 3 เมตร หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ เนื่องจากโปรแกรม ฯ ได้เน้นการออกกำลังกาย ที่มีความเหมาะสมและข้อจำกัดของร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง มีรูปแบบและท่าทางที่สามารถปฏิบัติได้ และใช้เวลาไม่นาน โดยใช้การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา และสามารถปฏิบัติเองได้ที่บ้าน พร้อมกับติดตามการปฏิบัติโดยโทรศัพท์ ติดตาม และกระตุ้นให้ออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ได้ฝึกการออกกำลังกาย ทุกครั้งต่อเนื่องด้วยตนเอง เมื่ออยู่ที่บ้านก็ทำเป็นประจำสม่ำเสมอ ตามที่ผู้วิจัยได้สอนและให้ความรู้ตามโปรแกรม ซึ่งการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ส่งผลดีต่อการสร้างกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ระดับความสามารถในการทรงตัวของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งบอกถึงการเพิ่มขึ้นของความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อ และการทรงตัวในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาข้อดีสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมครอบครัวเพื่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่อการป้องกันการหกล้ม ระดับความสามารถในการทรงตัวและการเดินแบบ TUG ของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>24</sup>

4. ความเสี่ยงต่อการหกล้ม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการหกล้มต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า จากการประเมินความเสี่ยงการพลัดตกหกล้ม (Thai FART) ที่นำมาใช้โปรแกรมนี้ มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อประเมิน และให้คำแนะนำ ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ทั้งภายในและ สิ่งแวดล้อม ภายนอกบ้าน การไต่เต้า ที่มีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม เช่น ยาความดันโลหิตสูง ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท ความต่อเนื่องในการออกกำลังกาย และการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่บ้าน สอบถามปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ พร้อมทั้งหาทางแก้ไขร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ผลลัพธ์จากการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการเสริมแรง การชื่นชม และกำกับติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติตนในการป้องกันการหกล้มเพิ่มสูงขึ้น และลดความเสี่ยงการหกล้มได้ดี การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมสำคัญเพื่อให้การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงภายนอก ให้เกิดการหกล้มในกลุ่มตัวอย่างได้ พร้อมกับเสริมแรง ให้กำลังใจและกระตุ้นเตือน เพื่อทำให้เกิดการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และติดตามพฤติกรรมจัดการตนเองในการเฝ้าระวังการหกล้มด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้อาจลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในกลุ่มตัวอย่างลงได้

ผลการศึกษาข้อดีสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัยในการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น การทรงตัว มีคะแนน Thai FART และมีผลการทดสอบ TUGT ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและไม่พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม<sup>25</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้บริหารสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ประกอบการพัฒนานโยบาย โปรแกรมการจัดการความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุต่อเนื่องในชุมชน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการหกล้มและ อัตราการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน
2. พยาบาลชุมชน ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองฯ ไปประยุกต์ ใช้ในการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ โดยปรับกิจกรรม ให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนและทรัพยากรที่มี

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินการคงอยู่ของความสามารถในการจัดการตนเองและป้องกันการพลัดตกหกล้ม
2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes) หรือประสิทธิผล (effectiveness) ของโปรแกรม ฯ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ
3. ควรมีการวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อลดจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยปัญหากระดูกหัก จากการหกล้มให้น้อยลง

## เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560–2579) ด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2566. <https://www.dop.go.th/th/know/15/415>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ 2566–2570 (ฉบับทบทวนปี 2567). นครปฐม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม; 2566.
4. ปาจารย์ แซไซ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข. 2566;2(3):35–49.
5. วีระพงศ์ สีหาปัญญา. ความสัมพันธ์ระหว่างโรคข้อเข่าเสื่อมกับความเสี่ยงในการล้มในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา ตำบลแก้งแอน อำเภอลำปาง จังหวัดสุรินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2561;33(5):57.
6. ศุภฤทธิ เสงคราวิทย์. การป้องกันและชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;26(1):105–10.
7. ทิพย์รัตน์ ผลอินทร์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, วิราพรณ วิโรจน์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความกลัวการหกล้ม และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2560;29(1):36–50. doi:10.58837/CHULA.CUNS.29.1.4
8. ลลิตา ปักเขมาลัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2564;27(1):166–81.

9. เพ็ญนภา มะหะหมัด. ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้มในตำบลสุโงโกลก จังหวัดนราธิวาส. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2563;5(3):17–22.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. 2566. <https://npt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
11. ทัดถน พละไชย, ศิริญพร บุสหงส์, อนุชา ไทยวงษ์. การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ: บทบาทที่ทำหายของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย. 2561;14(2):1–11.
12. ชวิศ เมธาบุตร. การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3):969–85.
13. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบการพยาบาลในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบเร่งรัดและผู้ดูแล. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสัย; 2564.
14. อีรพันธ์ จันทร์เป็ง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมครอบครัวเพื่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่อการป้องกันการหกล้ม [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563.
15. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Bekaert's M, Zeidner M, Pintrich PR, editors. Handbook of self-regulation. San Diego (CA): Academic Press; 2000. p.601–629. doi:10.1016/B978-012109890-2/50047-0
16. Cohen J. Statistical power analysis for behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 1977.
17. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: ฅนจันตาศรีเอชั่น; 2564.
18. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. ยากันล้ม: คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2558.
19. ธนินนิตย์ ลีรพันธ์. การป้องกันโรคปวดเข่า ข้อเข่าเสื่อม. เชียงใหม่: ศรีพัฒน์ เมดิคอล เซ็นเตอร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556. <https://sriphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge-143>
20. กมลทิพย์ หลักมัน. การรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลท่าขุมเงิน อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
21. Department of Health, Ministry of Public Health. Elderly health record. Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University Press; 2015.
22. ชนิดา อินทร์แก้ว. การศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมในการลดปัญหาข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช้างซ้าย อำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2562;33(2):293–302.
23. สุรินทร์ ดวงพร, สยามภู ไสหา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าร่วมกับการประคบร้อนในผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง. วารสารกายภาพบำบัด. 2566;45(2):97–111.
24. นงนุช วงศ์สว่าง, กิรติกิจ ธีระวุฒิวงษ์, ธนะวัฒน์ รวมสุก. การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ: บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2564;1(1):68–77.
25. ปิยะรัตน์ สวนกุล, หัสยาพร อิทยศ. ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2566;31(1):27–42.

การพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ  
ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา  
Development of a model for promoting exercise among the elderly in  
Songklong Subdistrict Health Promotion Hospital, Bangpakong District,  
Chachoengsao Province

พรวิจิตร ปานนาค\*

Pornvijit Pannark\*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง จังหวัดฉะเชิงเทรา

\*Songklong Subdistrict Health Promotion Hospital, Chachoengsao Province

Corresponding author: Pornvijit Pannark; E-mail: iapple5765@gmail.com

(Received: November 29, 2024; Revised: March 9, 2025; Accepted: March 13, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา 2) พัฒนา รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกาย 3) ศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาจากตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 25 คน 2) การพัฒนา รูปแบบ ฯ จากตัวแทนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และตัวแทน อสม. จำนวน 30 คน และ 3) ศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบ ฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน โดยจัดกิจกรรม 4 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางสนทนากลุ่ม 2) แนวทางการพัฒนา รูปแบบ ฯ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง .67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .82 - .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวและไม่มีกิจกรรมการออกกำลังกายที่ชัดเจน กิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจ คือ กิจกรรมที่มีความสนุกสนานไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ 2) รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกาย ได้แก่ การให้ความรู้ การเสนอตัวแบบ การสาธิต ฝึกปฏิบัติ และการให้สิ่งชักจูง และ 3) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$

คำสำคัญ: การส่งเสริมการออกกำลังกาย, ผู้สูงอายุ

### Abstract

This research and development The objectives are to 1) analyze the situation and problems 2) develop a model for promoting exercise 3) study the effectiveness of using a model for promoting exercise for the elderly. The research steps consisted of 3 phases: 1) study the situation and problems from 25 elderly representatives, 2) develop the model from 30 elderly representatives, sub-district health promoting hospital staff, and village health volunteers, and 3) study the effectiveness of using the model in the experimental and control groups, with 40 people per group. The activities were organized 4 times over 8 weeks. The research instruments were 1) group discussion guideline, 2) model development guideline, and 3) a questionnaire on exercise promotion behavior among the elderly. The content validity was checked by 3 experts with a consistency index of .66-1.00 and Cronbach's alpha coefficient of .82-.85. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The research results found that 1) most of the elderly had underlying diseases and no clear exercise activities. The activities that most of the elderly were interested in were fun activities that did not cause injuries. 2) The comprehensive exercise promotion model, including providing knowledge, presenting models, demonstrating, practicing, and providing incentives. 3) The experimental group and the control group had significantly different exercise promotion behaviors at a statistical significance level of  $p < .001$ .

**Keyword:** promotion of exercise, elderly

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั้งในปริมาณและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด ตามแนวโน้มผู้สูงอายุไทยของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขพบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น คาดว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.55 ของประชากรทั้งประเทศ ทั้งนี้การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ<sup>1</sup> ตามผลสำรวจของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ในปีพ.ศ. 2565 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 18.30 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2559-2579)<sup>2</sup> โดยมีเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเอง ดำรงชีวิตประจำวันได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์ คือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคม เน้นส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองได้ จากการสำรวจข้อมูลประชากรจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ามีผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.77 เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 52.31 เมื่อพิจารณาสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าระดับเขต ร้อยละ 18.74 แต่น้อยกว่าระดับประเทศ ร้อยละ 21.54 และจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) อำเภอบางปะกง มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.66 มากเป็นอันดับ 2 ของจังหวัด และในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง มีผู้สูงอายุ จำนวน 2,388 คน มากเป็นอันดับ 3 ของอำเภอบางปะกง<sup>3</sup> จากการรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 9 ด้าน ได้แก่ ความคิดความจำ การเคลื่อนไหวร่างกาย การขาดสารอาหาร การได้ยิน ภาวะซึมเศร้า การกลืนปัสสาวะ การมองเห็น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพช่องปาก พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Timed Up and Go test: TUGT) มากที่สุดถึงร้อยละ 19.20 โดยพบว่าปัญหาการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุ เกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกาย และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 28-35 ส่วนในผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป เสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 32-42 และพบว่ามื่ออัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มสูงเป็นอันดับ 2 เฉลี่ย 3 คนต่อวัน รองจากการ

เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน<sup>4</sup> ซึ่งเป็นการบ่งชี้ภาวะสุขภาพ และจำเป็นต้องให้การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ นอกจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ส่งผลต่อระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ที่สังเกตได้ชัดเจนแล้ว พบว่าผู้สูงอายุยังมีความเสื่อมด้านสมรรถภาพร่วมด้วย เช่น ความอดทน ความว่องไว และความแข็งแรงลดลง โดยอัตราการเสื่อมสมรรถภาพของผู้สูงอายุสูงขึ้น ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพตามวัย กล่าวคือ กล้ามเนื้อหัวใจลิบเนื่องจากขาดการใช้งาน กระดูกผุ และเปราะง่าย ข้อต่อต่าง ๆ เสื่อม น้ำหล่อเลี้ยงข้อลดลง เกิดภาวะข้อติดแข็ง ข้ออักเสบ ประสิทธิภาพการทำงานของสมอง และประสาทอัตโนมัติลดลง เกิดความคิดที่เชิงซ้ำ สูญเสียการควบคุมการทรงตัว ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและความว่องไวลดน้อยลง<sup>5</sup> ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้มีการสร้างเสริม และฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันโรคต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวที่ดี การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การลดความเครียด การบริโภคอาหารในปริมาณที่เหมาะสม เป็นต้น ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่การพัฒนาและป้องกันการเสื่อมของสุขภาพ ลดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วย และเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นความสามารถของบุคคลและเชื่อว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเอง<sup>6</sup> ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากประสบการณ์เดิมที่เคยปฏิบัติมาตามคุณลักษณะของบุคคลนั้น โดยมีปัจจัยด้านกายภาพและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเข้ามา เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หากบุคคลให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเองมากเท่าใด บุคคลนั้นจะมีความมุ่งมั่นในการรับรู้ถึงข้อมูล การสร้างเสริมสุขภาพนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อช่วยให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง มีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง โดยนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย เป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

### ขอบเขตการวิจัย

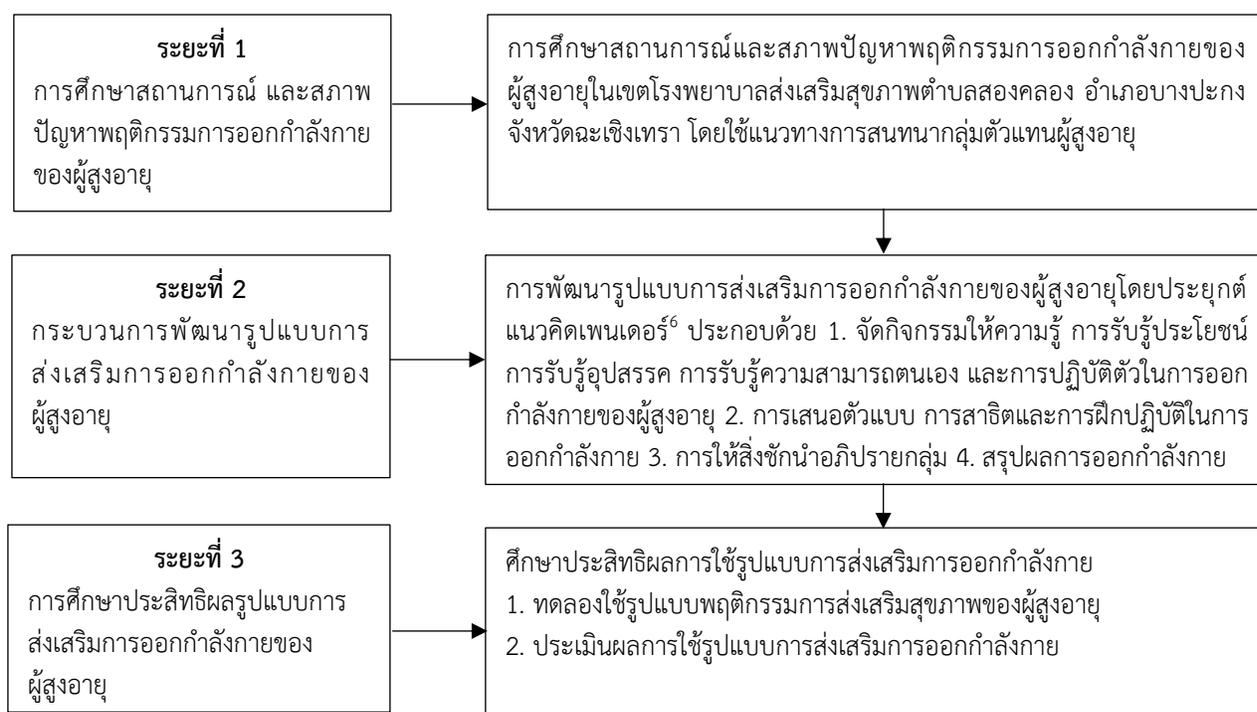
**ขอบเขตด้านประชากร** คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่ตำบลสองคลอง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 2,309 คน

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ตัวแปรตาม คือ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย

**ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่** ศึกษาวิจัยระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2567 พื้นที่ในการวิจัย ตำบลสองคลอง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ<sup>6</sup> ในด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย ร่วมกับการให้สิ่งชักนำในการออกกำลังกาย เช่น การพูดชักจูง ให้กำลังใจ การให้รางวัลสำหรับผู้ที่ยกกำลังกายสม่ำเสมอ และการกระตุ้นเตือนด้วยแบบบันทึกการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการออกกำลังกาย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

**ชนิดของการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1** การศึกษาสถานการณ์การออกกำลังกายและสภาพปัญหาด้านพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุ

### ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

**ประชากร** คือ แกนนำผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่ตำบลสองคลอง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 250 คน อสม. จำนวน 85 คน รวมทั้งสิ้น 335 คน

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** คือ ตัวแทนแกนนำผู้สูงอายุ ได้แก่ อดีตผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ และตัวแทน อสม.จำนวน 25 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. แกนนำผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด หรือการมองเห็น สามารถสื่อสารได้
3. มีความเต็มใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างขอลาออกจากโครงการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายและสภาพปัญหาด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) สถานการณ์การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 2) พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 3) ปัญหา อุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ 4) ความต้องการ รูปแบบการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ<sup>6</sup> ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย 2) ด้านการรับรู้ประโยชน์ 3) ด้านการรับรู้อุปสรรค 4) ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย และ 5) ด้านการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

### การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (credibility)

โดยผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง โดยการส่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่ม ย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความครอบคลุม ความลึกซึ้งของข้อมูล และยืนยันความน่าเชื่อถือ ความคงที่ของข้อมูล (dependability) โดยผู้วิจัยถอดเทปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ อย่างเป็นอิสระจากนั้นนำประเด็นมาปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาประเด็นหลักและสาระไปในทางเดียวกัน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และดำเนินการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง โดยการสนทนากลุ่มครั้งแรก 1 ชั่วโมง มีตัวแทนผู้สูงอายุเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 25 คน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเรียบเรียง จัดกลุ่มเนื้อหา (content analysis) ถอดรหัส ความหมาย (codification) หรือให้ความหมายกับข้อมูล จำแนกและจัดระบบข้อมูล และสรุปผลสถานการณ์ พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุและสภาพปัญหาปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (trustworthiness) โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสอดคล้องและการตีความของผู้วิจัย ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบความเชื่อถือได้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลโดยสอบถามกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ และการสร้างความเป็นกันเองกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีการแสดงออกที่เป็นธรรมชาติ 2) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยในการศึกษาอย่างมีขั้นตอน ได้แก่ การนำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด ครบถ้วนและ

ครอบคลุม ตรงตามข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล และการถอดรหัสและการตรวจซ้ำอย่างเป็นขั้นตอน 3) ยืนยันผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลและการตรวจซ้ำโดยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล<sup>7</sup>

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การวิจัยในขั้นตอนนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

#### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ แกนนำผู้สูงอายุ จำนวน 250 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง จำนวน 3 คน อสม. จำนวน 85 คน รวมทั้งสิ้น 338 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ตัวแทนแกนนำผู้สูงอายุ จำนวน 25 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง จำนวน 2 คน ตัวแทน อสม. จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) และมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. แกนนำผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. ตัวแทน อสม. และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง
3. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด หรือการมองเห็น สามารถสื่อสารได้
4. มีความเต็มใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

กลุ่มตัวอย่างขอลาออกจากโครงการวิจัย

#### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

แนวการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ มีประเด็นการสนทนา ดังนี้

- 1) การส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในตำบลสองคลอง
- 2) ความเป็นไปได้ในการจัดรูปแบบ
- 3) รูปแบบ วิธีการ หรือผู้ที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย
- 4) การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบและกำหนดบทบาท
- 5) ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มตามแนวทางการสนทนา โดยนำเสนอคืนข้อมูล ผลสรุปสถานการณ์พฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และสภาพปัญหา ปัจจัยด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง ได้รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การเสนอตัวแบบ การสาธิต และฝึกปฏิบัติ นำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาไปตรวจสอบความเป็นไปได้จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน พยาบาลชุมชนผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน ได้ค่าเฉลี่ยความเป็นไปได้ของรูปแบบ เท่ากับ 4.36

**ระยะที่ 3** การศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ระยะนี้เป็นขั้นตอนการใช้รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ รายละเอียดดังต่อไปนี้

#### **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่ตำบลสองคลอง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 2,309 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่ตำบลสองคลอง อำเภอบางปะกงจำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มควบคุม 40 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G-power โดยผู้วิจัยกำหนดค่าอิทธิพล (effect size)<sup>8</sup> เท่ากับ .65 ค่า power เท่ากับ .80 ค่า error เท่ากับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 38 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 10 คน เป็นกลุ่มละ 42 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 42 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 42 คน จับคู่คุณลักษณะของเพศ และอายุระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมให้เท่ากัน โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. สามารถติดต่อสื่อความหมายเข้าใจกันได้ทั้งในการตอบแบบสอบถามรวมทั้งการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม และการออกกำลังกาย
3. ไม่มีข้อจำกัดในการทรงตัว และการเคลื่อนไหว
4. ไม่ปรากฏร่องรอยของโรคอื่น ๆ ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย และนำไปสู่โรคอันตรายอื่นอีก เช่น โรคของหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไต
5. มีความเต็มใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

มีเหตุภาวะความจำเป็น เช่น เจ็บป่วย เสียชีวิต ฯลฯ และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน กิจกรรมยามว่าง และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 69 ข้อ ดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย จำนวน 15 ข้อ ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ข้อที่ถูกให้ 1 คะแนน และข้อที่ตอบผิดให้ 0 โดยแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ มี 3 ระดับ<sup>9</sup> คือ มีความรู้อยู่ในระดับมาก (ตอบถูก 13 ข้อขึ้นไป) ระดับปานกลาง (ตอบถูก 10-12 ข้อ) และระดับน้อย (ตอบถูก 0-9 ข้อ)
2. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย จำนวน 15 ข้อกำหนดคะแนนแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่ามี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย เกณฑ์การแปลผล<sup>10</sup> ดังนี้ มีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก (คะแนน 35-45) ระดับปานกลาง (คะแนน 25-34) และระดับน้อย (คะแนน 15-24)
3. ด้านการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย จำนวน 15 ข้อกำหนดคะแนนแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่ามี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย เกณฑ์การแปลผล<sup>10</sup> ดังนี้ มีการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก (คะแนน 35-45) ระดับปานกลาง (คะแนน 25-34) และระดับน้อย (คะแนน 15-24)
4. ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย จำนวน 15 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่ามี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย เกณฑ์การแปลผล<sup>10</sup> ดังนี้ มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก (คะแนน 35-45) ระดับปานกลาง (คะแนน 25-34) และระดับน้อย (คะแนน 15-24)

5. ด้านการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย จำนวน 9 ข้อ คำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกเป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์การแปลผล<sup>10</sup> ดังนี้ คือ มีการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00) และระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน พยาบาลชุมชนผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน พิจารณาเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67-1.00 นอกจากนี้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, s Alpha Coefficient) ระหว่าง .82-.85

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เลขที่ PH\_CCO\_REC 096/2567 ลงวันที่ 10 กันยายน 2567 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยอธิบายรายละเอียด และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในปัจจุบันรวมถึงในอนาคต

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนการเตรียมการ** หลังจากได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยเมื่อได้รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุขึ้นมาแล้ว นำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างและเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวเองชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดในการตอบแบบสัมภาษณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นชื่อลงในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

**ขั้นตอนการวิจัย** โดยจัดกิจกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ระยะเวลาดำเนินการกิจกรรม จำนวน 8 สัปดาห์ ดังนี้

**ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1** ระยะเวลาอบรม 2 วัน ประกอบด้วย

วันที่ 1 (แผนกิจกรรมที่ 1 - 2) แผนกิจกรรมที่ 1 การสร้างความรู้

กิจกรรมที่ 1 โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความคุ้นเคย และได้รู้จักกันมากขึ้นของผู้เข้าอบรม และวิทยากรและมีส่วนร่วมในการกำหนดกติกาของการอบรมร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความสำคัญ ประโยชน์ของการออกกำลังกาย หลักการและวิธีการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ อุปสรรคของการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกรอยยิ้มมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้คิด

## แผนกิจกรรมที่ 2 การเสนอตัวแบบ

กิจกรรมที่ 1 ตัวแบบเป็นผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ โดยตัวแบบนำเสนอในเรื่องประวัติส่วนตัวได้แก่ 1) ชื่อ-สกุล 2) อาชีพ 3) สาเหตุที่ออกกำลังกาย 4) ความรู้สึกครั้งแรกในการออกกำลังกาย 5) ปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายครั้งแรก 6) วิธีการออกกำลังกาย 7) ความรู้หลังการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 8) ข้อเสนอแนะสำหรับผู้จะออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 9) แรงจูงใจในการออกกำลังกาย และผลลัพธ์ที่ได้จากการออกกำลังกาย

กิจกรรมที่ 2 ตัวแบบและผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสรุปกลุ่มเพื่อหาข้อยุติในการออกกำลังกายรวมกับของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง

กิจกรรมที่ 3 ชี้แจงเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย

วันที่ 2 ของกิจกรรม (แผนกิจกรรมที่ 3 - 4) ระยะเวลา 1 วัน

แผนกิจกรรมที่ 3 การสาธิตและการฝึกปฏิบัติในการออกกำลังกาย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างกลุ่มสัมพันธ์ทบทวนความรู้ที่ผ่านมา

กิจกรรมที่ 2 ออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ ที่เกิดจากการเลือกวิธีการออกกำลังกายของกลุ่มทดลอง โดยได้ระดมแนวความคิดและเลือกวิธีการออกกำลังกายและเริ่มดำเนินการฝึกปฏิบัติ

แผนกิจกรรมที่ 4 การอภิปรายกลุ่มและการสรุปผลการทดลอง การอภิปรายกลุ่ม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ ขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความต้องการอยากออกกำลังกาย โดยรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายกลุ่มทดลองได้ร่วมกันอภิปราย เลือกวิธีการออกกำลังกายมีการตั้งหัวหน้ากลุ่มในการออกกำลังกายโดยมีข้อตกลงร่วมกันในการออกกำลังกายทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์

**ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2** (ระยะเวลา 1 วัน) ติดตามผลเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย โดยประชุมวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคจากการฝึกการออกกำลังกายดำเนินงานในครั้งที่ 1 ร่วมปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางแก้ไข และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 3 โดย

1. ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม โดยผู้นำในการออกกำลังกายจะนำโปรแกรมการออกกำลังกายตามวันที่มีการลงมติของสมาชิกกลุ่มแต่อย่างน้อยจะต้องมาสัปดาห์ละ 3 วัน

2. ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กระตุ้นให้กำลังใจ ชมเชย

3. เริ่มใช้แบบบันทึกการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยทำขึ้นในสัปดาห์ที่ 2 ซึ่งแบบบันทึกการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายนี้ เป็นตารางบันทึกจำนวนครั้ง ระยะเวลาและการปฏิบัติตามขั้นตอนของการออกกำลังกายในแต่ละสัปดาห์ หรืออาจจะเป็นประเภทของการออกกำลังกาย หากผู้สูงอายุสามารถที่จะรวมกลุ่มในการออกกำลังกายได้ อสม. จะเป็นผู้ทำการบันทึก และมีการบันทึกการปฏิบัติตัวทุกวันที่มีการออกกำลังกาย จนครบระยะเวลา 8 สัปดาห์

**ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4** (ระยะเวลา 1 วัน) ประชุมวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานในครั้งที่ 2 และร่วมปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางแก้ไข และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรม ครั้งที่ 4

**ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 8** (ระยะเวลา 1 วัน) ประชุมวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานในครั้งที่ 3 และหาแนวทางพัฒนาสู่ความยั่งยืน

กลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1-8 กลุ่มควบคุมได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ระยะหลังดำเนินการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินการ 1 สัปดาห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา และการเปรียบเทียบการส่งเสริมการออกกำลังกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ของความแตกต่างก่อนและหลังโดยใช้สถิติ Shapiro wilk test ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ( $p > .05$ ) มีค่าเท่ากับ .230

### ผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ดำเนินการ 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

**ระยะที่ 1** ศึกษาสถานการณ์การออกกำลังกายของผู้สูงอายุและการศึกษาปัญหาด้านพฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง ผลพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว และไม่มีกิจกรรมการออกกำลังกายที่ชัดเจน “..ที่ชุมชนนี้ไม่มีลานออกกำลังกาย เพราะน้ำทะเลท่วมถึงตลอด..” และผู้สูงอายุหลายคนทำงานหนักมีพร้อมทั้งมีโรคกระดูกและข้อร่วมด้วย “...คนที่ช่วยตัวเองได้ก็ไปออกทะเล บางคนเดินทางลำบากต้องมีคนรับส่ง ต้องอยู่เฝ้าบ้าน...” ต้องการออกกำลังกาย แต่ไม่รู้วิธี ไม่เข้าใจ และกิจกรรมที่มีไม่มีสิ่งดึงดูดใจและไม่น่าสนใจ “...ฉันอยากออกกำลังกายนะ แต่ฉันอายุ ต้องทำในบ้านดูตามโทรทัศน์...” กิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจ ชอบมีความสุขสนุกสนานไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ต้องเป็นการออกแรงกระทำต่อกระดูกไม่มากเป็นการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง เช่น การเดิน การเดินรำ

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 62.50 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 77.50 ศีรษะระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.00 ด้านรายได้ของผู้สูงอายุต่อเดือนรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 82.00 กิจกรรมที่ทำบ่อยที่สุดเมื่อมีเวลาว่างผู้สูงอายุจะฟังเพลง ร้อยละ 47.51 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.00 ได้รูปแบบประกอบด้วย

1. การสร้างความรู้ โดยการอบรมผู้สูงอายุเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความสำคัญ ประโยชน์ของการออกกำลังกาย หลักการและวิธีการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ อุปสรรคของการออกกำลังกาย
2. การเสนอตัวแบบ โดยให้ผู้สูงอายุที่เป็นต้นแบบด้านการออกกำลังกาย ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์วิธีการออกกำลังกาย รวมถึงแรงจูงใจในการออกกำลังกาย และผลลัพธ์ที่ได้จากการออกกำลังกาย
3. การสาธิต และฝึกปฏิบัติ โดยผู้สูงอายุระดมความคิด และเลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตน และนำมาปฏิบัติ ระยะ 8 สัปดาห์ ๆ ละ 3 วัน โดยมีการกำกับติดตามจากผู้วิจัย สัปดาห์ละ 1 ครั้งและอสม ร่วมบันทึกพฤติกรรมของผู้สูงอายุขณะออกกำลังกาย

### ระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการดำเนินการใช้รูปแบบ ฯ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน พบว่าขอถอนตัวจากการวิจัย เนื่องมีการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม จึงเหลือกลุ่มเพียงกลุ่มละ 40 คนโดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.50 อายุเฉลี่ย 68 ปี (SD = 5.79) สถานภาพสมรส ร้อยละ 67.50 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.00 รายได้ของผู้สูงอายุต่อเดือนมีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 41.67 กิจกรรมที่ทำบ่อยที่สุดเมื่อมีเวลาว่างผู้สูงอายุจะฟังเพลง ร้อยละ 37.21 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.00

กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 67 ปี (SD = 5.95) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.50 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.00 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.83 กิจกรรมที่ทำบ่อยที่สุดเมื่อมีเวลาว่างจะดูโทรทัศน์ ร้อยละ 39.58 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.00

2. การเปรียบเทียบผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการใช้รูปแบบ ฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$  ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t- test	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนใช้รูปแบบ ฯ	2.51	0.52	3.92	0.62	1.36	.312
หลังใช้รูปแบบ ฯ	4.81	1.78	3.97	0.57	10.56	<.001*

\* $p < .05$

3. การเปรียบเทียบระดับความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย พบว่า

3.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย พบว่าก่อนใช้รูปแบบ ฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 10.28$ , SD = 2.56) และหลังใช้รูปแบบ ฯ มีค่าเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 12.33$ , SD = 1.37) สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนใช้รูปแบบ ฯ มีค่าเฉลี่ยความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 9.93$ , SD = 2.58) และหลังใช้รูปแบบ ฯ มีค่าเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 9.95$ , SD = 2.41) โดยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$

3.2 ด้านการรับรู้ประโยชน์ พบว่าก่อนใช้รูปแบบ ฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.48$ , SD = 0.02) และหลังใช้รูปแบบ ฯ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.67$ , SD = 2.00) สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนใช้รูปแบบ ฯ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.47$ , SD = 0.04) และหลังใช้รูปแบบ ฯ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.50$ , SD = 0.02) โดยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$

3.3 ด้านการรับรู้อุปสรรค พบว่าก่อนใช้รูปแบบ ฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.43$ , SD = 0.02) และหลังใช้รูปแบบ ฯ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.67$ , SD = 1.68) สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนใช้รูปแบบ ฯ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.38$ , SD = 0.03) และหลังใช้รูปแบบ ฯ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.42$ , SD = 0.02) โดยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$

3.4 ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่าก่อนใช้รูปแบบ ฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.05$ , SD = 0.10) และหลังใช้รูปแบบ ฯ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.52$ , SD = 2.92) สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนใช้รูปแบบ ฯ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 1.99$ , SD = 0.10) และหลังใช้รูปแบบ ฯ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.06$ , SD = 0.04) โดยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$

3.5 ด้านการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย พบว่าก่อนใช้รูปแบบ ฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.65$ , SD = 0.08) และหลังใช้รูปแบบ ฯ มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.57$ , SD = 1.22) สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนใช้รูปแบบ ฯ มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.65$ , SD = 0.11) และหลังใช้รูปแบบ ฯ มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.77$ , SD = 0.10) โดยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$  ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบระดับความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังใช้รูปแบบ ฯ (n = 40)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ ฯ		หลังใช้รูปแบบ ฯ		t-test	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	10.28	2.56	12.33	1.37	6.80	<.001*
ด้านการรับรู้ประโยชน์	2.48	0.02	2.67	2.00	6.91	<.001*
ด้านการรับรู้อุปสรรค	2.43	0.02	2.67	1.68	10.05	<.001*
ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง	2.05	0.10	2.52	2.92	9.59	<.001*
ด้านการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย	2.65	0.08	3.57	1.22	18.89	<.001*
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	9.93	2.58	9.95	2.41	0.07	.950
ด้านการรับรู้ประโยชน์	2.47	0.04	2.50	0.02	1.54	.130
ด้านการรับรู้อุปสรรค	2.38	0.03	2.42	0.02	1.65	.110
ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง	1.99	0.10	2.06	0.04	1.32	.200
ด้านการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย	2.65	0.11	2.77	0.10	1.83	.070

\*p < .05

## อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์การออกกำลังกายของผู้สูงอายุและการศึกษาปัญหาด้านพฤติกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองคลอง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวและไม่มีการออกกำลังกายที่ชัดเจน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล จ.อุตรธานี พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งไม่มีกิจกรรมการออกกำลังกายที่ชัดเจน และยังพบว่าผู้สูงอายุหลายคนทำงานหนัก มีโรคกระดูกและข้อร่วมด้วย<sup>11</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุต้องการออกกำลังกาย แต่ไม่รู้วิธีการ ไม่เข้าใจ รวมทั้งกิจกรรมที่ไม่มีสิ่งดึงดูดใจและไม่น่าสนใจ สำหรับความต้องการของผู้สูงอายุในการออกกำลังกายประกอบด้วย ความต้องการด้านร่างกาย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อกล้ามเนื้อ แขนขา ด้านจิตใจ และในขณะที่ออกกำลังกายมีเสียงดนตรีประกอบ ทำให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย มีความสุข ด้านสังคมทำให้ผู้สูงอายุได้มารวมกลุ่มทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจ ชอบมีความสุขสนุกสนานไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ต้องเป็นการออกกำลังกายท่าต่อท่ากระดูกไม่มากเป็นการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง เช่น การเดิน การเต้นรำ

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่ารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในตำบลสองคลอง ประกอบด้วย การสร้างความรู้ การเสนอตัวแบบ การสาธิต และฝึกปฏิบัติ

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ คือ มีการเข้าร่วมกิจกรรมจากตัวแทนผู้สูงอายุ มีการแสดงความคิดเห็นจากตัวแทนชุมชนมีกิจกรรมการพูดชักจูงให้กำลังใจ โดยมีการกระตุ้นเตือนด้วยแบบบันทึกการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายด้วยคำพูดโดยอ้อม และการให้รางวัลกับผู้ที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอในระหว่างการทำทดลองรวมถึงสรุปผลของการออกกำลังกาย เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นและเพื่อสร้างความยั่งยืนของพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์แนวคิดแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ประกอบด้วย การให้ชมวีดีทัศน์ การอธิบายประกอบแบบจำลอง การสาธิต การฝึกทักษะการออกกำลังกาย<sup>12</sup>

3. ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่าก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงการออกกำลังกายทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง และด้านการปฏิบัติตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ฯ นั้น เนื่องจากรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น มาจากความต้องการและมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ในการร่วมกันคิดและมีรูปแบบที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การให้ความรู้ โดยการบรรยาย ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ได้มีการสร้างสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน มีการประชุมกลุ่มย่อย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นซักถามปัญหาต่าง ๆ มีการสาธิตการออกกำลังกายด้วยวิธีการต่าง ๆ จากผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย และตัวแบบของผู้สูงอายุ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองได้ฝึกและปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง และมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาสอดคล้องกับประสิทธิผลของการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่าการบรรยายกลุ่มเป็นการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนจดจำเนื้อหา และมีความเข้าใจในเนื้อหาความรู้ รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามข้อสงสัยและแลกเปลี่ยนแปลงความรู้ซึ่งกันและกัน<sup>13</sup> เช่นเดียวกับแนวความคิดของเพนเดอร์และคณะ<sup>6</sup> ที่กล่าวไว้ว่า สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ มี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในซึ่งบุคคลนั้นกระทำแล้วรู้สึกดีขึ้น เช่น การออกกำลังกายมีความรู้สึกกระฉับกระเฉง แข็งแรง และปัจจัยภายนอกเป็นการได้รับจากบุคคลอื่น เช่น การให้รางวัล การให้กำลังใจ จะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น หากได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยชักนำให้เกิดการกระทำ ซึ่งในการวิจัยผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยเกิดจากการผสมผสานระหว่างกิจกรรมการให้ความรู้ และการนำเสนอตัวแบบในกิจกรรมการเสนอตัวแบบ โดยผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ได้เล่าประสบการณ์การออกกำลังกาย ผลดีที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเกิดความสนใจ การประชุมกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับการออกกำลังกาย ก่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมากขึ้น นอกจากนี้การสาธิตวิธีการออกกำลังกายต่าง ๆ โดยผู้เชี่ยวชาญในการออกกำลังกาย และฝึกปฏิบัติร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์จริง และได้รับรู้ถึงประโยชน์การออกกำลังกาย นอกจากนี้ผู้สูงอายุ คิดว่าการออกกำลังกายทำให้สนุก และมีการรวมกลุ่มในการออกกำลังกายจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีเพื่อน และมีโอกาสมาสังสรรค์มากขึ้น จนทำให้ร่างกายแข็งแรงเดินได้คล่องขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของเพนเดอร์ ได้เสนอแนะว่าการรับรู้ประโยชน์มีผลมาจากระดับของการมีส่วนร่วม คือ ถ้าบุคคลใดเข้าร่วมกิจกรรมนั้นมากก็จะรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรมมาก และสอดคล้องกับผลการศึกษารูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายที่ถูกต้องในผู้สูงอายุชุมชนบ้านสำราญ ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย และมีการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายที่ถูกต้องสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )<sup>14</sup>

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและทีมสุขภาพ สามารถนำผลการศึกษาในรูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ไปใช้ในการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน หรือในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุ บุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตรงกับปัญหาและความต้องการ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มชมรม หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสภาพที่แตกต่างกัน เช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน

### เอกสารอ้างอิง

1. นิธิรัตน์ บุญตานนท์, บรรณาธิการ. คู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan). กรุงเทพฯ: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560–2579). ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

3. คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center). สถิติประชากรผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา. 2567. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. การหกล้มในผู้สูงอายุ. 2564. <https://www.dop.go.th/th/know/15/548>
5. Nicholson C, Morrow EM, Hicks A, Fitzpatrick J. Supportive care for older people with frailty in hospital: An integrative review. *Int J Nurs Stud.* 2017;66:60-71. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.11.015
6. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 8th ed. New Jersey: Pearson Education Inc.; 2019.
7. Lincoln YS, Guba EG. Qualitative research guidelines project. 1985. <http://www.qualres.org/HomeTria-3692.html>
8. มยุรี ถนอมสุข, ศุภวรรณ วงศ์สร้างทรัพย์, สมบุญ ศิลปรุ่งธรรม, สุมิตร สุวรรณ, สุพรทิพย์ พุพะเนียด. การสร้างต้นแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุอำเภอกำแพงแสน. 2558. [https://www.edu.kps.ku.ac.th/DBresearch/document/DB\\_RESEARCH/Research48.pdf](https://www.edu.kps.ku.ac.th/DBresearch/document/DB_RESEARCH/Research48.pdf)
9. Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill Book; 1976.
10. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall Inc.; 1986.
11. กาญจนา ปัญญาธร. พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับ: กรณีศึกษาบ้านหนองตะไค้ จังหวัดอุดรธานี. ใน: เอกสารการประชุมใหญ่การนำเสนอผลงานวิชาการระดับชาติ เรื่องสหวิทยาการ: ความหลากหลายทางวัฒนธรรมสู่ประชาคมอาเซียน; 2557.
12. สุรศักดิ์ อธิมานนท์. การประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
13. สุปราณี หมื่นยา. ประสิทธิภาพของการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.* 2560;25(1):74-81.
14. ศราวัลย์ อิมอุดม. การประยุกต์รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องในผู้สูงอายุชุมชนบ้านสำราญ ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมะการักษ์

The effectiveness of health education program on knowledge caregivers of  
stroke patients in the Female Medical Ward at Makarak Hospital

นิศาชล สำแดงเดช\*

Nisachon Samdangdech\*

โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

\*Makarak Hospital, Kanchanaburi Province

Corresponding author: Nisachon Samdangdech; E-mail: dream.nisachon@gmail.com

(Received: November 29, 2024; Revised: February 27, 2025; Accepted: February 28, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมะการักษ์ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาระหว่าง .67-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.70 ( $\bar{X}$  = 12.20, SD = 1.35) ทักษะการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 66.67 ( $\bar{X}$  = 10.70, SD = 3.01) ทักษะการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง ร้อยละ 50 ( $\bar{X}$  = 1.63, SD = 0.72) หลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.00 ( $\bar{X}$  = 14.03, SD = 1.40) ทักษะการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.67 ( $\bar{X}$  = 19.83, SD = 1.42) ทักษะการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางและมาก ร้อยละ 73.33, 26.67 ตามลำดับ ( $\bar{X}$  = 3.17, SD = 0.59) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 4.46, SD = 0.50)

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขศึกษา, ความรู้ของผู้ดูแล, ทักษะของผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### Abstract

This quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design aimed to compare the knowledge and skills of caregivers of stroke patients before and after participating in the health education program. The samples comprised 30 caregivers of stroke patients in the Female Medical Ward at Makarak Hospital. The research instruments included a health education program, a knowledge assessment test, a skill evaluation form, and a satisfaction assessment form, which were validated by three experts, yielding content validity values ranging from .67-1.00 and a reliability coefficient of .83. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that before participating in the health education program, caregivers had a high level of knowledge, with 66.70% ( $\bar{X}$  = 12.20, SD = 1.35). However, their skills in performing daily activities were at a low level, with 66.67% ( $\bar{X}$  = 10.70, SD = 3.01) and their skills in physical rehabilitation for patients were at low to moderate levels, at 50% ( $\bar{X}$  = 1.63, SD = 0.72). After participating in the health education program, caregivers exhibited a high level of knowledge at 90.00% ( $\bar{X}$  = 14.03, SD = 1.40). Their skills in performing daily activities increased to a high level at 56.67% ( $\bar{X}$  = 19.83, SD = 1.42) while skills in patient physical rehabilitation were at a moderate level at 73.33% and a high level at 26.67% ( $\bar{X}$  = 3.17, SD = 0.59). The two groups were statistically significantly different. ( $p < .001$ ). The overall satisfaction level was high ( $\bar{X}$  = 4.46, SD = 0.50).

**Keywords:** health education program, caregiver knowledge, caregiver skills, stroke patients

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการ จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยในปีพ.ศ. 2563 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 53 ต่อแสนประชากร เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.00 เพศหญิง ร้อยละ 42.00 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 69.00<sup>2</sup> ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560-2563 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคนอัตรา 479, 534 และ 588 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอัตรา 48, 47, 53 และ 53 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ<sup>3</sup> ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความพิการ ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ความบกพร่องด้านการกลืน การสื่อสาร ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และด้านอารมณ์ ส่งผลต่อครอบครัวและสังคม<sup>4</sup> เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดภาวะทุพพลภาพและการฟื้นฟูสภาพจากผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง<sup>5</sup>

จากข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 5 ปีพ.ศ.2562-2563 โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มารับบริการ จำนวน 197, 258 คนตามลำดับ มีอัตราเสียชีวิต ร้อยละ 18.00, 19.40 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอันดับที่ 3 ของเขตสุขภาพที่ 5<sup>6</sup> ทั้งนี้โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีการจัดตั้งโซนดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะ (stroke corner) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและอายุรกรรมชาย โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม และให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาจนกระทั่งพ้นภาวะวิกฤต 24 ชั่วโมง โดยการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เรื่องความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง แนวทางการรักษาของแพทย์ การดูแลผู้ป่วยในเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การ

เตรียมอาหารและให้อาหารทางสายให้อาหารสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที จากการเก็บข้อมูลในปีพ.ศ. 2563-2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการรักษาที่แผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จำนวน 25, 37 และ 94 ราย ตามลำดับ<sup>6</sup> เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาซ้ำ จำนวน 15 ราย และมีการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4 วัน ซึ่งพบว่าปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ คือ การมีภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาตัวที่บ้าน ได้แก่ เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร จำนวน 8 ราย ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 5 ราย และเกิดแผลกดทับ จำนวน 3 ราย จากการทบทวนการปฏิบัติงานใน Stroke Corner พบว่า การให้ความรู้ขณะอยู่โรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน ซึ่งเป็นการให้ความรู้ข้างเดียวตามกิจกรรมการพยาบาล ไม่มีเอกสารประกอบการให้ความรู้ให้กับญาติหรือผู้ป่วย รวมทั้งไม่มีการเตรียมผู้ดูแล และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล เช่น ทักษะการประเมินผู้ป่วย ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการสอนสุขศึกษาที่โรงพยาบาลไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลักที่บ้าน ทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมความรู้และทักษะผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน โดยการให้ความรู้และสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลหลัก ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และมีทักษะการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น<sup>7</sup> และลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<sup>8</sup>

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมะการักษ์ ตระหนักถึงความสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ดูแลหลักขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้และทักษะของญาติผู้ดูแล<sup>9</sup> โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การฝึกทักษะในการดูแลกิจวัตรประจำวัน เพื่อเป็นแนวทางให้กับผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมะการักษ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมะการักษ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมะการักษ์ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

### ขอบเขตการวิจัย

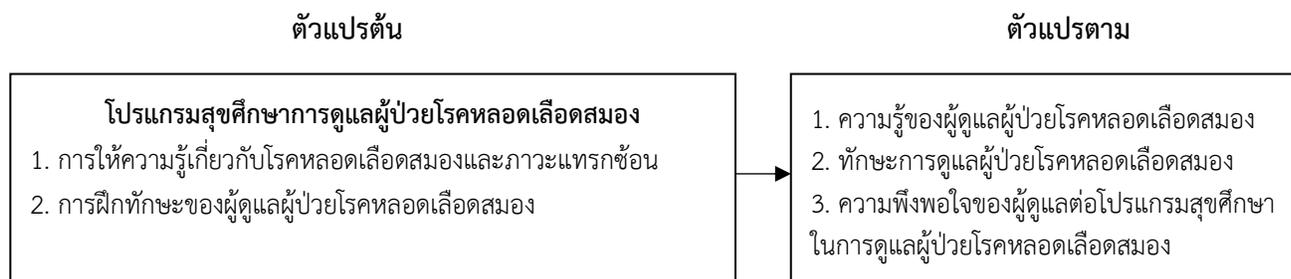
**ขอบเขตด้านประชากร** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมะการักษ์

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตัวแปรตาม คือ ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อโปรแกรมสุขศึกษา

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม -31 สิงหาคม 2566 หอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมะการักษ์

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อน การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการดำเนินการวิจัย

**ชนิดของการวิจัย** การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest - posttest design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมะการักษ์

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นลักษณะอยู่โรงพยาบาล ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม -31 สิงหาคม 2566

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G\*Power V.3.1.9.2 กำหนด effect size .77 ระดับความเชื่อมั่น ( $\alpha$ ) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .95 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน<sup>9</sup> เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 25.00 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

#### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ขณะอยู่ในโรงพยาบาล
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้ มองเห็น รับฟังและสื่อสารตามปกติได้ ไม่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
3. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

#### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลขอลอนตัวหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. ผู้ป่วยย้ายออกจากหอผู้ป่วย หรือเสียชีวิตก่อนสิ้นสุดโปรแกรม ฯ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสุขศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แผ่นพับประกอบการบรรยาย เนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การรักษา และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 การให้ความรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล และอยู่บ้าน ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการเกิดแผลกดทับ

1.3 การฝึกทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล การแต่งกาย การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การเคลื่อนไหวร่างกาย การพักผ่อนนอนหลับ และการสาดิยย้อนกลับ

1.4 การฝึกทักษะการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check lists)

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก หรือ ผิด การให้คะแนนตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน แผลผลคะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้ ความรู้ระดับมาก (12-15 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (10-11 คะแนน) และความรู้ระดับน้อย (0-9 คะแนน)<sup>10</sup>

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

1) แบบประเมินทักษะการดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลความสะอาดส่วนบุคคล การแต่งกาย การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การเคลื่อนไหวร่างกาย การพักผ่อนนอนหลับ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นคำถามปลายปิด แบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ 0 = ไม่สามารถปฏิบัติทักษะนั้นได้เลย 1 = สามารถปฏิบัติทักษะนั้นได้บ้าง และ 2 = สามารถปฏิบัติทักษะนั้นได้อย่างถูกต้อง เกณฑ์การแปลผลคะแนน<sup>11</sup> ดังนี้ ระดับน้อย (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50.00) ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50.00-75.00) ระดับมาก (คะแนนสูงกว่าร้อยละ 75.00)

2) แบบประเมินทักษะการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย ประเมินโดยผู้วิจัยด้วยวิธีสังเกตการปฏิบัติ และซักถามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นคำถามปลายปิด แบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ 0 = ไม่สามารถปฏิบัติทักษะนั้นได้เลย 1 = สามารถปฏิบัติทักษะนั้นได้บ้าง และ 2 = สามารถปฏิบัติทักษะนั้นได้อย่างถูกต้อง เกณฑ์การแปลผลคะแนน<sup>11</sup> ดังนี้ ระดับน้อย (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50.00) ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50.00-75.00) ระดับมาก (คะแนนสูงกว่าร้อยละ 75.00)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจโปรแกรมสุขศึกษา จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) ได้แก่ พึงพอใจน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก

5/12

และมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์การแปลผล ความพึงพอใจในระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49) ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49)<sup>12</sup>

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยนำโปรแกรมสุขศึกษา แบบทดสอบความรู้โรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางด้าน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย (try out) จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี เลขที่การรับรองจริยธรรม 121 รับรองวันที่ 21 เมษายน 2566 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาที่ได้รับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ ผู้วิจัยขอการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อรับสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าร่วมโครงการ และนัดหมายการทำกิจกรรมการส่งเสริมความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 4 วัน ใช้ระยะเวลาวันละ 1 ชั่วโมง ดังนี้

วันที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและร่วมกันกับครอบครัวผู้ป่วยในการพิจารณาคัดเลือกผู้ดูแลที่เหมาะสม มีการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (pre-test) นัดหมายผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรม

วันที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง โรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเองได้ และสำหรับผู้ป่วยที่รับประทานอาหารทางสายให้อาหาร การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลการขับถ่ายและการฟื้นฟูสภาพร่างกายการทำกายภาพบำบัด

วันที่ 3 ผู้วิจัยฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 1 ด้วยวิธีการสาธิต วิธีการปฏิบัติโดยให้ผู้ดูแลตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยจากผู้วิจัยและให้ผู้ดูแลทดลองฝึกปฏิบัติจริง ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยกำหนดทักษะดังนี้

- ทักษะการดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำและการดูแลความสะอาดส่วนบุคคล การแต่งกาย การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การเคลื่อนไหวย่างกาย การพักผ่อนนอนหลับ
- ทักษะการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

วันที่ 4 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย พร้อมทั้งศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย และดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลดำเนินการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามผลของการดำเนินการโดยการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และทางโทรศัพท์เพื่อประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วย เป็นเวลา 1 เดือน

3. การประเมินผล โดยประเมินความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล (post-test)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความพึงพอใจ ใช้สถิติเชิงพรรณนา แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะ เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ของความแตกต่างของข้อมูลระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov Test พบว่าเป็นโค้งปกติ

#### ผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.34 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 70.00 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.34 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 60.00 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 73.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
หญิง	22	73.33
ชาย	8	26.67
<b>อายุ (ปี)</b>		
21-30	1	3.33
31-40	9	30.00
41-50	13	43.34
51-60	4	13.33
61 ปีขึ้นไป	3	10.00
<b>สถานภาพ</b>		
สมรส	21	70.00
โสด	6	20.00
หม้าย	3	10.00
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	13	43.34
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	23.33
มัธยมศึกษาตอนปลายและปวช.	7	23.33
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3	10.00

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
รับจ้างทั่วไป	18	60.00
เกษตรกรกรรม	6	20.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	6.67
ธุรกิจส่วนตัว	1	3.33
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	10.00
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>		
บุตร/หลาน	22	73.34
พี่/น้อง	6	20.00
สามี/ภรรยา	2	6.66

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.70 ( $\bar{X} = 12.20$ ,  $SD = 1.35$ ) หลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.00 ( $\bar{X} = 14.03$ ,  $SD = 1.40$ ) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (n = 30)

ระดับความรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		t-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับความรู้น้อย	1	3.33	0	0.00		
ระดับความรู้ปานกลาง	9	30.00	3	10.00		
ระดับความรู้มาก	20	66.67	27	90.00		
ภาพรวม	$\bar{X} = 12.20$ , $SD = 1.35$		$\bar{X} = 14.03$ , $SD = 1.40$		-6.648	<.001*

\*p < .05

### 3. ผลการเปรียบเทียบทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

3.1 ทักษะการดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 66.67 ( $\bar{X} = 10.70$ ,  $SD = 3.01$ ) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.67 ( $\bar{X} = 19.83$ ,  $SD = 1.42$ ) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

3.2 ทักษะการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง ร้อยละ 50.00 ( $\bar{X} = 1.63$ ,  $SD = 0.72$ ) หลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก ร้อยละ 73.33 และ 26.67 ตามลำดับ ( $\bar{X} = 3.17$ ,  $SD = 0.59$ ) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (n = 30)

ระดับทักษะ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		t-test	p-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>การดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน</b>						
น้อย	20	66.67	0	0.00		
ปานกลาง	10	33.33	13	43.33		
มาก	0	0.00	17	56.67		
ภาพรวม	$(\bar{X} = 10.70, SD = 3.01)$		$(\bar{X} = 19.83, SD = 1.42)$		16.472	<.001*
<b>การฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย</b>						
น้อย	15	50.00	0	0.00		
ปานกลาง	15	50.00	22	73.33		
มาก	0	0.00	8	26.67		
ภาพรวม	$(\bar{X} = 1.63, SD = 0.72)$		$(\bar{X} = 3.17, SD = 0.59)$		13.356	<.001*

\*p < .05

4. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.46, SD = 0.50$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.66, SD = 0.54$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมสุขศึกษา (n = 30)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>1. ด้านวัตถุประสงค์</b>	4.53	0.50	มากที่สุด
1.1 มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรม			
<b>2. ด้านความคิดเห็น</b>			
2.1 การประชาสัมพันธ์กิจกรรม/โครงการ	4.33	0.47	มาก
2.2 รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.43	0.50	มาก
2.3 สิ่งอำนวยความสะดวกมีความเหมาะสม	4.36	0.61	มาก
2.4 เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.33	0.71	มาก
2.5 สถานที่จัดมีความเหมาะสม	4.13	0.73	มาก
<b>3. ด้านประโยชน์ที่ได้รับ</b>			
3.1 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.66	0.54	มากที่สุด
3.2 มีทักษะในการดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน	4.53	0.50	มากที่สุด
3.3 มีทักษะในการดูแลตามแผนการ รักษาพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	4.46	0.50	มาก
<b>ความพึงพอใจโดยรวม</b>	4.46	0.50	มาก

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมหาราชนิก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า จากการดำเนินการตามโปรแกรม ฯ มีการให้ความรู้ ร่วมกับการสาธิต และการปฏิบัติจริง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม ฯ ได้รับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการได้เห็นภาพตัวอย่างการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผู้วิจัยที่สาธิตวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการได้ลงมือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ และรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องจึงทำให้สามารถเข้าใจและให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง ทำให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 66.70 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 90.00

ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือ อุดตัน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช โดยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลหลัก หลังการเข้าโปรแกรม ฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05<sup>7</sup>

2. การเปรียบเทียบทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมหาราชนิก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลให้การควบคุมการ ทำหน้าที่ของสมองบริเวณที่เกิดพยาธิสภาพนั้นสูญเสียไป ความผิดปกติหรือปัญหาที่ พบจะมากหรือน้อยมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ ชนิด และระดับความรุนแรงของ ความผิดปกติที่เกิดขึ้น ผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย คือ ความพิการที่เกิดขึ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยเฉพาะเรื่องการเคลื่อนไหวและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทักษะการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจึงเป็นประเด็นสำคัญที่พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความสำคัญเพื่อเตรียมความพร้อม ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน เพราะทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลนั้น มีผลต่อการการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังจำหน่าย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การศึกษานี้ผู้วิจัย จึงได้มีการสาธิต และให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงมือปฏิบัติจริง ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งหวังให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) คะแนนทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05<sup>8</sup>

3. การศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อโปรแกรมสุขศึกษา ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมหาราชนิก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.46$ ,  $SD = 0.50$ )

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับญาติ ผู้ดูแล ตั้งแต่ผู้ป่วยนอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาล มีการติดตามเยี่ยมที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีการวางแผน ร่วมกันตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษา ที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างญาติ/ผู้ดูแลหลัก กับพยาบาลอย่างต่อเนื่อง นอกจากจะช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ แล้วนั้น ยังช่วยให้ญาติผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับตามมาด้วย ซึ่งเป็นผลมาจากการประชาสัมพันธ์ รูปแบบการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะ เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียดการปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล ซึ่งใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของ ญาติผู้ดูแลในบริการที่ได้รับในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และอยู่ในระดับมาก<sup>13</sup>

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมสุขศึกษา ไปประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุก ๆ หน่วยงานเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการใช้โปรแกรมสุขศึกษาสำหรับ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ควรทำการศึกษาถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะยาว

### เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. World Stroke Campaign 2019: Learn about stroke. 2019. <https://www.world-stroke.org>
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถิติด้าน สาธารณสุข. 2563. <https://spd.moph.go.th/public-health-statistics/>
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือด สมอง ปี 2563. 2563. <https://ddc.moph.go.th>
4. มนันทยา กองเมืองปัก, กรุณา ชูกิจ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีธยา โฆสิตะมงคล. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลนิยมิวิทยา; 2560.
5. ปราณิ เกษรสันต์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2554;21(1):80-95. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/4987>
6. โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี. รายงานสถิติประจำปีงบประมาณ 2562–2565. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลมะการักษ์; 2565.

7. ภวพร สีแสง, นภัสนันท์ ปิยะศิริภรณ์, ธิดา ศิริ. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันของผู้ป่วยอายุกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข จังหวัดตาก. 2564;4(1):1-17.  
<https://library.takpho.go.th/web/files/4d9336f4c14a0db4d47045dad2fe776a.pdf>
8. ทศพร แสงศรีจันทร์. การให้โปรแกรมความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน). Veridian E-Journal Silpakorn University. 2558;8(3):572-95.
9. รชนก เข้มหนู. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแควอ้อม อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช. 2567;4(2):E002369.
10. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
11. Thorndike RL, Hagen EP. Measurement and evaluation in psychology and education. 5th ed. New York: Macmillan; 1991.
12. Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice Hall Inc; 1977.
13. นันทกาญจน์ ปักซี, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรัดดา มั่นคง, สิริรัตน์ ลีลาจรัส. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแล ความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2559;22(1):69-80.  
Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramanursej/rnj-v22-no1-jan-apr-2016-06>

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริม  
พัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมะการักษ์  
Effectiveness of a knowledge and behavior promotion program for parents  
in promoting the development of children at risk aged 0-2 years  
in Makarak Hospital

ธิชา ปรีชาวิทยาพะละ\*

Thicha Prechawittayapala\*

โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี

\*Makarak Hospital, Kanchanaburi Province

Corresponding author: Thicha Prechawittayapala; Email: joy\_touch@hotmail.co.th

Received: December 5, 2024; Revised: March 14, 2025; Accepted: March 16, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปี ของผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปี ที่มารับบริการที่ High Risk Newborn Clinic โรงพยาบาลมะการักษ์ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1. โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครอง-ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ 2) การดูวิดีโอสาธิต 3) การสาธิตย้อนกลับ 4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรค 5) การสร้างแรงจูงใจ 2. แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปี ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาระหว่าง .67-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคอัลฟาเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๆ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 83.33 ( $\bar{X}$  = 13.17, SD = 1.44) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากและปานกลาง ร้อยละ 46.67 ( $\bar{X}$  = 15.20, SD = 2.81) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ๆ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 ( $\bar{X}$  = 14.00, SD = 0.00) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 ( $\bar{X}$  = 19.50, SD = 0.78) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

คำสำคัญ: ความรู้, พฤติกรรม, ผู้ปกครอง, โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรม, เด็กกลุ่มเสี่ยง

### Abstract

This research was quasi-experimental research with a one-group pretest - posttest design. The objective was to compare the knowledge and behavior of parents in promoting the development of at-risk children aged 0-2 years. The sample consisted of 30 parents of at-risk children aged 0-2 years who received services at the High-Risk Newborn Clinic, Makharak Hospital. The research instruments included: 1. A parental knowledge and behavior promotion program consisting of 1) knowledge provision, 2) demonstration videos, 3) reverse demonstration, 4) sharing and discussing problems and obstacles, 5) motivation enhancement. 2. A knowledge test and a behavior questionnaire for promoting the development of at-risk children aged 0-2 years, validated by three experts with an index of item-objective congruence (IOC) ranging from .67 to 1.00 and a Cronbach's alpha coefficient of .83. Data was analyzed using descriptive statistics and t-test analysis.

The research results showed that before participating in the program, the sample group had a high level of knowledge at 83.33% ( $\bar{X}$  = 13.17, SD = 1.44) and exhibited behaviors at high and moderate levels at 46.67% ( $\bar{X}$  = 15.20, SD = 2.81). After participating in the program, 100% of the sample had a high level of knowledge ( $\bar{X}$  = 14.00, SD = 0.00) and exhibited behaviors at a high level at 100.00% ( $\bar{X}$  = 19.50, SD = 0.78). The differences between the two groups were statistically significant ( $p < .001$ ).

**Keywords:** knowledge, behavior, parents, knowledge and behavior promotion program, children at risk

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กแรกเกิด -5 ปี เป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดของการเจริญเติบโตทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและสติปัญญา การอบรมเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กให้เติบโตและพัฒนาอย่างมีคุณภาพ ถือเป็นหน้าที่สำคัญยิ่งของบุคคลทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็ก โดยเฉพาะช่วงอายุ 0-2 ปีของเด็กที่เป็นโอกาสทองของชีวิตด้วยสมองมีการเจริญเติบโตสูงสุด และพร้อมที่จะเรียนรู้ในทุก ๆ ด้าน<sup>1</sup> จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบอัตราการเกิดทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ร้อยละ 5-18 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี<sup>2</sup> สำหรับประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2559-2563 พบสถิติทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 11.10, 11.00, 11.30, 11.00 และ 11.20 ตามลำดับ<sup>3</sup> ถึงแม้ว่าปัจจุบันจากความก้าวหน้าทางด้านการศึกษาแพทย์ดีขึ้น ทำให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยและคลอดก่อนกำหนดมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น แต่เด็กกลุ่มนี้ก็มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการล่าช้า จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาดูแลใกล้ชิด ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและนัดติดตามเพื่อประเมินปัญหาในระยะยาวที่ตามมา เช่น การได้ยิน การมองเห็น การเจริญเติบโต พัฒนาการ และพฤติกรรม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเด็กกลุ่มเสี่ยงจะมีภาวะผิดปกติทางพัฒนาการ ได้แก่ โรคสมาธิสั้น ความพิการทางสมอง โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ และความพิการทางสติปัญญา<sup>4</sup>

ในปีพ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี โดยมีการจัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ และให้โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)<sup>5</sup> และคู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (Developmental Assessment for Intervention Manual: DAIM) ซึ่งในปีพ.ศ. 2565 ได้กำหนดเป้าหมายให้เด็กไทยแรกเกิด - 5 ปี ร้อยละ 85.00 มีพัฒนาการสมวัย และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการประเมินเพื่อการช่วยเหลือต่อไป<sup>6</sup>

High Risk Newborn Clinic โรงพยาบาลมะเร็ง ได้ตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้มีการให้บริการดูแลสุขภาพเด็กกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่อายุ 0-2 ปี ประกอบด้วย เด็กที่คลอดก่อนกำหนด (preterm birth) เด็กที่มีภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด (birth asphyxia) และทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (low birth weight)<sup>5</sup> ซึ่งการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงนี้มีการดำเนินการโดยการเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการ ตามคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (Developmental Assessment For Intervention Manual: DAIM) จากสถิติของโรงพยาบาล ในปีพ.ศ. 2563-2565 พบเด็กกลุ่มเสี่ยงมารับบริการเพิ่มขึ้น จำนวน 207, 229 และ 273 ราย ตามลำดับ โดยพบเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 9 เดือน และ 1 ปี 6 เดือน มีพัฒนาการที่ไม่สมวัย ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก และด้านการใช้ภาษา คิดเป็นร้อยละ 12 -15 ของเด็กที่มาใช้บริการ

จากปัญหาที่เกิดขึ้นผู้วิจัยได้ศึกษาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0 – 2 ปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ปกครองต้องมีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการอย่างถูกต้อง สม่่าเสมอ จึงจะทำให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย โดยเด็กกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลรักษา เฝ้าระวัง ติดตามและการส่งเสริมพัฒนาการ เมื่อพบปัญหา (early detection) จะได้วางแผนให้การช่วยเหลือตั้งแต่แรกได้อย่างเหมาะสม (early intervention) ส่งผลดีในระยะยาวต่อการเจริญเติบโตทั้งด้านกายภาพและพัฒนาการในทุกด้านของเด็ก<sup>7</sup> ดังนั้นการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางสาธารณสุขแล้ว บุคคลสำคัญที่สุดที่จะส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างต่อเนื่อง คือผู้ปกครองที่ต้องกลับไปดูแลเด็กที่บ้าน ซึ่งการให้ความรู้ผู้ปกครองเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จในการพัฒนาเด็ก<sup>8</sup> การศึกษาปฐมวัยยอมรับว่าการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง (parent education) เป็นวิธีการหนึ่งที่เป็นการช่วยให้ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการพัฒนาเด็กและปรับปรุงวิธีการเลี้ยงเด็กให้ดีขึ้น อีกทั้งการมีความรู้ในระดับสูงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ของผู้ดูแลเป็นไปในทิศทางที่สูงเช่นเดียวกัน<sup>9</sup> จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้ และพฤติกรรมมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย จะส่งผลทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ และการเรียนรู้ในทุกด้านที่เหมาะสมตามวัย<sup>10</sup>

ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานที่คลินิก High Risk Newborn โรงพยาบาลมะเร็ง ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็ก จึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง อายุ 0-2 ปี โดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>11</sup> โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด ซึ่งมีความสำคัญและเป็นแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสม เป็นกระบวนการทางปัญญาผ่านการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการ การใช้คู่มือ DAIM การฝึกทักษะการส่งเสริมพัฒนาการ ด้านการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสติปัญญา การเข้าใจและใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองได้รับความรู้ และสามารถฝึกทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปีของผู้ปกครองเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปีของผู้ปกครองเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

## สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับคะแนนความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปีของผู้ปกครอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างกัน
2. ระดับคะแนนพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปีของผู้ปกครอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างกัน

## ขอบเขตการวิจัย

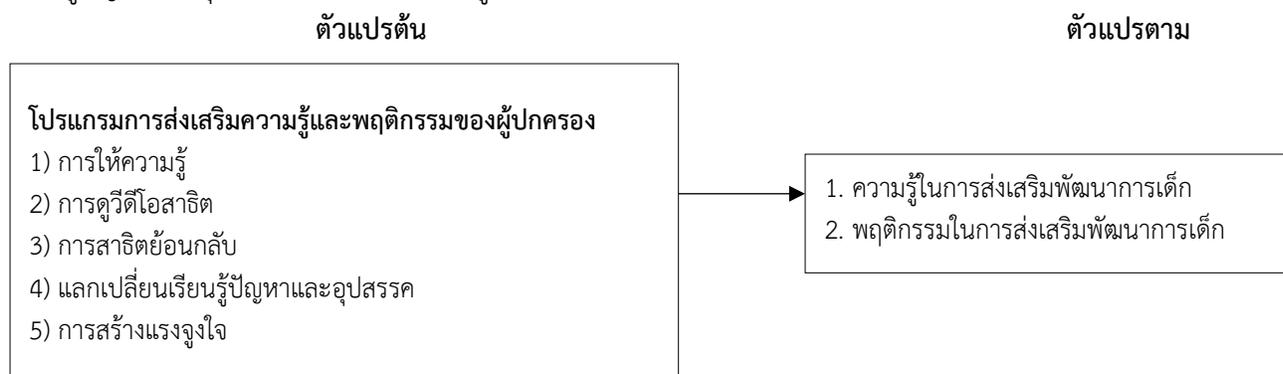
**ขอบเขตด้านประชากร** คือ ผู้ปกครองของเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปี ที่มารับบริการที่ High Risk Newborn Clinic โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จำนวน 30 ราย

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครอง ตัวแปรตาม คือ ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

**ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่** เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน -30 มิถุนายน 2566 ณ High Risk Newborn Clinic โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>11</sup> ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ 2) การดูวิดีโอสาธิต 3) การสาธิตย้อนกลับ 4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรค 5) การสร้างแรงจูงใจ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

**ชนิดของการวิจัย** เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (the one group pre-test post-test design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ปกครองของเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปีที่มารับบริการที่ High Risk Newborn Clinic โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 133 คน<sup>12</sup>

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ปกครองของเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปีที่มารับบริการที่ High Risk Newborn Clinic โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้ตารางเลขสุ่ม

(table of random numbers) ที่กำหนดขึ้นจากคอมพิวเตอร์ จากเวชระเบียนผู้ป่วยช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึง มีนาคม 2566 จำนวน 30 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยวิธีการวิเคราะห์กำลังการทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.9.4<sup>13</sup> กำหนดค่าอิทธิพลขนาดปานกลาง (effect size) เท่ากับ .50 ค่าความน่าจะเป็นของการเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (alpha) เท่ากับ .05 และค่ากำลังการทดสอบ (power of test) .85 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ปกครองของเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปีที่มารับบริการที่ High Risk Newborn Clinic โรงพยาบาลมหาราชนิก

2. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และเต็มใจ ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

ร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรม ฯ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปี-ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับ ความหมายของเด็กกลุ่มเสี่ยง ความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการ ความรู้เกี่ยวกับคู่มือ DAIM 2) การดูวิดีโอสาธิต 3) การสาธิตย้อนกลับการฝึกทักษะการส่งเสริมพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม และ4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรค 5) การสร้างแรงจูงใจ

2. คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (Developmental Assessment for Intervention Manual: DAIM)<sup>6</sup>

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา รายได้และโรคประจำตัว ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check lists)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องการพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก หรือ ผิด การให้คะแนนตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ดังนี้ ความรู้ระดับมาก (12-14 คะแนน) ระดับปานกลาง (8-11คะแนน) และระดับน้อย (0-7คะแนน)<sup>14</sup>

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ มี ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ (Likert scale) ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติ บางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ เกณฑ์การแปลผลดังนี้ มีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับมาก (คะแนน 17 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนน 13-16) และระดับน้อย (คะแนน 0-12)<sup>15</sup>

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ความรู้ในการการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0 – 2 ปี แบบประเมินความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แบบประเมินพฤติกรรมประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและพฤติกรรม จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ปกครองเด็กอายุ 0 - 2 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (try out) จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .83

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี เลขที่การรับรองจริยธรรม 40/2566 รับรองวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาที่ได้รับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ ผู้วิจัยขอการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อรับสมัครผู้ปกครองเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปี เข้าร่วมโครงการ และนัดหมายการทำกิจกรรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

#### สัปดาห์ที่ 1

1. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการ ประเมินพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปี ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเคลื่อนไหวของเด็ก 2) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา 3) ด้านการเข้าใจภาษา 4) ด้านการใช้ภาษา และ 5) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม โดยใช้คู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (Developmental Assessment for Intervention Manual: DAIM) พร้อมทั้งแจ้งผลการประเมินพัฒนาการให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ

2. อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรม และการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม และสร้างกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์

3. กลุ่มตัวอย่างกรอกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปี และแบบประเมินพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปี ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

#### สัปดาห์ที่ 2-3

1. กิจกรรมการให้ความรู้ (ครั้งละ 45 นาที)

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ 1) ความหมายของเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปี 2) ความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการ 3) ความรู้เกี่ยวกับการใช้คู่มือ DAIM

ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เรื่อง 1) การส่งเสริมพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวของเด็ก 2) การส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา 3) การส่งเสริมพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา 4) การส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาและ 5) การส่งเสริมพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม

## 2. กิจกรรมการสาธิตและฝึกปฏิบัติ

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดูวิดีโอ สาธิตการส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน ใช้เวลาทั้งหมด 45 นาที และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ 30 นาที

### สัปดาห์ที่ 4-7

1. กลุ่มตัวอย่างส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสียงอายุ 0-2 ปีที่บ้าน ตามคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสียง (Developmental Assessment for Intervention Manual: DAIM)
2. ผู้วิจัยมีการติดตามสอบถามผ่าน แอปพลิเคชัน ไลน์ ถึงปัญหาในการใช้คู่มือ

### สัปดาห์ที่ 8

1. พบผู้ปกครอง ณ โรงพยาบาลมะเร็งการรักษ เพื่อทบทวนความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสียงอายุ 0-2 ปี ตามคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสียง (Developmental Assessment for Intervention Manual: DAIM) และดูวิดีโอสาธิตการส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน พร้อมทั้งสอนสาธิตด้วยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ ใช้เวลาทั้งหมด 45 นาที
2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาและอุปสรรคของผู้ปกครอง ให้คำแนะนำพร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจ

### สัปดาห์ที่ 9-11

กิจกรรมที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสียงอายุ 0-2 ปีที่บ้าน ตามคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสียง (Developmental Assessment for Intervention Manual: DAIM) ที่ได้รับ หลังได้รับคำแนะนำ

กิจกรรมที่ 2 ประเมินพัฒนาการเด็กกลุ่มเสียงอายุ 0-2 ปี ทั้ง 5 ด้าน โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการ พร้อมทั้งแจ้งผลการประเมินพัฒนาการให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยประเมินความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-2 ปี และประเมินพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-2 ปี หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา แบบประเมินความรู้และแบบประเมินพฤติกรรมเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ของความแตกต่างของข้อมูลระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov Test พบว่าเป็นโค้งปกติ  $p = .20$

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 อายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 33.33 เป็นมารดา ร้อยละ 70.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 46.67 เป็นผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 36.66 และมีรายได้มากกว่า 6,000 บาท ร้อยละ 53.33 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	10.00
หญิง	27	90.00
อายุ (ปี)		
< 20	4	13.33
21-30	10	33.33
31-40	7	23.33
41-50	5	16.67
51-60	2	6.67
> 60	2	6.67
ความสัมพันธ์		
มารดา	21	70.00
ปู่ ย่า ตา ยาย	5	16.67
บิดา	3	10.00
พี่ ป้า น้า อา	1	3.33
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	3.33
ประถมศึกษา	5	16.67
มัธยมศึกษา/ปวช.	14	46.67
ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	5	16.67
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4	13.33
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.33
อาชีพ		
ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป	11	36.66
แม่บ้าน พ่อบ้านดูแลครอบครัว	10	33.33
พนักงานบริษัทเอกชน/รัฐวิสาหกิจ	3	10.00
เกษตรกร ประมง	2	6.67
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	2	6.67
ข้าราชการ	2	6.67
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	24	80.00
มีโรคประจำตัว	6	20.00
รายได้ (บาท)		
ต่ำกว่า 3,000	8	26.67
3,000 – 6,000	6	20.00
มากกว่า 6,000	16	53.33

2. การเปรียบเทียบระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปี พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 83.33 ( $\bar{X} = 13.17$ ,  $SD = 1.44$ ) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 ( $\bar{X} = 14.00$ ,  $SD = 0.00$ ) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความรู้การส่งเสริมพัฒนาการ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (n=30)

ระดับความรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		t-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปานกลาง	5	16.67	0	0.00		
มาก	25	83.33	30	100.00		
ภาพรวม	$(\bar{X} = 13.17, SD = 1.44)$		$(\bar{X} = 14.00, SD = 0.00)$		3.14	<.001*

\*p < .05

### 3. การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.67 และระดับมาก ร้อยละ 46.67 ( $\bar{X} = 15.20$ ,  $SD = 2.81$ ) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.00 ( $\bar{X} = 19.50$ ,  $SD = 0.78$ ) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (n = 30)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		t-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
น้อย	2	6.66	0	0.00		
ปานกลาง	14	46.67	0	0.00		
มาก	14	46.67	30	100.00		
ภาพรวม	$(\bar{X} = 15.20, SD = 2.81)$		$(\bar{X} = 19.50, SD = 0.78)$		10.02	<.001*

\*p < .05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบระดับความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปีของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า จากการดำเนินการตามโปรแกรม ฯ มีการให้ความรู้ร่วมกับการสาธิต การดูวิดีโอ และการปฏิบัติจริง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม ฯ ได้รับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปี ความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการความรู้เกี่ยวกับคู่มือ DAIM และการฝึกทักษะการส่งเสริมพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ และรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องจึงทำให้สามารถเข้าใจและให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0- 2 ปี ได้อย่างถูกต้อง ทำให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0 -2 ปี

9/12

ของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๓ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.30 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 100.00

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการต่อพฤติกรรมมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนด สามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาได้<sup>7</sup> รวมทั้งการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครอง สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย และพัฒนาทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองได้ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่สร้างองค์ความรู้ ความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย และมีการฝึกปฏิบัติจริงทุกด้าน ทุกขั้นตอน จึงทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้และทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยสามารถปฏิบัติได้จริง<sup>9</sup>

2. การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปีของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๓ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นได้ว่า จากการดำเนินการตามโปรแกรม ๓ พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปี มีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการ อีกทั้งยังมีคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (Developmental Assessment for Intervention Manual: DAIM) ที่สามารถนำกลับไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน รวมทั้งยังมีทักษะที่ได้จากการสอนสาธิต และการปฏิบัติจริง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจ ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับดี

ผลการศึกษาสอดคล้องกับกับการศึกษาพฤติกรรมมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้และพฤติกรรมมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย ภาพรวมอยู่ในระดับมาก จะส่งผลทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านต่าง ๆ และการเรียนรู้ในทุกด้านที่เหมาะสมตามวัย<sup>16</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงอายุ 0-2 ปีไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กกลุ่มช่วงอายุอื่น ๆ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง อายุ 0-2 ปี
2. ควรทำการศึกษาถึงผลลัพธ์ของพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรมในระยะยาว

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ หัวหน้าศูนย์ฝึกอบรมและแพทยศาสตร์ศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจทานแก้ไข และพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณ นพ.นิสิต ศรีสมบูรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ ที่ให้การสนับสนุนให้มีการอบรมการทำวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้ในการทำงานด้านสาธารณสุข และขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่หน่วยงานผู้ป่วยนอก

ทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกทุก ๆ ด้าน ตลอดการทำวิจัย ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสำนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลักสูตรเร่งรัดประจำโรงพยาบาล. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
2. World Health Organization. Preterm birth. 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถิติสาธารณสุข. 2563. <https://spd.moph.go.th/public-health-statistics/>
4. วิไลรักษ์ บุษปรรณ, แก้วตา นพมณีจรรย์เสเลิศ, พัชรินทร์ เสรี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่. วารสารกรมการแพทย์. 2563;46(2):96-102.
5. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2565.
6. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (Developmental Assessment for Intervention Manual: DAIM). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2565.
7. จินตนา เกษมศิริ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการต่อพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนด. วารสารเกื้อการุณย์. 2562;26(2):53-65.
8. ชรินทร์พร มะชะรา. ความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของผู้ดูแลและพัฒนาการด้านภาษาของเด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดอุดรธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(38):574-87.
9. นิชชาภัทร ธนศิริรักษ์, วลัยนารี พรมลา, อารีย์ มหุวรรณ, อัปสร ชานวิทิตกุล. ผลของโปรแกรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก. 2560;4(2):176-84.
10. มาลี เอื้ออำนวย. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของบิดามารดาและผู้ดูแล อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2564;3(1):48-63.
11. ชุติกร ด่านยุทธศิลป์. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561;38(2):132-41.
12. โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี. รายงานสถิติประจำปีงบประมาณ 2563-2566. กาญจนบุรี: งานเวชระเบียน โรงพยาบาลมะการักษ์; 2566.
13. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 1977.
14. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
15. Best JW. Research in education. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.

16. ชนม์ธิดา ยาแก้ว, รวี ศิริปริชยากร, จิราภรณ์ ยกอินทร์, อารีย์ พรหมเล็ก, อัญชิษฐา ปิยะจิตติ. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตพื้นที่ภาคตะวันออก. วารสารศาสตร์การศึกษาและการพัฒนามนุษย์. 2561;2(2):1-14.

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง  
และการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง  
ตำบลบ้านนา อำเภอกาหลง จังหวัดระยอง

The effects of a health promotion program on stroke prevention behaviors  
and the reduction of stroke risk among high-risk individuals in Ban Na  
Subdistrict, Klaeng District, Rayong Province

ชนม์นิภาภัทร สันตสนะโชค\*

Chonnipapat Santasanachok\*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา จังหวัดระยอง

\*Ban Na Sub-district health promoting hospital, Rayong Province

Corresponding author: Chonnipapat Santasanachok; Email: chonnipapat@hotmail.com

(Received: March 18, 2025; Revised: June 11, 2025; Accepted: June 11, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต้องเฝ้าระวังขึ้นไป จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 36 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การสร้างการรับรู้ประโยชน์ 2) การสร้างการรับรู้ปัญหาและอุปสรรค 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ 4) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .96 และค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับอันดับของสเปียร์แมนเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test และ ANCOVA

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 2.42$ ,  $SD = 0.66$ ) หลังเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 2.71$ ,  $SD = 0.71$ ) โดยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .018$ ) และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.42$ ,  $SD = 0.95$ ) หลังเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับต้องเฝ้าระวัง ( $\bar{X} = 4.31$ ,  $SD = 1.09$ ) โดยค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .038$ )

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกัน, โรคหลอดเลือดสมอง, กลุ่มเสี่ยง

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of a health promotion program on stroke prevention behavior. The sample group consisted of 72 people at risk of stroke at the level of monitoring or higher. They were divided into a control group (n=36) and an experimental group (n=36). The research instrument was a stroke prevention behavior development program, consisting of the following activities: 1) developing awareness of benefits, 2) developing awareness of problems and obstacles, 3) self-efficacy awareness, and 4) social support from family. The stroke prevention behavior questionnaire was approved for content validity by three experts, with a consistency index of .96 and a Cronbach's alpha coefficient of .84. Data were analyzed using paired t-tests and ANCOVA.

The results showed that the mean of stroke prevention behaviors overall was at a fair level before joining the program ( $\bar{X} = 2.42$ ,  $SD = 0.66$ ). After joining the program, the stroke prevention behavior of the intervention group was at a good level ( $\bar{X} = 2.71$ ,  $SD = 0.71$ ). The mean of stroke prevention behavior after joining the program was significantly higher than before joining the program ( $p = .018$ ). The mean risk level of stroke before joining the program was at a high level ( $\bar{X} = 3.42$ ,  $SD = 0.95$ ). After joining the program, it was at a level that needed to be monitored ( $\bar{X} = 4.31$ ,  $SD = 1.09$ ). The mean of the risk level of stroke after joining the program was significantly lower than before joining the program ( $p = .038$ ).

**Keywords:** preventive behaviors, stroke, at-risk population

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก และก่อให้เกิดความพิการในผู้ป่วยจำนวนมาก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ระบุว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60.00 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร<sup>1</sup> ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้ ถึงร้อยละ 21.13 โรคหลอดเลือดสมองมักเกิดจากปัจจัยเสี่ยงเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย และภาวะเครียด<sup>2</sup> หากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดการสะสมของปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มโอกาสในการเกิดโรคซ้ำหรือรุนแรงขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพโดยรวม

ในพื้นที่ตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ.2565-2567 มีอัตราการความชุกผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 13.04, 14.94 และ 16.25 ต่อพันประชากร ซึ่งพบมีอัตราที่สูงขึ้นตามลำดับ<sup>3</sup> โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารรสจัด ไม่ออกกำลังกาย และสูบบุหรี่ สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็น ในการมีมาตรการป้องกันที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยอิงตามแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งเน้นการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม

2/13

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเป็นระบบ เนื่องจากแบบจำลองนี้เน้นที่ความเข้าใจในแรงจูงใจภายใน ของ แต่ละบุคคลและการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน<sup>4, 5</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายการศึกษาที่นำแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>6, 7</sup> มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การลดน้ำหนักในกลุ่มผู้มีภาวะอ้วน การควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยเรื้อรัง และการส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยผลการวิจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้กรอบทฤษฎีดังกล่าว ช่วยให้ผู้ใช้สามารถตระหนักรู้ในปัจจัยเสี่ยง เข้าใจพฤติกรรมสุขภาพของตน และมีแรงจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาที่นำแบบจำลองนี้มาใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโดยตรง จึงมีความจำเป็นในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ และแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจากแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>6</sup> ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง โดยคาดหวังว่าโปรแกรมดังกล่าว จะช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถตระหนักถึงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ลดความเสี่ยงได้อย่างยั่งยืน นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดภาระต่อระบบสุขภาพในระยะยาว

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

### สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

### ขอบเขตการวิจัย

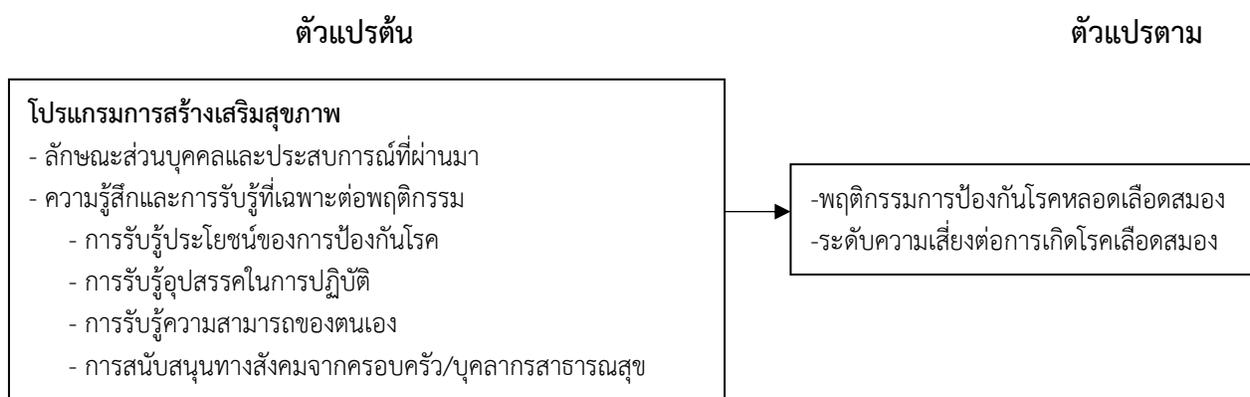
**ขอบเขตด้านประชากร** คือ ประชาชนอายุ 35-59 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา และมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต้องเฝ้าระวังขึ้นไป จำนวน 72 คน

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

**ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่** ศึกษาวิจัยระหว่างเดือน มิถุนายน-ตุลาคม 2567 ณ ตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ<sup>6</sup> (Pender's Health Promotion Model) ซึ่งมุ่งเน้นให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ที่ผ่านมา (individual characteristics and experiences) ได้แก่ อายุ ภาวะสุขภาพ ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเดิม 2) ความรู้สึกและการรับรู้ที่เฉพาะต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognitions and affect) ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว/บุคลากรสาธารณสุขและ 3) ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (behavioral outcomes) ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความเสี่ยงของโรคหลังเข้าร่วมโปรแกรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

**ชนิดของการวิจัย** การวิจัยนี้การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest - posttest design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ประชาชนอายุ 35-59 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 13 หมู่บ้าน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา อำเภอกาหลง จังหวัดระยอง ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับเฝ้าระวังขึ้นไป จำนวน 315 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ประชาชนอายุ 35-59 ปีขึ้นไปไม่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับเฝ้าระวังขึ้นไป ทั้งหมด 72 คน อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 13 หมู่บ้าน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา อำเภอกาหลง จังหวัดระยอง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยโปรแกรม G\* Power โดยคำนวณขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ใกล้เคียง<sup>8</sup> ได้ขนาดอิทธิพล (effect size) = .75 ค่า ระดับความเชื่อมั่น = .50 (ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) = .80 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 36 คน โดยคัดเลือกจากประชากรด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยเลือก 2 หมู่บ้านจาก 13 หมู่บ้านได้แก่ หมู่ที่ 2 และ หมู่ 3 2) จับฉลาก (simple random sampling) ได้หมู่ที่ 3 เป็นกลุ่มทดลองและหมู่ที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม และ 3) เลือกกลุ่ม

ตัวอย่างจาก 2 หมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าหมู่บ้านละ 36 คน โดยมีการจับคู่ (matched-pair) คุณลักษณะของเพศและอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบให้เท่ากันในระหว่างดำเนินการ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. ไม่มีการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยจิตเวช
2. สื่อสารกับผู้วิจัยเป็นภาษาไทย
3. มีโทรศัพท์และมีแอปพลิเคชันไลน์

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างมีอาการฉุกเฉินอื่น ๆ หรือจากโรคประจำตัว ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. ย้ายที่พักอาศัยออกจากตำบลบ้านนา อำเภอกงหรา จังหวัดระยองในระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม
3. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยได้ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ<sup>6</sup> โดยดำเนินการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่ 1) กิจกรรมการสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการให้ความรู้รายบุคคลตามคู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)<sup>9</sup> 2) กิจกรรมการสร้างการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีกิจกรรมสนทนา 3) กิจกรรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยฝึกการออกกำลังกาย และใช้ตัวแบบคนมีพฤติกรรมสุขภาพดี ในรูปแบบวีดิทัศน์ วิดีโอ และฝึกการบันทึกพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง 4) กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข โดยการส่ง คลิปวิดีโอที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพัฒนาโดยโรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2. คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมเสี่ยงและวิธีประเมินความเสี่ยง พฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มความเสียหาย แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามโมเดล Pender's Health Promotion Model กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และบันทึกแผนการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล

3. วิดีทัศน์ เรื่อง ทำอย่างไร เมื่อมีภาวะสโตรก ซึ่งพัฒนาโดยคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล<sup>10</sup>

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย โรคประจำตัว ความดันโลหิต ผลการตรวจสุขภาพ สุขภาพโดยรวม ออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร อาหารระหว่างมือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการนอนหลับ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากทฤษฎีแบบจำลองพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ<sup>6</sup> จำนวน 52 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรม

เพื่อการพักผ่อน จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านโภชนาการ จำนวน 15 ข้อ 3) ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 9 ข้อ 4) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ 5) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 7 ข้อ และ 6) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ (1-4 คะแนน) ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 52-208 คะแนน หลังจากการรวมข้อมูลแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยรายด้านและภาพรวมเป็นนคะแนนเต็ม 4 คะแนนโดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ ต้องปรับปรุง (1.00-1.50 คะแนน) พอใช้ (1.51-2.50 คะแนน) ดี (2.51-3.50 คะแนน) และดีมาก (3.51-4.00 คะแนน)<sup>11</sup>

3. แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (stroke risk scorecard) พัฒนาโดย National Stroke Association<sup>12</sup> จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย 8 ปัจจัย เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบตามระดับความเสี่ยง การให้คะแนน (1 ช่องต่อ 1 คะแนน) โดยมีการแปลค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับเสี่ยงสูง (คะแนน < 4 คะแนน) ระดับต้องเฝ้าระวัง (คะแนนอยู่ในช่วง 4-5 คะแนน) และระดับความเสี่ยงต่ำ (คะแนนอยู่ในช่วง 6-8 คะแนน)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม และโปรแกรม ฯ ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 ท่าน โดยแบบสอบถามพฤติกรรมกรรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่า S-CVI เท่ากับ .96 โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ 1.00 หลังปรับแก้ไขผู้วิจัยนำแบบสอบถามและโปรแกรม ฯ หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคในประชากรกลุ่มอายุเดียวกัน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้เท่ากับ .84

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย COA.No.09/2567 รับรองเมื่อวันที่ 4 เมษายน 2567 ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครวิจัย เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้อาสาสมัครวิจัยทราบ การเข้าร่วมในการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ ในโครงการนี้ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากอาสาสมัครวิจัยจะถือว่าเป็นความลับ ผู้วิจัยจะไม่เผยแพร่ในลักษณะของรายบุคคล โดยจะเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบที่เป็นรายงานสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวอาสาสมัครวิจัยได้จะไม่ปรากฏในรายงาน เอกสารข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บในตู้ที่ล็อกกุญแจ ที่ผู้วิจัยสามารถเปิดได้เพียงผู้เดียว เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว แบบสอบถาม จะถูกทำลายทันที

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการได้รับการรับรองจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่โดยผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย กับกลุ่มทดลอง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา และให้ลงนามในใบยินยอมก่อนการวิจัยตามรายละเอียดดังนี้

#### กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

1. ประชุมชี้แจงซักซ้อมความเข้าใจในการเก็บรวบรวมข้อมูล และติดตามกลุ่มเสี่ยงหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 12 คน ซึ่งปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลา 3 ชั่วโมง
2. ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองให้กับกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลา 30 นาที

3. กิจกรรมการสร้างการรับรู้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลา 60 นาที ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับฟังบรรยายและดูวิดีโอที่เกี่ยวกับประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการไม่สูบบุหรี่ ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองได้รับจากการดูแลสุขภาพ พร้อมตอบคำถามเพื่อสะท้อนความเข้าใจ

4. กิจกรรมการสร้างการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลา 30 นาที ผู้เข้าร่วมระดมสมองถึงอุปสรรคที่เคยประสบในการดูแลสุขภาพ เช่น ขาดเวลา ขาดแรงจูงใจ หรือการสนับสนุนจากครอบครัว อภิปรายร่วมกันถึงแนวทางในการแก้ไขอุปสรรคเหล่านั้นด้วยความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมกลุ่ม

5. กิจกรรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้เวลา 60 นาที ใช้แบบประเมินความเชื่อมั่นในตนเองเพื่อให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงศักยภาพของตนในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม จัดกิจกรรมกลุ่มย่อยให้ผู้เข้าร่วมตั้งเป้าหมายส่วนตัวและวางแผนการลงมือปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรม

6. กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน ณ สัปดาห์ที่ 3, 5, 7, 9, 11 และ 12 ใช้เวลาครั้งละ 20 นาที ในการเยี่ยมบ้านจะมีการพูดคุยให้กำลังใจ แนะนำ การดูแลสุขภาพ และเชิญสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนพฤติกรรมที่ดีของผู้เข้าร่วม

#### กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย กับกลุ่มควบคุม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา และให้ลงนามในใบยินยอม ผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลา 30 นาที

สัปดาห์ที่ 1 - 11 กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ โดยได้รับการสุขภาพตามมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เช่น การตรวจสุขภาพ การให้คำแนะนำทั่วไป รวมถึงการให้ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางที่บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติเป็นประจำ

สัปดาห์ที่ 12 ผู้ช่วยวิจัยนำกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เพื่อให้กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมที่เท่าเทียมกับกลุ่มทดลองใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ ANCOVA โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ของความแตกต่างของข้อมูล ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยใช้สถิติ Komogorov-Sminov Test พบว่าเป็นโค้งปกติ ( $p = .268$ )

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.56 และ 77.78 ตามลำดับ อยู่ใน กลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (36-49 ปี) ร้อยละ 66.67 และ 61.11 ตามลำดับ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.78 และ 47.22 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.44 และ 100.00 ตามลำดับ ประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 44.44 และ 47.22 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 72)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศ</b>					
ชาย	7	19.44	8	2.22	.092
หญิง	29	80.56	28	77.78	
<b>อายุ</b>					.069
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (35-45 ปี)	12	33.33	14	38.89	
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (36-49 ปี)	25	66.67	22	61.11	
	$\bar{X} = 3.42, SD = 0.95$		$\bar{X} = 3.42, SD = 0.95$		
<b>การศึกษา</b>					.124
ประถมศึกษา	19	52.78	17	47.22	
มัธยมศึกษา	13	36.11	12	33.33	
ปริญญาตรีขึ้นไป	4	11.11	7	19.45	
<b>ศาสนา</b>					.231
พุทธ	34	94.44	36	100.00	
อิสลาม	2	5.56	0	0.00	
<b>อาชีพ</b>					.173
รับจ้าง	16	44.44	17	47.22	
เกษตรกร	15	41.67	13	36.11	
รับราชการ/วิสาหกิจ	5	13.89	6	16.67	

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 2.42, SD = 0.66$ ) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 2.71, SD = 0.71$ ) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .018$ ) นอกจากนั้นยังพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเสี่ยงสูง ( $\bar{X} = 3.42, SD = 0.95$ ) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเฝ้าระวัง ( $\bar{X} = 4.31, SD = 1.09$ ) ค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .038$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ (n = 36)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑		t	df	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.42	0.66	2.71	0.71	23.60	35	.018*
ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน	2.32	0.39	2.47	0.28	14.68	35	.023*
ด้านโภชนาการ	2.37	0.33	2.52	0.31	15.19	35	.009*
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.54	0.34	2.74	0.45	28.34	35	.017*
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	1.94	0.47	2.79	0.47	29.04	35	.039*
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	2.16	0.57	3.12	0.51	28.99	35	.041*
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	2.08	0.63	3.02	0.58	29.08	35	.013*
ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	3.42	0.95	4.31	1.09	7.42	35	.038*

\*p < .05

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า

3.1 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 2.42$ , SD = 0.66) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 2.71$ , SD = 0.71) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .018) สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 2.56$ , SD = 0.36) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 2.59$ , SD = 0.33) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .082)

3.2 สำหรับค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับเสี่ยงสูง ( $\bar{X} = 3.42$ , SD = 0.95) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ มีค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต้องเฝ้าระวัง ( $\bar{X} = 4.31$ , SD = 1.09) ค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .038) สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ๑ มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเสี่ยงสูง ( $\bar{X} = 3.38$ , SD = 1.02) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ๑ มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเสี่ยงสูง ( $\bar{X} = 3.47$ , SD = 0.91) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .067) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (n = 72)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
<b>พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง</b>					
กลุ่มทดลอง	2.42	0.66	2.71	0.71	.018*
กลุ่มควบคุม	2.56	0.32	2.59	0.33	.082
<b>ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</b>					
กลุ่มทดลอง	3.42	0.95	4.31	1.09	.038*
กลุ่มควบคุม	3.38	1.02	3.47	0.91	.067

\*p < .05

**4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง** ของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 72)

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p-value
<b>พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง</b>					
ก่อนการทดลอง	13.20	1	13.20	149.34	<.001*
ระหว่างกลุ่ม	11.23	1	11.23	127.08	<.001*
ความคลาดเคลื่อน	6.10	69	0.88		
รวม	469.29	72			
<b>ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง</b>					
ก่อนการทดลอง	65.39	1	65.39	863.97	<.001*
ระหว่างกลุ่ม	11.77	1	11.77	155.52	<.001*
ความคลาดเคลื่อน	5.22	69	0.76		
รวม	1172.00	72			

\*p < .05

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองทุกด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .018$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .038$ ) จากผลการศึกษานี้ อธิบายได้ว่าการปฏิบัติตัวตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ ความรู้ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพผ่านกระบวนการเรียนรู้ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง การออกแบบโปรแกรมที่ครอบคลุมหลายด้านจึงมีส่วนช่วยให้กลุ่มเป้าหมายสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน โภชนาการ การจัดการความเครียด และความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการออกแบบโปรแกรมที่เน้นองค์รวมช่วยส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพการลดความเสี่ยงจากระดับสูงเป็นระดับเฝ้าระวังในกลุ่มทดลองเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงรุก<sup>13,14</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาโปรแกรมสุขภาพที่ผสมผสานการออกกำลังกายและการฝึกอบรมด้านโภชนาการช่วยลดอัตราความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองในประชากรชนบท<sup>15</sup> เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้านหลังการทดลอง พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งนี้อาจเกิดจากกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัว ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าสมาชิกครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมการพักผ่อน อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถจัดการเวลาในการออกกำลังกาย และยังไม่คุ้นชินกับการออกกำลังกายเป็นประจำ ซึ่งอาจเกิดจากกิจกรรมการสร้างการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ครอบคลุมตามสภาพจริง<sup>16</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการออกกำลังกาย พบว่าอุปสรรคของการออกกำลังกายเป็นประจำคือ การจัดการเวลาและขาดแรงจูงใจ<sup>17</sup>

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการศึกษานี้ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริง โดยเฉพาะในด้านที่เกี่ยวข้องกับการลดความเสี่ยง เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด และการมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งเน้นให้บุคคลมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในเชิงบวก รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบข้าง การออกแบบโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทของ

กลุ่มเป้าหมายจึงมีบทบาทสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่นำไปสู่การลดความเสี่ยงโรคได้จริง ต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมซึ่งอาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาการปรับโปรแกรมการปรับวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กิจกรรมกลุ่มและการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม สามารถส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง<sup>18</sup>

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลชุมชนควรนำโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชากรกลุ่มเสี่ยงไปขยายต่ออย่างครอบคลุม โดยการสร้างเครือข่ายเพิ่มขึ้น และหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มที่ต้องการศึกษา

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชากรกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มอายุที่น้อยลง เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่าในปัจจุบันมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน อสม. และกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

### เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. World Stroke Day 2023. 2023. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/world-stroke-day-2023>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ. ระยอง: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา; 2568.
4. Guzik A, Bushnell C. Stroke epidemiology and risk factor management. Continuum (Minneapolis Minn). 2017;23(1):15-39. doi:10.1212/CON.0000000000000416
5. Murphy SJ, Werring DJ. Stroke: causes and clinical features. Medicine. 2020;48(9):561-6. doi:10.1016/j.mpmed.2020.06.002
6. Pender NJ, Parsons MA, Murdaugh CL. Health promotion in nursing practice. 9th ed. London: Pearson; 2019.
7. Chen Y, Wei Y, Lang H, Xiao T, Hua Y, Li L, et al. Effects of a goal-oriented intervention on self-management behaviors and self-perceived burden after acute stroke: a randomized controlled trial. Front Neurol. 2021;12:650138. doi:10.3389/fneur.2021.650138

8. Moshki M, Mohammadipour F, Gholami M, Heydari F, Bayat M. The evaluation of an educational intervention based on Pender's health promotion model for patients with myocardial infarction. *Int J Health Promot Educ.* 2022;60(1):25-37. doi:10.1080/14635240.2020.1816487
9. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
10. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. ทำอย่างไรเมื่อมีภาวะสโตรก. 2566. Available from: <https://youtu.be/ZUchU1tFA5M>
11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
12. National Stroke Association. Stroke Risk Scorecard. 2018. <https://bermudahospitals.bm/wp-content/uploads/2020/06/Stroke-Risk-Scorecard-National-Stroke-Association.pdf>
13. Lipson-Smith R, Pflaumer L, Elf M, Blaschke SM, Davis A, White M, et al. Built environments for inpatient stroke rehabilitation services and care: a systematic literature review. *BMJ Open.* 2021;11(8):e050247. doi:10.1136/bmjopen-2021-050247
14. Harshfield EL, Georgakis MK, Malik R, Dichgans M, Markus HS. Modifiable lifestyle factors and risk of stroke: a Mendelian randomization analysis. *Stroke.* 2021;52(3):931-6. doi:10.1161/STROKEAHA.120.031710
15. Jiang L, Zhou Y, Zhang L, Wu L, Shi H, He B, et al. Stroke health management: novel strategies for the prevention of recurrent ischemic stroke. *Front Neurol.* 2022;13:1018794. doi:10.3389/fneur.2022.1018794
16. 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):daac119. doi:10.1093/heapro/daac119
17. Nikolajsen H, Sandal LF, Juhl CB, Troelsen J, Juul-Kristensen B. Barriers to, and facilitators of, exercising in fitness centres among adults with and without physical disabilities: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(14):7341. doi:10.3390/ijerph18147341
18. Blumenthal JA, Hinderliter AL, Smith PJ, Mabe S, Watkins LL, Craighead L, et al. Effects of lifestyle modification on patients with resistant hypertension: results of the TRIUMPH randomized clinical trial. *Circulation.* 2021;144(15):1212-26. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055329

การจัดการเรียนการสอน เจตคติ พฤติกรรมในการเรียนและการรับรู้สมรรถนะในการใช้  
ภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์  
Teaching management, attitudes, learning behaviors, and perceived  
competence in English language use among nursing students at  
Boromarajonani College of Nursing, Surin

วนิดา บุญสุข\*, วรณัฐ ศรีพุ่ม\*, วรณิภา พรหมนุช\*, วราภรณ์ ใจศีล\*, วันวารินทร์ สิงห์บัวขาว\*,  
วิจิตรา ประดับวงศ์\*, วิญญาดา วิมุตกุล\*, อารักษ์รา บุญแต่ง\*, ศรีนยา พลสิงห์ชาญ\*  
Wanida Bunsuk\*, Woranut Sriphut\*, Wannipha Phromnoot\*, Varaphorn Jaisin\*, Wanwarin Singbuakaw\*,  
Wichitra Pradabwong\*, Wiyada Wimuttakun\*, Arpatsara Boontaeng\*, Sarinya Polsingchan\*  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
\*Boromarajonani College of Nursing, Surin Faculty of Nursing, Praboromarachanok Institute  
Corresponding author: Sarinya Polsingchan; Email: Sarinya@bcnsurin.ac.th  
Received: April 15, 2025; Revised: May 19, 2025; Accepted: May 22, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ภาษาอังกฤษ เจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ พฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษ และการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ ชั้นปีที่ 1 - 4 จำนวน 428 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์วิชาภาษาอังกฤษ 3) แบบสอบถามเจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษ และ 5) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง .67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .96, .75, .93 และ .99 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่าการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ภาษาอังกฤษภาพรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.05$ ,  $SD = 0.81$ ) เจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.48$ ,  $SD = 1.19$ ) พฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.66$ ,  $SD = 0.94$ ) และการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.00$ ,  $SD = 1.01$ )

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอนภาษาอังกฤษ, เจตคติ, พฤติกรรมการเรียน, การรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษ, นักศึกษาพยาบาล

### Abstract

This descriptive research examined the teaching management of English instructors, attitude toward English learning, English learning behavior, and perceived English language proficiency. The samples comprised 428 undergraduate nursing students from years 1-4 at Boromarajonani College of Nursing, Surin. The research instruments included 1) a questionnaire on personal information, 2) a questionnaire on the perspective of teaching management of English instructors, 3) a questionnaire on attitude toward English learning, 4) a questionnaire on English learning behavior, and 5) a questionnaire on perceived English language proficiency. Three experts validated the instruments; the Index of Item-Objective Congruence was between .67 to 1.00 and Cronbach's alpha coefficient of .96, .75, .93, and .99, respectively. Data was analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that the overall teaching management of English instructors was rated at a high level ( $\bar{X}$  = 4.05, SD = 0.81). Students' overall attitudes toward English learning were at a moderate level ( $\bar{X}$  = 3.48, SD = 1.19), while their learning behaviors in English were also reported at a high level ( $\bar{X}$  = 2.66, SD = 0.94). In contrast, their perceived English language proficiency was at a moderate level ( $\bar{X}$  = 3.00, SD = 1.01)

**Keywords:** English teaching management, attitudes, learning behaviors, perceived language proficiency, nursing students

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาษาอังกฤษมีบทบาทสำคัญในโลกยุคปัจจุบันในฐานะเครื่องมือหลักในการสื่อสารในหลายสาขาและการขับเคลื่อนการสื่อสารระดับโลกในบริบทของการศึกษา การพัฒนาวิชาชีพ การสร้างความเข้าใจข้ามวัฒนธรรม และการให้บริการสุขภาพในยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการรวมตัวในประชาคมอาเซียน และกระแสโลกาภิวัตน์ การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของสังคมโลกและการขยายตัวของประชาคมอาเซียนได้ ส่งผลให้ภาษาอังกฤษมีความสำคัญมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง การมีทักษะภาษาอังกฤษที่ดีจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญ สำหรับการเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานและการพัฒนาตนเองทั้งในระดับประเทศและระดับสากล โดยเฉพาะในวิชาชีพพยาบาล ที่ต้องให้บริการผู้ป่วยหลากหลายเชื้อชาติและวัฒนธรรม<sup>1</sup> สำหรับนักศึกษาพยาบาล ทักษะภาษาอังกฤษเป็นกุญแจสำคัญ ทั้งในการเรียนและการปฏิบัติงานจริง เนื่องจากต้องสื่อสารกับผู้รับบริการและบุคลากรทางการแพทย์ จากหลากหลายชาติพันธุ์ ทักษะภาษาอังกฤษทั้งด้านการฟัง พูด อ่านและเขียน จึงไม่ใช่เพียงความสามารถเสริม แต่เป็นสมรรถนะหลักที่จำเป็นสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21<sup>2</sup>

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษาที่มุ่งมั่นในการผลิตพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการให้บริการด้านสุขภาพในยุคที่โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว วิทยาลัย ฯ มีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการสื่อสารภาษาอังกฤษ ทั้งในหลักสูตรผ่านรายวิชาต่าง ๆ และมีการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะในการใช้ภาษาอังกฤษ นอกจากนี้คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกได้มีการกำหนดให้มีการสอบวัดระดับทักษะภาษาอังกฤษ เพื่อใช้เป็นเกณฑ์หนึ่งในการสำเร็จการศึกษา โดยข้อสอบที่ใช้วัดสมรรถนะทางภาษาอังกฤษ (English proficient) เทียบเคียงกับมาตรฐานของ Common European Framework of Reference for languages (CEFR) และจากข้อมูลสามปีย้อนหลังตั้งแต่ปีการศึกษา 2564-2566 พบว่านักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีผลการสอบภาษาอังกฤษผ่านเกณฑ์ระดับ Upper intermediate (41-75 คะแนน) ร้อยละ

28.00, 19.00, และ 31.00 ตามลำดับ ซึ่งทำให้นักศึกษามีความเครียดในการเรียนการสอน รวมทั้งความกังวลในการจบการศึกษา ปัญหาทักษะในการใช้ภาษาอังกฤษนี้ ไม่เพียงแต่มีผลกระทบต่อ การเรียน และความสำเร็จของนักศึกษาเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติวิชาชีพพยาบาลในอนาคตอีกด้วย เนื่องจากในปัจจุบันมีผู้รับบริการจากหลากหลายชาติพันธุ์มาเข้ารับการรักษา การมีทักษะการใช้ภาษาอังกฤษที่ดีจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง และสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพในทุกสถานการณ์ ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ คือ องค์ประกอบด้านผู้สอนซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้เรียนประสบความสำเร็จ ในการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ โดยผู้สอนต้องมีความรอบรู้ในเนื้อหาวิชา มีการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ มีสื่อการสอนที่ทันสมัย และการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาอังกฤษในชีวิตจริง พบว่าผู้สอนควรมีการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมทั้งด้านการจัดการเรียนการสอน และศึกษาจิตวิทยาเกี่ยวกับผู้เรียนเพื่อเข้าใจและเข้าถึงผู้เรียน มีการเตรียมการสอนให้พร้อมอยู่เสมอ มีการเลือกใช้สื่อที่เหมาะสมกับผู้เรียน สามารถเลือกปรับวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียนแต่ละกลุ่ม จะช่วยให้ผู้เรียนสนใจการเรียน และมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้น<sup>3</sup> นอกจากนี้การศึกษาปัจจัยทำนายการใช้ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวันของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง พบว่าปัจจัยด้านสื่อการสอนและสิ่งแวดล้อมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการใช้ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน และการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการกล้าใช้ภาษาอังกฤษ เพราะบรรยากาศในห้องเรียนที่เอื้อต่อการกล้าแสดงออก และความรู้สึกลดตึงทางจิตใจ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเรียนรู้ภาษาต่างประเทศ<sup>4</sup> สำหรับองค์ประกอบด้านผู้เรียน ประกอบด้วย เจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ พฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษ และการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษ จากการศึกษาทัศนคติในการเรียนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษ พบว่าทัศนคติในการเรียนภาษาอังกฤษส่งผลต่อพฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษ เนื่องจากทัศนคติเชิงบวกมีผลต่อพฤติกรรมเชิงบวก หากนักศึกษามีทัศนคติที่ดี จะมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมกัน เช่น เข้าเรียนวิชาภาษาอังกฤษทุกครั้งและทำงานส่งตรงเวลา<sup>5</sup> สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมของผู้เรียนในการเรียนภาษาที่สองหรือภาษาต่างประเทศ พบว่าพฤติกรรมการเรียนภาษาที่เหมาะสมของผู้เรียนเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการเรียน ในขณะที่ผู้เรียนที่ล้มเหลวด้านการเรียนเกิดจากการมีทัศนคติในแง่ลบต่อการเรียน จึงส่งผลให้มีการกระทำ หรือมีพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างไม่เหมาะสมต่อการเรียน<sup>6</sup>

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาที่ครอบคลุมปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ภาษาอังกฤษ เจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ พฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษ และการรับรู้สมรรถนะในการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลในบริบทเฉพาะของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ซึ่งพบปัญหาที่นักศึกษามีผลสอบภาษาอังกฤษตามมาตรฐาน CEFR ในระดับ Upper Intermediate เพียงร้อยละ 31.00 ในปีการศึกษา 2568 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.00 ของปีการศึกษาก่อนหน้านี้ แต่อย่างไรก็ตามยังอยู่ในระดับต่ำกว่าที่คาดหวัง ประกอบกับผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนในวิชาภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล พบอุปสรรคสำคัญในหลายด้าน โดยเฉพาะในด้านการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ ซึ่งประกอบด้วย วิธีการสอนที่เป็นทางการมากเกินไป การใช้ความเร็วในการสอนที่นักศึกษาไม่สามารถตามทัน เนื้อหาที่ยาก และช่วงเวลาการเรียนในภาคบ่าย ซึ่งส่งผลต่อความตื่นตัวและสมาธิในการเรียนรู้ และบรรยากาศในชั้นเรียนที่ไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้เรียน สำหรับในด้านผู้เรียน

พบว่านักศึกษามีพื้นฐานคำศัพท์ภาษาอังกฤษที่จำกัด โดยเฉพาะคำศัพท์ทั่วไป และคำศัพท์พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับบริบทด้านสุขภาพ ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาบทเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความไม่มั่นใจในการใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารทั้งในบริบททั่วไปและทางวิชาชีพ ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับคะแนนการสอบวัดสมรรถนะภาษาอังกฤษตามกรอบ CEFR ที่ต่ำกว่าระดับที่คาดหวัง และบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการพัฒนาทั้งในด้านการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ และการส่งเสริมสมรรถนะทางภาษาของนักศึกษาอย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับบริบทของวิชาชีพพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ภาษาอังกฤษ เจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ พฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษ และการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล เพื่อพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษที่มีประสิทธิภาพ และตรงกับความต้องการของผู้เรียน พัฒนาระบบการจัดการเรียนการสอนภาษาอังกฤษ และกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่สอดคล้องกับบริบทของพยาบาล ที่สามารถยกระดับทักษะภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งเป็นแนวทางในส่งเสริมเจตคติเชิงบวก และพฤติกรรมเรียนที่เหมาะสม ส่งผลให้บัณฑิตพยาบาลมีสมรรถนะทางภาษาอังกฤษที่เพียงพอในการปฏิบัติงานในระดับนานาชาติ และสามารถให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูงในบริบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมอย่างแท้จริง และพร้อมรับมือกับความท้าทายในยุคโลกาภิวัตน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ภาษาอังกฤษในการสอนนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
2. เพื่อศึกษาเจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สุรินทร์
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สุรินทร์
4. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

### ขอบเขตการวิจัย

**ขอบเขตด้านประชากร** คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีการศึกษา 2567

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** ตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ การจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ภาษาอังกฤษ เจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ พฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษ และการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษ

**ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่** ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กันยายน 2567- พฤศจิกายน 2567 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ภาษาอังกฤษ เจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ พฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษ และการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ โดยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

ในองค์ประกอบสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ องค์ประกอบด้านผู้สอน และองค์ประกอบด้านผู้เรียน สำหรับองค์ประกอบด้านผู้สอนจะประกอบด้วยการจัดการเรียนการสอน ซึ่งการจัดการเรียนการสอนภาษาอังกฤษ ต้องมีวิธีการสอน การฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ในสถานการณ์จริง สื่อการสอนที่เหมาะสมหลากหลายเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดและแสดงออกกระตุ้นความสามารถของผู้เรียนออกมา เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งทักษะการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน สำหรับองค์ประกอบด้านผู้เรียน ประกอบด้วย เจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ พฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษ และการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษ เนื่องจากเจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ มีผลต่อความสำเร็จในการเรียนภาษาอังกฤษ เพราะเจตคติของผู้เรียนมีความสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ เช่น ความคิด สติปัญญา อารมณ์ ความรู้สึก และสังคมรอบข้าง และมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับการกระทำที่เป็นไปในทั้งเชิงบวกและเชิงลบ<sup>7</sup> และการเรียนภาษาให้ประสบผลสำเร็จต้องมีเจตคติที่ดี<sup>6</sup> เช่นเดียวกับพฤติกรรมในการเรียนที่จะมีความเกี่ยวข้องกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาษา โดยพฤติกรรมในการเรียนภาษาที่เหมาะสมของผู้เรียนส่งผลต่อความสำเร็จของผู้เรียน ส่วนผู้ไม่ประสบความสำเร็จในการเรียนภาษาเกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เปลี่ยนแปลง หรือไม่เหมาะสมที่จะส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้อาษา ผู้เรียนที่มีความสามารถด้านภาษามากกว่า มักมีพฤติกรรมจัดการกับกลวิธีการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้ดีกว่าผู้เรียนที่มีความสามารถทางภาษาน้อยกว่า เช่น การวางแผน ตรวจสอบ และประเมินการเรียนรู้ของตน<sup>8,9</sup>

### วิธีดำเนินการวิจัย

**ชนิดของการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีการศึกษา 2567 จำนวน 485 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีการศึกษา 2567 จำนวน 428 คน ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกนักศึกษาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

**เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)**

1. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
2. ลงทะเบียนเรียนแบบเต็มเวลาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

**เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)**

1. ขอลอนตัวขณะทำการวิจัย
2. นักศึกษาที่พักการเรียนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ชั้นปี การศึกษาปัจจุบัน การเข้ารับการอบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ภาษาอังกฤษ ประสบการณ์ในการใช้ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมที่พัฒนาความสามารถทางภาษาอังกฤษ มีความตั้งใจในการทำงาน

หรือศึกษาต่อในต่างประเทศ ความต้องการอาจารย์สอนภาษาอังกฤษ กิจกรรมเสริมหลักสูตรเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์วิชาภาษาอังกฤษ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด จัดกลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนนดังนี้ ระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49) ระดับไม่ค่อยดี (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49) ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จัดกลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนนดังนี้ ระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49) ระดับไม่ค่อยดี (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49) ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการเรียนภาษาอังกฤษ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการเรียนภาษาอังกฤษ ของวันเพ็ญ ภูมรินทร์ และคณะ<sup>5</sup> ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง แทบจะไม่ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ จัดกลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนนดังนี้ ระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.75) ระดับไม่ค่อยดี (คะแนนเฉลี่ย 0.76-1.50) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.25) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.26-3.00) ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน ลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด จัดกลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนนดังนี้ ระดับต่ำมาก (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49) ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49) ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนภาษาอังกฤษ จำนวน 2 คน และอาจารย์ด้านหลักสูตรและการสอน จำนวน 1 คน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ 1) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์วิชาภาษาอังกฤษ เท่ากับ .96 2) แบบสอบถามเจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ เท่ากับ .75 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการเรียนภาษาอังกฤษ เท่ากับ .93 4) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษ เท่ากับ .99

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์ รหัสโครงการเลขที่ P-EC 09-08-67 ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดที่ไม่สะดวกหรือทำให้เกิดความคับข้องใจ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยรักษา

ความลับของการตอบแบบสอบถาม โดยผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อและนามสกุล คำตอบหรือข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถือเป็นความลับและจะทำลายแบบสอบถามเมื่อสิ้นสุดการวิจัย 3 ปี ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม การรายงานผล การวิเคราะห์ข้อมูลจะนำเสนอในลักษณะที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่ง

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
2. ผู้วิจัยได้ประสานกับอาจารย์ประจำชั้นในแต่ละชั้นปีเพื่อทำการประสานงานกับนักศึกษา
3. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างทั้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การตอบแบบสอบถามการวิจัย และกระบวนการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หลังจากกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม โดยใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 30 นาที
5. ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ
2. ข้อมูลการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์วิชาภาษาอังกฤษ เจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ พฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษ และการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) จำแนกตามรายชื่อ รายด้าน และโดยรวม

#### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.25 อายุ 20 ปี ร้อยละ 25.93 เป็นนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 29.44 เคยเข้าร่วมอบรมหลักสูตรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ภาษาอังกฤษ ร้อยละ 85.75 มีประสบการณ์ในการใช้ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน (ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน) อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 78.04 มีการเข้าร่วมกิจกรรมที่พัฒนาความสามารถทางภาษาอังกฤษในวิทยาลัยเป็นบางครั้ง ร้อยละ 60.51 นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความต้องการทำงานหรือศึกษาต่อในต่างประเทศ ร้อยละ 53.50 และต้องการอาจารย์คนไทยหรือชาวต่างชาติสอนภาษาอังกฤษ ร้อยละ 57.78 คิดว่ากิจกรรมเสริมหลักสูตรของวิทยาลัย ๆ ที่จัดขึ้นมีความสอดคล้องในการพัฒนาทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ ร้อยละ 95.33

2. ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ภาษาอังกฤษ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.05$ ,  $SD = 0.81$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านสมรรถนะการสอนของอาจารย์ที่สอนวิชาภาษาอังกฤษ ( $\bar{X} = 4.13$ ,  $SD = 0.83$ ) อยู่ในลำดับแรก รองลงมาคือด้านการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษ ( $\bar{X} = 4.05$ ,  $SD = 0.76$ ) ด้านสื่อการสอนวิชาภาษาอังกฤษ ( $\bar{X} = 4.01$ ,  $SD = 0.81$ ) และด้านบรรยากาศในห้องเรียนวิชาภาษาอังกฤษ ( $\bar{X} = 4.00$ ,  $SD = 0.85$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ อาจารย์มีความรู้ในเนื้อหาวิชาภาษาอังกฤษ ( $\bar{X} = 4.32$ ,  $SD = 0.74$ ) รองลงมาคืออาจารย์ใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารได้อย่างคล่องแคล่วและถูกต้อง ( $\bar{X} = 4.25$ ,  $SD = 0.76$ ) และกิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมทักษะการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน ( $\bar{X} = 4.06$ ,  $SD = 0.80$ ) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

คือ สื่อการสอนมีความน่าสนใจและดึงดูดความสนใจของนักศึกษา ( $\bar{X} = 3.92$ ,  $SD = 0.82$ ) อาจารย์สามารถอธิบายแนวคิดที่ซับซ้อนให้เข้าใจได้ง่าย ( $\bar{X} = 3.96$ ,  $SD = 0.86$ ) และนักศึกษารู้สึกผ่อนคลายและกล้าแสดงความคิดเห็นในชั้นเรียน ( $\bar{X} = 3.91$ ,  $SD = 0.89$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ภาษาอังกฤษ (n = 428)

การจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ภาษาอังกฤษ	ระดับ		
	$\bar{X}$	SD	ความหมาย
<b>สมรรถนะการสอนของอาจารย์ที่สอนวิชาภาษาอังกฤษ</b>			
1. อาจารย์มีความรู้ในเนื้อหาวิชาภาษาอังกฤษ	4.32	0.74	มาก
2. อาจารย์สามารถอธิบายแนวคิดที่ซับซ้อนให้เข้าใจได้ง่าย	3.96	0.86	มาก
3. อาจารย์ใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารได้อย่างคล่องแคล่วและถูกต้อง	4.25	0.76	มาก
4. อาจารย์สามารถตอบคำถามและแก้ไขข้อสงสัยของนักศึกษาได้ชัดเจน	4.13	0.79	มาก
5. อาจารย์มีเทคนิคการสอนที่หลากหลายและน่าสนใจ	4.01	0.92	มาก
<b>รวม</b>	<b>4.13</b>	<b>0.83</b>	<b>มาก</b>
<b>การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษ</b>			
6. กิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมทักษะการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน	4.09	0.73	มาก
7. มีการจัดกิจกรรมที่เน้นการฝึกทักษะการฟัง การพูด การอ่านและการเขียนอย่างสมดุล	4.08	0.74	มาก
8. กิจกรรมการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์คำนึงถึงความสามารถและรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของนักศึกษา	3.99	0.80	มาก
9. กิจกรรมการจัดการเรียนการสอนมีความท้าทายและกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์	4.03	0.79	มาก
10. อาจารย์มีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่นักศึกษาในจุดที่บกพร่องอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการพัฒนา	4.07	0.75	มาก
<b>รวม</b>	<b>4.05</b>	<b>0.76</b>	<b>มาก</b>
<b>สื่อการสอนวิชาภาษาอังกฤษ</b>			
11. มีสื่อการสอนที่หลากหลายในการพัฒนาทักษะการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน	4.06	0.80	มาก
12. สื่อการสอนช่วยให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น	4.04	0.81	มาก
13. สื่อการสอนมีความน่าสนใจและดึงดูดความสนใจของนักศึกษา	3.92	0.82	มาก
14. มีเทคโนโลยีสารสนเทศในการเรียนการสอน เช่น โปรแกรมนำเสนอแบบมัลติมีเดีย, moodle, หรือ google classroom ในการพัฒนาทักษะการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน	4.06	0.78	มาก
15. สื่อการสอนส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น แอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์ฝึกภาษา เกมส์	3.98	0.83	ดีมาก
<b>รวม</b>	<b>4.01</b>	<b>0.81</b>	<b>มาก</b>

การจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ภาษาอังกฤษ	ระดับ		
	$\bar{X}$	SD	ความหมาย
<b>บรรยากาศในห้องเรียนวิชาภาษาอังกฤษ</b>			
16. บรรยากาศในห้องเรียนเอื้อต่อการเรียนรู้และการมีส่วนร่วม	4.00	0.84	มาก
17. มีบรรยากาศที่เป็นมิตรและเปิดโอกาสให้ซักถาม	4.08	0.82	มาก
18. นักศึกษารู้สึกผ่อนคลายและกล้าแสดงความคิดเห็นในชั้นเรียน	3.91	0.89	มาก
19. มีการสร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจนักศึกษาในการเรียนภาษาอังกฤษ	3.98	0.86	มาก
20. บรรยากาศการเรียนส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างนักศึกษา	4.02	0.82	มาก
<b>รวม</b>	<b>4.00</b>	<b>0.85</b>	<b>มาก</b>
<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>4.05</b>	<b>0.81</b>	<b>มาก</b>

3. เจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.48$ ,  $SD = 1.19$ ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีทัศนคติที่ดีมากที่สุด คือ ข้าพเจ้าคิดว่าการเรียนภาษาอังกฤษช่วยเพิ่มโอกาสในการทำงานในอนาคต ( $\bar{X} = 4.44$ ,  $SD = 0.71$ ) ข้าพเจ้าคิดว่าการเรียนภาษาอังกฤษมีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล ( $\bar{X} = 4.38$ ,  $SD = 0.75$ ) และข้าพเจ้าคิดว่าการมีทักษะภาษาอังกฤษที่ดี จะช่วยในการสื่อสารกับผู้ป่วยต่างชาติ ( $\bar{X} = 4.11$ ,  $SD = 0.99$ ) สำหรับข้อที่เจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษไม่ดี คือ ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าไม่ต้องการเรียนภาษาอังกฤษเพิ่มเติมนอกชั้นเรียน ( $\bar{X} = 3.55$ ,  $SD = 1.28$ ) ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการเรียนภาษาอังกฤษเป็นภาระที่หนักเกินไป ( $\bar{X} = 3.41$ ,  $SD = 1.26$ ) และการเรียนวิชาภาษาอังกฤษทำให้ข้าพเจ้าท้อแท้ใจในการเรียนทำให้ไม่อยากเข้าเรียน ( $\bar{X} = 3.35$ ,  $SD = 1.27$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ ( $n = 428$ )

เจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ	ระดับ		
	$\bar{X}$	SD	ความหมาย
1. ข้าพเจ้าคิดว่าการเรียนภาษาอังกฤษเป็นสิ่งที่น่าเบื่อ	3.30	1.20	ปานกลาง
2. ข้าพเจ้าคิดว่าการเรียนภาษาอังกฤษช่วยเพิ่มโอกาสในการทำงานในอนาคต	4.44	0.71	มาก
3. ข้าพเจ้าคิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรเกี่ยวกับภาษาอังกฤษเป็นเรื่องที่ทำให้เสียเวลา	2.58	1.36	ปานกลาง
4. ข้าพเจ้าคิดว่าข้าพเจ้าไม่ต้องการเรียนภาษาอังกฤษเพิ่มเติมนอกชั้นเรียน	3.55	1.28	มาก
5. ข้าพเจ้าชอบฝึกการใช้ภาษาอังกฤษนอกห้องเรียน เช่น ดูหนัง ฟังเพลง หรืออ่านหนังสือภาษาอังกฤษ	3.76	0.89	มาก
6. ข้าพเจ้าคิดว่าได้ใช้เวลาให้เป็นประโยชน์เมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ นอกห้องเรียนเกี่ยวกับการใช้ภาษาอังกฤษ	3.80	0.86	มาก
7. ข้าพเจ้าคิดว่าการเรียนภาษาอังกฤษมีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล	4.38	0.75	มาก
8. ข้าพเจ้ามักจะอาสาสมัครเข้าร่วมกิจกรรมที่ต้องใช้ภาษาอังกฤษ	3.10	1.06	ปานกลาง
9. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการเรียนภาษาอังกฤษเป็นภาระที่หนักเกินไป	3.41	1.26	ปานกลาง
10. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการเรียนภาษาอังกฤษเป็นความท้าทายที่น่าสนใจ	3.87	0.81	มาก
11. การเรียนวิชาภาษาอังกฤษทำให้ข้าพเจ้าท้อแท้ใจในการเรียนทำให้ไม่อยากเข้าเรียน	3.35	1.27	ปานกลาง
12. วิชาภาษาอังกฤษเป็นวิชาที่ข้าพเจ้าชอบ	3.31	1.07	ปานกลาง

เจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ	ระดับ		
	$\bar{X}$	SD	ความหมาย
13. ข้าพเจ้ารู้สึกสนุกและมีความสุขกับการเรียนวิชาภาษาอังกฤษ	3.42	0.92	ปานกลาง
14. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลเมื่อต้องพูดภาษาอังกฤษในห้องเรียน	2.52	1.09	ปานกลาง
15. ข้าพเจ้าคิดว่ากรรมที่ทักษะภาษาอังกฤษที่ดีจะช่วยให้สื่อสารกับผู้ป่วยต่างชาติ	4.11	0.99	มาก
<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>3.48</b>	<b>1.19</b>	<b>ปานกลาง</b>

4. พฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.66$ , SD = 0.94) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อที่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีพฤติกรรมที่ดีมาก คือ ข้าพเจ้าเข้าเรียนวิชาภาษาอังกฤษทุกครั้ง ( $\bar{X} = 3.43$ , SD = 0.75) รองลงมาคือข้าพเจ้าส่งการบ้าน หรือรายงานภาษาอังกฤษตรงเวลาเสมอ ( $\bar{X} = 3.26$ , SD = 0.75) และข้าพเจ้าจดบันทึกประเด็นที่อาจารย์สอน ( $\bar{X} = 2.92$ , SD = 0.75) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้าพเจ้าทบทวนบทเรียนภาษาอังกฤษหลังเลิกเรียน ( $\bar{X} = 2.26$ , SD = 0.97) ข้าพเจ้าเตรียมตัวก่อนเข้าเรียนวิชาภาษาอังกฤษ เช่น ท่องคำศัพท์ อ่านบทเรียนล่วงหน้า ( $\bar{X} = 2.34$ , SD = 0.97) และข้าพเจ้าท่องกฎไวยากรณ์และคำศัพท์ภาษาอังกฤษ ( $\bar{X} = 2.37$ , SD = 0.93) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษ (n = 428)

พฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษ	ระดับ		
	$\bar{X}$	SD	ความหมาย
1. ข้าพเจ้าวางแผนการเรียนภาษาอังกฤษ เช่น ทำตารางอ่าน หนังสือทำรายงานหรือทำการบ้านภาษาอังกฤษในแต่ละวันและได้ทำตาม	2.39	0.94	มาก
2. ข้าพเจ้าฝึกฝนการสร้างสมาริในการเรียนภาษาอังกฤษ	2.52	0.88	มาก
3. ข้าพเจ้าเตรียมตัวก่อนเข้าเรียนวิชาภาษาอังกฤษ เช่น ท่องคำศัพท์ อ่านบทเรียนล่วงหน้า	2.34	0.97	มาก
4. ข้าพเจ้ามีความกระตือรือร้นเมื่อถึงเวลาเรียนภาษาอังกฤษ	2.67	0.80	มาก
5. ข้าพเจ้าเข้าเรียนวิชาภาษาอังกฤษทุกครั้ง	3.43	0.75	มากที่สุด
6. ข้าพเจ้าจดบันทึกประเด็นที่อาจารย์สอน	2.92	0.75	มาก
7. ข้าพเจ้าถามอาจารย์ในขณะที่เรียนทันทีเมื่อไม่เข้าใจบทเรียนภาษาอังกฤษ	2.38	0.92	มาก
8. ข้าพเจ้าทบทวนบทเรียนภาษาอังกฤษหลังเลิกเรียน	2.26	0.97	มาก
9. ข้าพเจ้าทำการบ้านหรือทำรายงานภาษาอังกฤษด้วยตนเอง	2.96	0.79	มาก
10. ข้าพเจ้าส่งการบ้านหรือรายงานภาษาอังกฤษตรงเวลาเสมอ	3.26	0.75	มากที่สุด
11. ข้าพเจ้าศึกษาหรือค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาษาอังกฤษนอกเหนือจากที่อาจารย์สอน	2.66	0.85	มาก
12. ข้าพเจ้านำความรู้ภาษาอังกฤษจากการเรียนไปฝึกฝนในชีวิตประจำวัน	2.64	0.86	มาก
13. ข้าพเจ้าฝึกฝนทักษะภาษาอังกฤษทั้งการพูด การฟัง การอ่าน และการเขียนด้วยตนเอง	2.68	0.87	มาก
14. ข้าพเจ้าท่องกฎไวยากรณ์และคำศัพท์ภาษาอังกฤษ	2.37	0.93	มาก
15. ข้าพเจ้าจับกลุ่มติวบทเรียนภาษาอังกฤษกับเพื่อนๆเมื่อใกล้สอบ	2.41	1.09	มาก
<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>2.66</b>	<b>0.94</b>	<b>มาก</b>

5. การรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.00$ ,  $SD = 1.01$ ) และเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการรับรู้สมรรถนะด้านการฟังภาษาอังกฤษ ( $\bar{X} = 3.20$ ,  $SD = 0.96$ ) ด้านการรับรู้สมรรถนะด้านการอ่านภาษาอังกฤษ ( $\bar{X} = 3.02$ ,  $SD = 0.97$ ) ด้านการรับรู้สมรรถนะด้านการพูดภาษาอังกฤษ ( $\bar{X} = 2.92$ ,  $SD = 1.02$ ) และด้านการรับรู้สมรรถนะด้านการเขียน ( $\bar{X} = 2.85$ ,  $SD = 1.93$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนภาษาอังกฤษในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านที่นักศึกษาให้คะแนนสูงสุด คือ สมรรถนะการสอนของอาจารย์ที่สอนวิชาภาษาอังกฤษ รองลงมาได้แก่ การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษ การใช้สื่อการสอนวิชาภาษาอังกฤษ และบรรยากาศในห้องเรียนวิชาภาษาอังกฤษ

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนภาษาอังกฤษ โดยเน้นปฏิสัมพันธ์และการเรียนรู้แบบร่วมมือ พบว่าองค์ประกอบสำคัญในการสร้างความสุขและพัฒนาทักษะภาษา คือ บทบาทของผู้สอนที่สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเข้าใจเนื้อหาได้อย่างลึกซึ้ง เพราะความเชี่ยวชาญด้านเนื้อหา และความสามารถทางภาษาของผู้สอนเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดประการหนึ่ง ในการสอนภาษาที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้สอนที่มีความรู้ทางภาษาสูง จะสามารถถ่ายทอดความรู้ และเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ผู้เรียนได้<sup>10</sup> ในระดับรายข้อพบว่าข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ อาจารย์มีความรู้ในเนื้อหาภาษาอังกฤษ อาจารย์ใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารได้อย่างคล่องแคล่วและถูกต้อง ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของอาจารย์ สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ เจตคติ และทักษะที่จำเป็นด้านภาษาอังกฤษของบุคลากรสุขภาพ ที่พบว่าผู้สอนจำเป็นต้องมีทักษะการใช้ภาษาอังกฤษที่ดี เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นของผู้เรียน และส่งเสริมบรรยากาศการเรียนที่มีประสิทธิภาพ<sup>11</sup> อย่างไรก็ตาม ข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ สื่อการสอนมีความน่าสนใจและดึงดูดความสนใจของนักศึกษา และนักศึกษารู้สึกผ่อนคลายและกล้าแสดงความคิดเห็นในชั้นเรียน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านสื่อการสอนและสิ่งแวดล้อมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการใช้ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน และการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการกล้าใช้ภาษาอังกฤษ<sup>4</sup> เพราะบรรยากาศในห้องเรียนที่เอื้อต่อการกล้าแสดงออกและความรู้สึกปลอดภัยทางจิตใจมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเรียนรู้ภาษาต่างประเทศ โดยเฉพาะในบริบทของนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่อาจมีความวิตกกังวลในการใช้ภาษาอังกฤษซึ่งไม่ใช่ภาษาหลักในการเรียนวิชาชีพ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษของนิสิตระดับปริญญาตรีที่พบว่าสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนภาษาอังกฤษ<sup>6</sup> ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง ที่แม้การสอนจะมีประสิทธิภาพในเชิงเนื้อหาและการจัดการ แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องพัฒนาด้านสื่อการสอนและบรรยากาศในห้องเรียนให้สร้างความผ่อนคลายและเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่

2. เจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า นักศึกษามีประสบการณ์ในการใช้ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวันที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 78.04 จากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้นักศึกษาขาด

ประสบการณ์ในการใช้ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวัน และทำให้รู้สึกว่าการเรียนภาษาอังกฤษเป็นเรื่องที่ยากจึงทำให้เจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่านักศึกษาวิศวกรรมมีทัศนคติในระดับปานกลางต่อการเรียนภาษาอังกฤษ ทั้งในด้านความจำเป็นในชีวิตประจำวัน และอาชีพ<sup>12</sup> ซึ่งต่างจากผลการวิจัยที่ศึกษาเจตคติต่อภาษาอังกฤษของบุคลากรสุขภาพใน 13 เขตบริการสุขภาพ ที่พบว่าเจตคติต่อภาษาอังกฤษอยู่ในระดับดี<sup>11</sup> และ การศึกษาการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษและความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยการบูรณาการภาษาอังกฤษในรายวิชาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลในคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความรู้สึกต่อการจัดการเรียนการสอนโดยการบูรณาการภาษาอังกฤษว่ามีทัศนคติที่ดีและมีความพึงพอใจต่อการเรียนโดยการบูรณาการภาษาอังกฤษในรายวิชาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เนื่องจากภาษาอังกฤษมีความสำคัญในชีวิตประจำวันและต่อวิชาชีพ ช่วยพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษโดยเฉพาะทักษะการพูด การฟัง และการอ่าน รวมทั้งมีประโยชน์ในการค้นคว้าหรืออ่านบทความวิชาการภาษาอังกฤษเพิ่มขึ้น<sup>13</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรายวิชาที่สอนเป็นรายวิชาการบูรณาการภาษาอังกฤษเข้าไปในรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ดังนั้นนักศึกษาจึงรู้สึกว่าการเรียนการสอนไม่ยากจนเกินไป ซึ่งจะไม่เหมือนกับการเรียนการสอนในรายวิชาภาษาอังกฤษเชิงวิชาการอื่น ๆ จากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งจะต้องใช้ทักษะทั้ง การฟัง การพูด การอ่านและการเขียนภาษาอังกฤษตลอดการเรียน จึงทำให้นักศึกษามีเจตคติต่อการเรียนวิชาภาษาอังกฤษอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่านักศึกษามีทัศนคติที่ดีมากในประเด็นการเรียนภาษาอังกฤษช่วยเพิ่มโอกาสในการทำงานในอนาคต การเรียนภาษาอังกฤษมีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล และการมีทักษะภาษาอังกฤษที่ดีจะช่วยให้สื่อสารกับผู้ป่วยต่างชาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การประเมินผลโดยใช้รูปแบบซีบีพี (CIPP Model) ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาภาษาอังกฤษสำหรับวิชาชีพพยาบาลที่พบว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ มีความคิดเห็นว่างานภาษาอังกฤษมีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาลภายหลังจบการศึกษา เนื่องจากสถานบริการที่มีผู้รับบริการชาวต่างชาติ มีการทดสอบภาษาอังกฤษ และให้อัตราราคาเงินเดือนสูงสำหรับพยาบาลที่มีความสามารถด้านภาษาอังกฤษ รวมทั้งการบันทึกทางการแพทย์ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการตรวจและการรักษามีการใช้ภาษาอังกฤษเป็นส่วนใหญ่ จึงจำเป็นต้องมีการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับวิชาชีพ เพื่อให้สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาอังกฤษได้ทัดเทียมกับวิชาชีพอื่นในทีมสุขภาพ<sup>14</sup>

สำหรับเจตคติเชิงลบที่พบในการศึกษาครั้งนี้ คือ ไม่ต้องการเรียนภาษาอังกฤษเพิ่มเติมนอกชั้นเรียน การเรียนภาษาอังกฤษเป็นภาระที่หนักเกินไป และการเรียนวิชาภาษาอังกฤษทำให้เกิดความท้อแท้ใจในการเรียนทำให้ไม่อยากเข้าเรียน อาจเป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น รูปแบบการเรียนการสอนที่ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้เรียน ภาระงานที่มากเกินไป หรือความไม่มั่นใจในความสามารถทางภาษาอังกฤษของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการมีทัศนคติเชิงบวกต่อการเรียนภาษาอังกฤษช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้น มีส่วนร่วมในกิจกรรมได้ดี ส่งผลให้บรรยากาศในชั้นเรียนเป็นไปอย่างมีชีวิตชีวาและเอื้อให้เกิดการเรียนรู้ในระดับที่สูงขึ้น รวมทั้งการปรับปรุงกลยุทธ์การสอนและกิจกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการและความสนใจของผู้เรียนช่วยทำให้เกิดความสนใจในการเรียนภาษาอังกฤษได้ดีขึ้น<sup>12</sup>

### 3. พฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า เนื่องมาจากการเรียนภาษาอังกฤษซึ่งไม่ใช่ภาษาที่นักศึกษาคุ้นเคย และมีความยากดั่งนั้นนักศึกษาจึงมีพฤติกรรมที่ต้องให้ความสนใจและตั้งใจจึงทำให้นักศึกษาเข้าเรียนภาษาอังกฤษทุกครั้ง ส่งการบ้านหรือรายงานตรงเวลา จดบันทึกประเด็นที่อาจารย์สอน อีกทั้งลักษณะการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์จะมีการตรวจสอบการเข้าห้องเรียน การส่งการบ้านหรือรายงานตรงเวลา ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมด้านการมีระเบียบวินัยของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือการทบทวนบทเรียนภาษาอังกฤษหลังเลิกเรียน เตรียมตัวก่อนเข้าเรียน และท่องกฎไวยากรณ์และคำศัพท์ภาษาอังกฤษ อาจเนื่องมาจากเจตคติในเชิงลบที่พบว่านักศึกษาไม่ต้องการเรียนภาษาอังกฤษเพิ่มเติมนอกชั้นเรียน และการเรียนภาษาอังกฤษเป็นภาระที่หนักเกินไปจึงทำให้พฤติกรรมในการเรียนดังกล่าวมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัญหาในการเรียนการสอนภาษาอังกฤษในประเทศไทยและความต้องการในการพัฒนาวิชาชีพของครูไทยพบว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้เรียนภาษาอังกฤษ คือ นักศึกษามีความรู้และทักษะในการเรียนภาษาอังกฤษไม่เพียงพอ หรือนักศึกษาขาดความอดทนในการฝึกฝนการใช้ภาษาอังกฤษทั้งนี้สัมพันธ์กับปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้เรียนโดยเฉพาะแรงจูงใจและทัศนคติที่ถือเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเรียนรู้ภาษา<sup>15</sup>

### 4. การรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากการไม่ได้ใช้ทักษะภาษาอังกฤษทั้งด้านการฟัง การพูด การอ่านและการเขียนในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ามีประสบการณ์ในการใช้ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวันที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน อยู่ในระดับน้อยร้อยละ 78.04

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาทักษะที่จำเป็นในการใช้ภาษาอังกฤษภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง<sup>11</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง พบว่าการรับรู้ต่อตนเองในการใช้ภาษาอังกฤษเชิงวิชาการอยู่ในระดับปานกลาง<sup>16</sup> และเมื่อจำแนกเป็นรายทักษะพบว่าทักษะด้านการฟังส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนทักษะภาษาอังกฤษด้านการอ่าน การพูด และการเขียนอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าการใช้ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวันของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปางในภาพรวมมีการใช้น้อยครั้ง โดยใช้ภาษาอังกฤษผ่านการฟังมากที่สุด และรองลงมาคือการอ่าน เนื่องมาจากทักษะด้านการฟังเป็นทักษะที่เรียนรู้ได้ง่าย การเข้าถึงสื่อการเรียนรู้และการพัฒนาภาษาได้ง่ายกว่าทักษะอื่น เช่น การฟังเพลง การดูหนัง จึงทำให้นักศึกษารับรู้สมรรถนะด้านการฟังภาษาอังกฤษอยู่ในลำดับแรก<sup>4</sup> นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาอิทธิพลของการฟังเพลงภาษาอังกฤษต่อการพัฒนาทักษะการฟัง พบว่านักศึกษาส่วนมากพัฒนาโดยการฟังเป็นลำดับแรก ๆ เนื่องจากเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ภาษาและง่ายต่อการเรียนรู้<sup>17</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาความสามารถด้านการพูดภาษาอังกฤษของนักศึกษาไทยและความพร้อมสู่อาชีพที่พบว่า ความสามารถด้านการสื่อสารภาษาอังกฤษของนักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ ร้อยละ 27.00 ยังไม่สามารถสื่อสารได้ มีความสามารถด้านการพูดในระดับที่ต้องปรับปรุงเนื่องจากมีข้อจำกัดในการเลือกใช้คำศัพท์และไวยากรณ์ที่ถูกต้อง<sup>18</sup> และพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะการพูดภาษาอังกฤษ ได้แก่ นักศึกษามีความวิตกกังวลมีปัญหาด้านคำศัพท์ ขาดการฝึกฝนกับอาจารย์และบุคคลอื่น ไม่ชอบเรียนรายวิชาที่เน้นทักษะการพูดภาษาอังกฤษ ต้องนึกเป็นภาษาไทยก่อนเสมอเมื่อต้องพูดภาษาอังกฤษ<sup>19</sup>

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีประสบการณ์ในการใช้ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวันที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 78.04 ซึ่งอาจจะมีเกี่ยวข้องกับความมั่นใจในตนเองในการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวว่าความมั่นใจในตนเองเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจในการเรียนรู้ รวมทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง การกล้าเสี่ยง และไม่มีความวิตกกังวลเป็นลักษณะของความมั่นใจในตนเองที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ภาษาที่สองหรือภาษาต่างประเทศ การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการเรียนรู้ เพราะสามารถสะท้อนถึงระดับที่ผู้เรียนคิดว่าตนเองสามารถรับมือและประสบความสำเร็จในสถานการณ์การเรียนรู้ได้<sup>20</sup> อีกทั้งเจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ภาพรวมในการวิจัยครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจจะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพูดภาษาอังกฤษ ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการพูดภาษาอังกฤษของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ คือ ด้านทัศนคติในการเรียน เนื่องจากความยากลำบากในการเรียนรู้ภาษาอาจส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองในทางลบ ซึ่งจะส่งผลต่อทัศนคติของนักเรียนและความสำเร็จทางภาษาของนักเรียนด้วย<sup>21</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการจัดการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษของโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าเจตคติต่อการเรียนรู้ส่งผลทางบวกต่อผลการจัดการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษ<sup>22</sup>

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนากลยุทธ์การสอน โดยออกแบบการเรียนการสอนที่หลากหลาย เหมาะสมกับลักษณะของผู้เรียน พัฒนาสื่อการสอนให้มีความทันสมัย รวมทั้งพัฒนาสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เป็นมิตร โดยการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้อันสนุกสนาน สนับสนุน เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ และการกล้าแสดงออก
2. จัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญของการเรียนภาษาอังกฤษในการพัฒนาศักยภาพในอาชีพและการใช้ชีวิตประจำวัน เสริมสร้างเจตคติทางบวก
3. พัฒนาสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษทั้งทักษะการฟัง การพูด การอ่านและการเขียน โดยเปิดโอกาสให้ได้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อสนับสนุนและเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถทางภาษาอังกฤษ
4. ส่งเสริมและเน้นย้ำถึงความสำคัญและประโยชน์ของภาษาอังกฤษต่อวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอนให้มีความน่าสนใจ สร้างแรงจูงใจ และลดความรู้สึกลัวว่าเป็นภาระ

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษ และการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
2. ศึกษารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติต่อการเรียนภาษาอังกฤษและการรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
3. พัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะภาษาอังกฤษทั้ง 4 ด้าน เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

## เอกสารอ้างอิง

1. เยาวเรศ สมทรัพย์, อัจฉมา วารีย์. แบรินด์พยาบาลไทยในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายต่อวิชาชีพพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2562;39(3):169-78.
2. ภราดร สุขพันธ์. การพัฒนาทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษกับความเป็นบัณฑิตในยุคปัจจุบัน. วารสารมจร.ทริภุญชัยปริทรรศน์. 2561;2(2):89-100.
3. รสรินทร์ ปิ่นแก้ว, ภาณุวัฒน์ ศิริบุษงค์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาภาษาอังกฤษในชีวิตจริง 1 ของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพประเภทวิชาอุตสาหกรรม วิทยาลัยอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2560;18(1):83-93.
4. โอภาส ประมูลสิน, จันทรีธิดา ศรีกระจ่าง, Balucanag MA. ปัจจัยทำนายนายการใช้ภาษาอังกฤษในชีวิตประจำวันของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง. 2563;9(2):135-47.
5. วันเพ็ญ ภูมรินทร์, เบญจพร มีพร้อม, นิกร เทพทอง, สิตา สิทธิธรรมา, กุลศิริ วรกุล, ชนกนาถ จินศรี, และคณะ. ทักษะคิดในการเรียนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการเรียนภาษาอังกฤษของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. 2563;15(2):29-42.
6. ยุภาวดี โคษา. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษของนิสิตระดับปริญญาตรีที่สอบผ่าน (SWU-SET) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2565.
7. Dornyei Z, Csizer K. Some dynamics of language attitudes and motivation: Results of a longitudinal national survey. Appl Linguist. 2002;23(4):421-62. doi:10.1093/applin/23.4.421
8. O'Malley JM, Chamot AU. Learning strategies in second language acquisition. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. doi:10.1017/CBO9781139524490
9. Oxford RL. Language learning strategies: What every teacher should know. New York: Newbury House; 1990.
10. ถิรนนท์ ปานศุภวัชร. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนภาษาอังกฤษตามแนวการสอนแบบปฏิสัมพันธ์ ร่วมกับการเรียนรู้แบบร่วมมือเพื่อส่งเสริมความสามารถการอ่านเพื่อความเข้าใจและความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2565.
11. สุรศักดิ์ สุนทร, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ศุภาพิชญ์ โพน โบรมันน์, สุชีวา วิชัยกุล, วิไลพร ขำวงษ์, สุตคณิง ฤทธิ์ฤชัย. ความรู้ เจตคติ และทักษะที่จำเป็นด้านภาษาอังกฤษของบุคลากรสุขภาพใน 13 เขตบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2562;11(2):453-63.
12. Laiphrakpam M, Aroonsrimorakot S. Attitude and motivation of Thai undergraduate students towards learning English language. Walailak J Soc Sci. 2021;14(6):1-13.
13. กัณฑพร ยอดไชย, สมณันท์ ทักษิณีสวรรณ, จารุวรรณ กฤตย์ประชา. การรับรู้สมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษและความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยการบูรณาการภาษาอังกฤษในรายวิชาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2563;26(4):14-28.

14. พิรณัฐ ลาเซอร์, อรอนงค์ ธรรมจินดา. การประเมินผลโดยใช้รูปแบบชิปปี้ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาภาษาอังกฤษสำหรับวิชาชีพพยาบาล (พบ.292) คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2559;36(2):47-64.
15. Noom-ura S. English-teaching problems in Thailand and Thai teachers' professional development needs. *Eng Lang Teach*. 2013;6(11):139-47. doi:10.5539/elt.v6n11p139
16. นิพร ชัดตา, โจนา จีน ปีนาส ปีลาโอ, นฤพร พงษ์คุณากร. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลและสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ประเทศไทย. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2564;8(1):149-67. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/247873/169132>
17. Listyaningsih T. The influence of listening English song to improve listening skill in listening class. *Academica J Multidiscip Stud*. 2017;1(1):35-49. doi:10.22515/academica.v1i1.601
18. ณีภูษณรี ฤทธิรัตน์, ธัญภา ชีระมณี. ความสามารถด้านการพูดภาษาอังกฤษของนักศึกษาไทยและความพร้อมสู่อาเซียน [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
19. ณีภูษณรี ฤทธิรัตน์, ธัญภา ชีระมณี. ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาทักษะการพูดภาษาอังกฤษของนักศึกษาไทย. ใน: เอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 15. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557. p.2839-48.
20. Krashen SD. Principles and practice in second language acquisition. 1982. Available from: [https://www.sdkrashen.com/content/books/principles\\_and\\_practice.pdf](https://www.sdkrashen.com/content/books/principles_and_practice.pdf)
21. พรณรงค์ สิงห์สำราญ, ยุวดี ชูจิตต์, ดารินี ภูทอง, อมรรัตน์ ประวัติรุ่งเรือง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพูดภาษาอังกฤษของนักศึกษาระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ. วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง. 2567;13(1):196-210.
22. ประภารัตน์ ธิติศุภกุล, สมชาย เทพแสง, สมบูรณ์ บุรศิริรักษ์, จันทร์ศม์ ภูติอริยวัฒน์. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษของโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2559;4(2):245-59.

ผลของการใช้นวัตกรรมเสื้อกึ่งสร้างสุขต่อระดับความสบายของนักศึกษาพยาบาล  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

The effect of happiness vest innovation on comfort levels among nursing  
students at Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Phitsanulok

จิตติพร ศรีษะเกต\*, ฐิติกานต์ อุปนันท์\*, ญาณัจฉรา เจริญสุข\*,  
อาทิตยา แสนย่าง\*, ช่อมพพ วัฒนกุลชัย\*, พิมพ์ชนก บุญส่ง\*, พรรณวสา สุขขัง\*

Jittiporn Srisaket\*, Thitikan Upanan\*, Yanatchara Jareansuk\*,  
Arthittaya Saenyang\*, Chowchompoo Wattanakulchai\*, Pimchanok Bunsong\*, Phanwasa Sukchang\*

\*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarachanok Institute

Corresponding author: Jittiporn Srisaket ; Email: Jittiporn@bcnb.ac.th

Received: 27 April 2025 ; Revised: 12 June; 2025 Accepted: 12 June; 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความสบาย  
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมเสื้อกึ่งสร้างสุข และ 2) ศึกษาความพึงพอใจหลังใช้นวัตกรรม  
เสื้อกึ่งสร้างสุข กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 จำนวน 30 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างสวมใส่นวัตกรรมวัน  
ละ 20 นาที เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) นวัตกรรมเสื้อกึ่งสร้าง  
สุข 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินความสบาย และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบ  
ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาระหว่าง ระหว่าง .67-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์ไครอน  
บาคอัลฟา เท่ากับ .72 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ถึงแม้ว่าจะคะแนนเฉลี่ยความสบายของกลุ่มตัวอย่างกึ่งหลังใช้นวัตกรรมเสื้อกึ่งสร้างสุขระดับ  
มาก ( $\bar{X}$  = 3.96, SD = 0.90) สูงกว่าก่อนใช้นวัตกรรม ฯ ( $\bar{X}$  = 3.69, SD = 0.99) แต่ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันไม่มีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ ( $p$  = .089) อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านย่อยของการรับรู้ความสบาย  
( $p$  = .012) และความเจ็บปวดทางกาย ( $p$  = .032) และ 2) ความพึงพอใจต่อนวัตกรรมเสื้อกึ่งสร้างสุข โดยรวมอยู่ในระดับ  
มาก ( $\bar{X}$  = 4.08, SD = 1.04) โดยด้านคุณภาพมีความพึงพอใจสูงสุดในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}$  = 4.35, SD = 0.90) รองลงมา  
คือ ด้านการใช้งาน ( $\bar{X}$  = 4.10, SD = 1.04) และด้านความปลอดภัย ( $\bar{X}$  = 3.81, SD = 1.18) ตามลำดับ

คำสำคัญ: นวัตกรรม, เสื้อกึ่งสร้างสุข, ความสบาย, นักศึกษาพยาบาล

### Abstract

This one-group pretest-posttest quasi-experimental study aimed to 1) compare the comfort levels of nursing students before and after using the “Happiness Vest” innovation, and 2) investigate the satisfaction of students after using the vest. The samples consisted of 30 first-year nursing students, selected through purposive sampling. Participants were assigned to wear the “Happiness Vest” innovation for 20 minutes per day, five days a week, for two weeks. The research instruments included 1) the Happiness Vest innovation which was made from a hot compressed gel, elastic back support, and lavender essential oil; 2) a personal information questionnaire; 3) a comfort assessment scale; and 4) a satisfaction questionnaire. Three experts approved content validity, and the instruments demonstrated Cronbach’s alpha reliability coefficient of .72. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results showed that 1) although the mean comfort score after using the Happiness Vest ( $\bar{X} = 3.96$ ,  $SD = 0.90$ ) was higher than before its use ( $\bar{X} = 3.69$ ,  $SD = 0.99$ ), the difference was not statistically significant ( $p = .089$ ). However, statistically significant differences were found in the perceived well-being ( $p = .012$ ) and physical pain ( $p = .032$ ), and 2) overall satisfaction with the Happiness Vest was at a high level ( $\bar{X} = 4.08$ ,  $SD = 1.04$ ). The highest satisfaction was in the quality aspect ( $\bar{X} = 4.35$ ,  $SD = 0.90$ ), followed by usability ( $\bar{X} = 4.10$ ,  $SD = 1.04$ ), and safety ( $\bar{X} = 3.81$ ,  $SD = 1.18$ ), respectively.

**Keywords:** innovation, happiness vest, comfort, nursing students

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากข้อมูลประชากรทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก รายงานว่ามีประชากรจำนวน 570 ล้านคน มีปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อ และมีจำนวน 222 ล้านคนมีอาการปวดคอ นอกจากนี้จะพบในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแล้วยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ซึ่งพบมากในวัยผู้ใหญ่ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วย จากการศึกษากลุ่มคนทำงานที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในประเทศไทย พบว่าในเพศหญิงอายุ 36-45 ปี มีอาการปวดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 67.50 ซึ่งมีปัจจัยมาจากระยะเวลาในการใช้คอมพิวเตอร์ในสถานที่ทำงานติดต่อกัน 1-3 ชั่วโมง และมีการใช้คอมพิวเตอร์ที่บ้านมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 57.50 โดยมีตำแหน่งปวดกล้ามเนื้อด้วยกัน 6 จุด ได้แก่ ไหล่ซ้าย ไหล่ขวา คอซ้าย คอขวา หลังส่วนบนซ้าย และหลังส่วนบนขวา โดยมีสาเหตุและปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดอาการปวด คือ ท่าทางอิริยาบถในการทำงานที่ไม่เหมาะสม และช่วงอายุ<sup>1,2</sup> นอกจากนี้วัยทำงานแล้วในกลุ่มนักเรียนยังพบว่ามีอาการปวดคอจากการใช้สมาร์ทโฟน มากถึง ร้อยละ 34.26 ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่ออาการปวดคอ 4.16 เท่า<sup>3</sup> และจากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปวดกล้ามเนื้อของนักศึกษาพยาบาล พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมการเล่นโทรศัพท์ติดต่อกันเกิน 30 นาที และการทำงานกับคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานมากกว่า 6 ชั่วโมง ติดต่อกันเป็นประจำส่งผลให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 99.30 และ 68.30 ตามลำดับ<sup>4</sup> โดยพบมากที่สุดในักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 96.66 ของนักศึกษาพยาบาลทั้งหมด ซึ่งมีปัจจัยจากการก้มหรืออตัวขณะนั่งทำงานเป็นประจำ ร้อยละ 64.80 และยังมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสะพายกระเป๋าที่มีน้ำหนักมากกว่า 10 เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักตัว ร้อยละ 48.90 และการใช้โต๊ะเก้าอี้ พนักพิงในการนั่งเรียนไม่เหมาะสม ร้อยละ 46.80 ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีอาการปวดบริเวณ คอ บ่า ไหล่ หลัง เป็นส่วนใหญ่ อาการปวดเหล่านี้ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมี

ความไม่สุขสบายกาย<sup>5</sup> ซึ่งในกลุ่มนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคทดลอง จำเป็นต้องมีทักษะที่ดีในการดูแลรักษาผู้ป่วยและความรับผิดชอบชีวิตคนอื่น มีการฝึกหัดเหตุการณ์หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องใช้อุปกรณ์เคลื่อนไหวอาจเป็นสาเหตุทำให้นักศึกษาเหล่านี้เกิดปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อตามมา ซึ่งอาจกลายเป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานในอนาคตได้<sup>6</sup>

ความรู้สึกไม่สุขสบาย เป็นความรู้สึกที่ได้รับการตอบสนองทางกายของแต่ละคน เช่น การปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดท้อง ปวดศีรษะ เป็นต้น ทางจิตใจ เช่น มีความเครียด ขาดสมาธิ เป็นต้น ทางสังคม เช่น การไม่ยอมยกยอปอปั้นผู้อื่น การพึ่งพาผู้อื่น เป็นต้น<sup>7</sup> เมื่อเกิดอาการไม่สุขสบายส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สภาวะจิตใจ และสถานะทางเศรษฐกิจ เช่น เมื่อมีอาการนอนไม่หลับส่งผลให้เกิดปวดหัว เครียด วิตกกังวล ทำให้สมาธิสั้น และอาจมีอาการซึมเศร้าตามมา ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมในการดูแลสุขภาพ และส่งผลให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานลดลง<sup>8</sup>

การจัดการกับอาการปวดและความไม่สุขสบาย มีหลากหลายวิธี เช่น การประคบร้อน การนวดแผนไทย การปรับเปลี่ยนอิริยาบถเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ รวมทั้งมีการนำนวัตกรรมใหม่ ๆ เข้ามาช่วยในการลดปวดเพื่อให้เกิดความสบาย เช่น เสื้ออบสมุนไพร ผ้าพุงหลัง และเจลประคบร้อน ซึ่งมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดได้ในกลุ่มผู้สูงอายุและวัยทำงาน<sup>9,10,11</sup> รวมถึงการใช้น้ำมันหอมระเหย และ เจลแผ่นแปะกลืนลาเวนเดอร์ ซึ่งช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวลและส่งเสริมการนอนหลับ<sup>12,13</sup> ทั้งนี้ได้มีการค้นพบว่าเสื้อพุงหลังสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดหลังเฉียบพลัน ลดแรงกระแทกต่อหมอนรองกระดูกสันหลัง และยังมีผลต่อจิตใจที่สามารถเตือนให้ผู้ที่สวมใส่เสื้ออยู่ในท่าทางที่เหมาะสมได้<sup>14</sup> แต่ถึงแม้จะมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์พุงหลังและการประคบร้อนเพื่อบรรเทาอาการปวด แต่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังมากกว่ากลุ่มนักศึกษาพยาบาล ที่ต้องเผชิญกับปัญหาทางกายภาพและความเครียดจากการเรียน การทำงานเป็นระยะเวลาสั้น การทำงานในท่าทางที่ไม่เหมาะสม และความเครียดที่สะสมจากการเรียน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ประสิทธิภาพการเรียนลดลง ที่ผ่านมามีวิธีการบรรเทาอาการปวดในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ใช้นวัตกรรมนวดด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยร่วมกับการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันและแก้ปัญหายาอาการปวด<sup>5</sup> เป็นการลดอาการทางกาย แต่ทางจิตใจยังพบว่าการนวดบำบัดมาช่วยในการลดอาการปวดยังน้อย ซึ่งการลดอาการปวดและความไม่สุขสบายควรมีทั้งทางกายและทางจิตใจควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดผลดี ส่งผลให้อาการปวดลดลง ด้วยเหตุนี้ นวัตกรรม "เสื้อกั๊กสร้างสุข" ที่ผู้วิจัยออกแบบมาเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล โดยผสมคุณสมบัติของการบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อด้วยการประคบร้อนร่วมกับการใช้กลิ่นน้ำมันหอมระเหยที่ช่วยเพิ่มความสบาย ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้และการใช้ชีวิตประจำวันของนักศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช มีนักศึกษาทั้งสิ้น 529 คน ผลสำรวจเบื้องต้นในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 115 คน พบว่า ร้อยละ 81.89 มีพฤติกรรมการนั่งเรียนติดต่อกันนานถึง 8 ชั่วโมงต่อวัน และร้อยละ 74.10 มีอาการปวดหลังมากที่สุด รองลงมาคืออาการปวดบริเวณบ่า ร้อยละ 13.80 และไหล่ ร้อยละ 12.10 โดยมีสาเหตุหลักจากการนั่งเรียนในท่าทางเดิมเป็นเวลานาน การใช้คอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงสิ่งแวดล้อมในการเรียนที่ไม่เหมาะสม เช่น โต๊ะ เก้าอี้ และพนักพิงที่ไม่ได้มาตรฐานร่วมกับมีความรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการปวดกล้ามเนื้อมากถึงร้อยละ 73.00 ส่งผลให้มีอาการเหนื่อยล้า ไม่สุขสบาย และปวดตึงกล้ามเนื้อบ่อยครั้ง อาจส่งผลให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ลดลง เนื่องมาจากอาการปวดตึงกล้ามเนื้อ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่ยังขาดการออกแบบนวัตกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ที่มีลักษณะพฤติกรรมการเรียนและความเครียดเฉพาะตัว ทั้งจากการนั่งเรียนและฝึกหัดการทางคลินิกเป็นเวลานาน ซึ่งยังไม่มี

นวัตกรรมที่บูรณาการทั้งการประคบร้อน การพุงกล้ามเนื้อ และการใช้กลิ่นบำบัด อย่างเหมาะสมในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนา “นวัตกรรมเสื่อก็กสร้างสุข” ประกอบด้วย การประคบร้อนที่ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและบรรเทาอาการปวด ยางยืดพุงบ่าที่ออกแบบตามหลักสรีระเพื่อปรับอิริยาบถ การนวดกล้ามเนื้อน้ำมันหอมระเหยช่วยสร้างความสุขสบาย เพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อและเพิ่มสุขสบายให้แก่นักศึกษาพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพในการเรียนและการปฏิบัติงานในอนาคต

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสบายของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมเสื่อก็กสร้างสุข
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช หลังใช้นวัตกรรมเสื่อก็กสร้างสุข

### สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสบายหลังใช้นวัตกรรมเสื่อก็กสร้างสุข สูงกว่าก่อนการใช้นวัตกรรม
2. นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ที่ใช้เสื่อก็กสร้างสุขมีระดับความพึงพอใจหลังใช้อยู่ในระดับดีขึ้นไป

### ขอบเขตการวิจัย

**ขอบเขตด้านประชากร** คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 30 คน

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** ตัวแปรต้น คือ นวัตกรรมเสื่อก็กสร้างสุข ตัวแปรตาม คือ ความสบายหลังใช้นวัตกรรมและความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม

**ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่** ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2567- ตุลาคม 2567 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสบาย (Comfort Theory)<sup>15</sup> ประกอบด้วย 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การบรรเทาจากความเจ็บปวดหรือความไม่สบาย (relief) 2) ความสงบ ความพอใจในสภาวะปัจจุบัน (ease) และ 3) ความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับปัญหา หรือข้ามผ่านความทุกข์ได้ (transcendence) โดยครอบคลุมความสบาย 4 มิติ คือ 1) ความสบายทางร่างกาย (physical) 2) ความสบายทางจิตใจและจิตวิญญาณ (psychospiritual) 3) ความสบายด้านสังคมและวัฒนธรรม (sociocultural) และ 4) ความสบายในด้านสิ่งแวดล้อม (environmental) ในการออกแบบนวัตกรรม “เสื่อก็กสร้างสุข” เพื่อเพิ่มระดับความสบายให้กับนักศึกษาพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ดังภาพที่ 1

## ตัวแปรต้น

นวัตกรรม "เสื่อก็กสร้างสุข" ที่ประยุกต์ใช้การประคบร้อน ยางยืดประคบหลัง และน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ ตามแนวคิดทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba

## ตัวแปรตาม

1. ความสุขสบายหลังใช้นวัตกรรม
2. ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

**ชนิดของการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre-test post-test design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 144 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะพื้นฐานคล้ายกัน ได้แก่ กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1 ทุกคน มีอายุใกล้เคียง และอาศัยอยู่ในหอพักเดียวกันทุกคน และไม่ใช้น้ำมันหอมระเหยหรือเครื่องประคบอื่นระหว่างการทดลอง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยคำนวณจากโปรแกรม G\*Power โดยคำนวณขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน<sup>10</sup> ได้ขนาดอิทธิพล (effect size) = .50 ค่าอำนาจการทดสอบ (power) = .80 ค่าระดับความเชื่อมั่น = .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้<sup>16</sup> ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่กลับคืน ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาอยู่ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. มีเครื่องมือสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถตอบแบบสอบถามได้
3. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
4. ไม่มีประวัติแพ้ น้ำมันหอมระเหย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการปวดเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษา
2. ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การวิจัย เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท โรคหัวใจ หรือโรคเบาหวานที่ไม่ได้ควบคุม ผิวหนังอักเสบ เป็นแผลเปิด
3. มีภาวะเลือดออกง่ายผิดปกติ
4. ผู้ที่มีประวัติการผ่าตัดบริเวณบ่าไหล่ หรือหลัง

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

นวัตกรรม "เสื่อก็กสร้างสุข" ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบไปด้วยเจล ประคบร้อน ยางยืดพุงหลัง และน้ำมันหอมระเหย มีวิธีพัฒนานวัตกรรมที่ใช้เป็นเครื่องมือในการทดลอง ดังนี้

1. ศึกษาความต้องการและปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมาย โดยการสำรวจกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีปัญหาปวดตึงกล้ามเนื้อ และระยะเวลาการนั่งนาน
2. ออกแบบเสื้อกึ่งให้มีช่องสำหรับใส่เจลประคบร้อนและน้ำมันหอมระเหย และสามารถปรับระดับการพุงหลังด้วยยางยืดได้
3. ทดสอบประสิทธิภาพของเจลประคบร้อน ยางยืดพุงหลัง และน้ำมันหอมระเหยที่ใช้ร่วมกับเสื้อกึ่ง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ
4. ปรับปรุงการออกแบบตามผลการทดลอง เพื่อให้มีความสะดวกสบายและมีประสิทธิภาพมากขึ้นในการช่วยบรรเทาอาการปวดบ่า ไหล่ หลังและผ่อนคลายจิตใจ

รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย นวัตกรรม "เสื้อกึ่งสร้างสุข" มีการออกแบบโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ด้านในของเสื้อ และเสื้อด้านนอก ดังนี้

**ส่วนที่ 1** คือ เสื้อส่วนด้านใน เป็นส่วนที่ใช้อย่างยืดและหัวล็อกมาทำเป็นเข็มขัดเพื่อใช้ปรับขนาดตามสัดส่วนของบุคคล และใช้พุงหลังเป็นส่วนฐานมีกระเป่าที่ใส่เจลประคบร้อน ติดอยู่ส่วนล่างตรงกลางหลัง และบริเวณบ่าข้างในมีช่องสำหรับใส่เจลประคบร้อนจำนวน 4 ช่อง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 เสื้อด้านใน

**ส่วนที่ 2** คือ เสื้อส่วนด้านนอกที่ใช้แบบของเสื้อกึ่งมาทำให้รูปลักษณะภายนอกของเสื้อดูเข้าถึงง่ายและทันสมัย โดยเสื้อกึ่งจะถูกเย็บติดกับเข็มขัดรัดเอวด้านใน บริเวณคอเสื้อมีที่ใส่น้ำมันหอมระเหยติดไว้ที่ สามารถเพิ่มกลิ่นโดยการหยดใส่ถุงหอม และนำกลับไปใส่ไว้ที่คอเสื้อ ซึ่งตำแหน่งที่ใส่ถุงหอมจะมีความเหมาะสมต่อการรับสัมผัสทางกลิ่นไม่ใกล้และไม่ไกลจนเกินไป สามารถสูดเอากลิ่นของน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ได้พอดีไม่ทำให้ระคายเคืองจมูกจากลาเวนเดอร์ที่ผู้วิจัยนำมาใช้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป็นกลิ่นที่ช่วยเร้าพหุประสาทสัมผัสต่อการผ่อนคลายและคุณภาพการนอนหลับทำให้ผู้ใช้รู้สึกผ่อนคลายและเหมาะกับทุกเพศทุกวัย ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 เสื้อด้านนอก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยคำถามทั้งแบบปลายปิดและปลายเปิด ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว การดูแลตนเองเมื่อปวด และระยะเวลาในการนั่งนานต่อครั้ง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามวัดความสุขสบายก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมเสื้อกึ่งสร้างสุข ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องครอบคลุมความสุขสบายทั้ง 4 มิติ<sup>15</sup> คือ ความสุขสบายทางร่างกาย ความสุขสบายทางจิตใจและจิตวิญญาณ ความสุขสบายด้านสังคมและวัฒนธรรม และความสุขสบายในด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 10 ข้อ มีข้อความเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 6) และข้อความเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 4, 5, 7, 8, 9, 10) ลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ<sup>7</sup> ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ ไม่เลย โดยให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และมีเกณฑ์การแปลผล 5 ระดับ<sup>5</sup> ดังนี้ ความพึงพอใจระดับมากที่สุด (คะแนน 4.51–5.00) ระดับมาก (คะแนน 3.51 –4.50) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.51 –3.50) ระดับน้อย (คะแนน 1.51 –2.50) ระดับน้อยที่สุด (คะแนน 1.00 –1.50)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามวัดความพึงพอใจหลังการใช้นวัตกรรมเสื้อกึ่งสร้างสุข ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยการใช้นวัตกรรมผ้าพุงลดปวดหลังต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มวัยทำงาน<sup>10</sup> จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านคุณภาพ ด้านความปลอดภัย และด้านการใช้งาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ดังนี้มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และมีเกณฑ์การแปลผล 5 ระดับ<sup>5</sup> ดังนี้ ความพึงพอใจระดับมากที่สุด (คะแนน 4.51–5.00) ระดับมาก (คะแนน 3.51 –4.50) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.51 –3.50) ระดับน้อย (คะแนน 1.51 –2.50) ระดับน้อยที่สุด (คะแนน 1.00 –1.50)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำนวัตกรรม และแบบสอบถาม ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันจำนวน 10 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช IRB เลขที่ 020/2567 ได้รับการรับรองวันที่ 20 กันยายน 2567 โดยผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมสำคัญ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล ซึ่งให้อาสาสมัครได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัยอย่างชัดเจน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้อาสาสมัครแสดงความยินยอมและถอนตัวได้โดยเสรีโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียน หลักการให้ประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย โดยอาสาสมัครได้รับประโยชน์จากการใช้นวัตกรรมเสื้อกึ่งสร้างสุขที่ช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อและลดความไม่สบาย พร้อมทั้งมีช่องทางติดต่อผู้วิจัยหากเกิดผลกระทบใด ๆ ในด้านการรักษา ความลับ ข้อมูลของอาสาสมัครถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัยและไม่เปิดเผยตัวตน โดยเก็บข้อมูลไว้เป็นระยะเวลา 1 ปีหลังสิ้นสุดการวิจัยก่อนทำลายอย่างถาวร และในหลักความยุติธรรม ผู้วิจัยได้คัดเลือกและสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นธรรม ไม่มีการเลือกปฏิบัติ พร้อมแจ้งข้อมูลความเสี่ยงและประโยชน์แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างครบถ้วน นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังมีการ

บริหารจัดการอุปสรรคและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เช่น เวลาในการทำแบบสอบถามและความไม่สบายจากการใช้นวัตกรรม พร้อมมาตรการป้องกันผลกระทบต่อชุมชนโดยไม่รบกวนการเรียนการสอนหรือกิจกรรมอื่น ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจะจัดทำหนังสือถึงศูนย์จริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เพื่อขอรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
2. หลังจากผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจะจัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย
3. ประสานประสานชั้นปีที่ 1 เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และส่งแบบสอบถาม google form เพื่อคัดกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยโดยการจากกลุ่มตัวอย่างดังนี้
  - 4.1 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถาม Google form ในรูปแบบ QR Code ให้กลุ่มตัวอย่าง เพื่อเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความสบายก่อนทดลองใช้นวัตกรรม

- 4.2 ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาทดลองใช้นวัตกรรม “เสื่อก็กสร้างสุข” ดังนี้

#### การใช้นวัตกรรม

นวัตกรรม “เสื่อก็กสร้างสุข” มีการออกแบบตามแนวคิดของทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba โดยมีองค์ประกอบ 3 ส่วนที่เสริมประสิทธิภาพร่วมกัน ได้แก่ เจลประคบร้อน (heat compress gel) ที่ช่วยคลายความตึงของกล้ามเนื้อและให้ความรู้สึกผ่อนคลาย ยางยืดพุงหลัง (back support elastic band) ลดอาการปวดเมื่อยหลังจากการนั่งเรียนหรือทำกิจกรรมเป็นเวลานาน และน้ำมันหอมระเหยกลิ่นลาเวนเดอร์ (lavender essential oil) ช่วยลดความเครียด คลายกังวล และส่งเสริมสมาธิ

#### วิธีการใช้งาน

1. กลุ่มตัวอย่างจะได้รับเสื่อก็กสร้างสุขซึ่งได้ติดตั้งเจลประคบร้อนและยางยืดไว้เรียบร้อยแล้ว พร้อมของน้ำมันหอมระเหยในช่องเก็บด้านบน
2. การใช้งานจะมีคำแนะนำแบบ Step-by-step ให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้ในสถานการณ์ที่เหมาะสม เช่น หลังเลิกเรียน ตอนเย็น หรือตอนนั่งทำการบ้าน
3. เจลประคบร้อนจะถูกแช่ในน้ำร้อนอุณหภูมิ 40-45 องศาเซลเซียส ก่อนใช้งาน ซึ่งเป็นระดับที่ทำให้ความรู้สึกอบอุ่นพอดี ช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิตโดยไม่ทำให้ผิวหนังไหม้หรือเกิดการระคายเคือง (ผู้วิจัยเป็นผู้ดูแลในช่วงทดลองการใช้นวัตกรรม)

โดยที่นวัตกรรมได้มีการนำไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 14 วัน (2 สัปดาห์) ต่อเนื่อง วันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที เพื่อลดการระคายเคืองต่อผิวหนัง โดยกำหนดให้เป็นช่วงเย็นหลังเลิกเรียน กำหนดเวลา 18.00 – 18.20 น. ของทุกวัน เพื่อความต่อเนื่องและลดอิทธิพลของปัจจัยภายนอก สถานที่ใช้หอพักนักศึกษาหรือห้องพยาบาลในวิทยาลัย โดยในวันที่ 1 และ 2 จะมีผู้วิจัยทำหน้าที่แนะนำวิธีใช้ ตรวจสอบความถูกต้อง และสังเกตอาการเบื้องต้น หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะนำนวัตกรรมไปใช้และบันทึกการใช้งานลงในแบบบันทึกการใช้นวัตกรรมด้วยตนเอง

- 4.3 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถาม google form ในรูปแบบ QR Code ให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลแบบสอบถามความสบายและแบบสอบถามความพึงพอใจหลังทดลองใช้นวัตกรรม

5. ข้อที่ได้จาก Google form ผู้วิจัยจะนำไปลงรหัสเป็นตัวเลขโดยจะไม่ระบุตัวบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้ในคอมพิวเตอร์และจะมีเพียงทีมผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลระดับความพึงพอใจหลังใช้นวัตกรรมเสื่อก็กสร้างสุข โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบระดับความสบายใช้สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทดสอบสมมติฐานการแจกแจงปกติของค่าความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Shapiro-Wilk ซึ่งพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ( $p > .05$ )

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.30 มีอายุส่วนใหญ่อยู่ที่ 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.70 มีรอบเอวบนอยู่ 27 นิ้ว คิดเป็นร้อยละ 30.00 ไม่มีโรคประจำตัว และมีวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวด ด้วยการนวด คิดเป็นร้อยละ 43.30 ส่วนใหญ่ระยะเวลาในการนั่งนานต่อครั้งเกิน 2 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 96.70

2. การเปรียบเทียบระดับความสบายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมเสื่อก็กสร้างสุข พบว่าก่อนใช้นวัตกรรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสบายในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.69$ ,  $SD = 0.99$ ) หลังใช้นวัตกรรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสบายในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.96$ ,  $SD = 0.90$ ) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -0.562$ ,  $p = .089$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับความสบายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง ( $n = 30$ )

แบบสอบถามความสบาย	ก่อนใช้นวัตกรรม			หลังใช้นวัตกรรม			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
1. รู้สึกไม่มีความสุข	3.97	1.13	น้อย	4.37	0.89	น้อย	-1.461	.155
2. รู้สึกมีสุขภาพที่ไม่ดี	3.53	1.25	น้อย	4.33	0.88	น้อย	-2.693	.012*
3. รู้สึกเจ็บปวดตามร่างกาย	3.13	1.25	ปานกลาง	3.77	1.04	น้อย	-2.249	.032*
4. รู้สึกมีกำลังมากพอในการทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน	3.63	0.890	มาก	3.67	1.03	มาก	0.130	.897
5. รู้สึกมีสมาธิในการทำงาน	3.60	0.81	มาก	3.77	1.04	มาก	0.634	.531
6. รู้สึกมีความต้องการใช้ยาลดปวด	3.90	1.06	น้อย	4.07	0.98	น้อย	-0.645	.524
7. รู้สึกพอใจกับความสามารถในการทำงาน	3.57	0.94	มาก	4.00	0.87	มาก	1.898	.068
8. รู้สึกพอใจที่จะไปใช้บริการสาธารณสุข	3.93	0.91	มาก	4.07	0.83	มาก	0.643	.526
9. มีโอกาสได้พักผ่อนนอนหลับ	4.00	0.83	มาก	3.67	0.71	มาก	1.624	.115
10. มีโอกาสทำกิจกรรมต่างๆเพื่อคลายเครียด	3.63	0.85	มาก	3.93	0.69	มาก	1.557	.130
รวม	3.69	0.99	มาก	3.96	0.90	มาก	-0.562	.089

\* $p < .05$

3. ความพึงพอใจหลังใช้นวัตกรรมเสื่อก็กสร้างสุข พบว่าคะแนนความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ( $\bar{X} = 4.08$ ,  $SD = 1.04$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านคุณภาพ มีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

( $\bar{X}$  = 4.35, SD = 0.90) และรายข้อพบว่าโดยนวัตกรรมการช่วยลดอาการปวด มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ( $\bar{X}$  = 4.50, SD = 0.82) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจหลังใช้นวัตกรรมการเสื่อก็กสร้างสุข (n = 30)

รายการ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
<b>ด้านคุณภาพ</b>	<b>4.35</b>	<b>0.90</b>	<b>มากที่สุด</b>
1. ช่วยลดอาการปวด	4.50	0.82	มากที่สุด
2. ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย	4.37	0.89	มากที่สุด
3. มีประโยชน์ต่อผู้ใช้งาน	4.30	0.92	มากที่สุด
4. น้ำมันหอมระเหยช่วยให้มีสมาธิมากขึ้น	4.23	1.01	มากที่สุด
<b>ด้านความปลอดภัย</b>	<b>3.81</b>	<b>1.18</b>	<b>มาก</b>
5. วัสดุสามารถป้องกันความร้อนไม่ทำให้เกิดแผลพุพอง	3.81	1.25	มากที่สุด
6. สายรัดของนวัตกรรมการไม่รัดผู้ใช้งานมากจนเกินไป	3.67	1.18	มาก
7. วัสดุตัวล็อกไม่ก่อให้เกิดแรงกดทับมากเกินไป	3.90	1.09	มาก
<b>ด้านการใช้งาน</b>	<b>4.10</b>	<b>1.04</b>	<b>มาก</b>
8. ง่ายต่อการสวมใส่และการใช้งาน	3.90	1.06	มาก
9. คู่มือการใช้งานเข้าใจง่าย	4.17	0.97	มาก
10. สามารถสวมใส่ได้ด้วยตัวเอง	4.23	1.07	มากที่สุด
<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>4.08</b>	<b>1.04</b>	<b>มาก</b>

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเรื่องนวัตกรรมการเสื่อก็กสร้างสุข สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

#### 1. ความสุขสบายก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมการเสื่อก็กสร้างสุข

ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสบายหลังใช้นวัตกรรมการเสื่อก็กสร้างสุขอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 3.96, SD = 0.90) และมากกว่าก่อนใช้นวัตกรรมการ ( $\bar{X}$  = 3.69, SD = 0.99) แสดงแนวโน้มด้านบวกต่อสุขภาวะของผู้ใช้ แม้ว่าค่าทางสถิติ ( $p = .089$ ) จะไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .089$ )

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า ผลการทดลองอาจเกิดจากการควบคุมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ และระดับความปวดมารวมวิเคราะห์ด้วยเพื่อลดความแปรปรวนของข้อมูลได้ นอกจากนี้ระยะเวลาหรือความถี่ในการสวมเสื่อก็กอาจมีผลต่อการลดปวดโดยมีการศึกษาถึงผลของการนวดกดจุดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย พบว่าในคนที่มีการปวดสามารถใช้วิธีการนวดได้โดยใช้เวลาเพียงครั้งละ 15 นาทีเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกันพบว่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการปวดหลังลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>17</sup> และในการให้สวมใส่เสื่อก็กเหมือนกันในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดคอ บ่า ไหล่ แตกต่างกัน เนื่องจากการรับรู้ระดับอาการปวดพื้นฐานที่ไม่เท่ากันสามารถกระทบการรับรู้ความสบายได้จากความถี่ ระยะเวลาในการรับรู้ตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญ<sup>18</sup> แต่อย่างไรก็ตามผลการทดลองพบว่ามี การเพิ่มขึ้นของคะแนนอย่างมีทิศทางที่ดี

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับท่าทางการลดอาการปวดกล้ามเนื้อในผู้ที่ทำงานสำนักงาน พบว่าการใช้อุปกรณ์เสริมสำหรับช่วยปรับท่าทางในผู้ที่ต้องนั่งเป็นเวลานานช่วยเพิ่มความสุขสบายและลดอาการปวดเมื่อยได้ ประเด็นสำคัญที่พบคือ หลังการใช้นวัตกรรมการ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่ามีสุขภาพดีขึ้น และมี

ความรู้สึกเจ็บปวดตามร่างกายลดลง<sup>19</sup> เมื่อพิจารณาตามแนวคิดทฤษฎีความสุขสบายของ Kolcaba ที่เชื่อว่าความสุขสบายเป็นผลจากการตอบสนองความต้องการที่ยังไม่สมดุลใน 4 มิติ ได้แก่ กายภาพ (physical) จิตวิญญาณ (psychospiritual) สังคมวัฒนธรรม (sociocultural) และสิ่งแวดล้อม (environmental) จะเห็นว่านวัตกรรมที่ประกอบด้วยเจลประคบร้อน (relief) ยางยืดประคองหลัง (ease) และน้ำมันหอมระเหยลาเวนเดอร์ (psychospiritual support) มีคุณสมบัติตอบสนองทั้งในเชิงบรรเทาความไม่สบายและเสริมสร้างสมดุลทางอารมณ์ได้ดี นอกจากนี้ ยังสามารถเชื่อมโยงกับทฤษฎี Gate Control Theory ซึ่งอธิบายว่าการกระตุ้นเส้นประสาทสัมผัสผิวหนึ่ง เช่น ความร้อนหรือหนาว สามารถปิดประตูการส่งผ่านความเจ็บปวดในไขสันหลังได้<sup>20</sup> ส่งผลให้ผู้ใช้งานรู้สึกเจ็บปวดน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่ารู้สึกปวดเมื่อยตามร่างกายลดลงหลังการใช้นวัตกรรม อย่างไรก็ตาม จากข้อคำถาม “ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนนอนหลับเพื่อคลายเครียด” มีคะแนนเฉลี่ยลดลงหลังใช้นวัตกรรม ซึ่งอาจสะท้อนผลกระทบจากเงื่อนไขภายนอกหรือภาระกิจของนักศึกษาในช่วงเวลาทดลองมากกว่าผลจากนวัตกรรมโดยตรง โดยเฉพาะเมื่อกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.30 ซึ่งมีแนวโน้มประสพกับภาวะเครียดและความอ่อนเพลียจากการเรียนและฝึกปฏิบัติงานมากกว่าชาย<sup>21</sup> ดังนั้นการแปลผลในประเด็นนี้ควรพิจารณาปัจจัยพื้นฐานของผู้เข้าร่วมร่วมด้วยเนื่องจากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความไวต่อความเจ็บปวดที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง

## 2. ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมเสื้อกั๊กสร้างสุข

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.08$ ,  $SD = 1.04$ ) โดยเฉพาะด้านคุณภาพมีระดับความพึงพอใจสูงสุดในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.35$ ,  $SD = 0.90$ ) โดยมีความพึงพอใจสูงสุด คือ นวัตกรรมช่วยลดอาการปวด ( $\bar{X} = 4.50$ ,  $SD = 0.82$ )

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การที่นวัตกรรมช่วยลดอาการปวดได้อาจเนื่องมาจากผลของความร้อนและน้ำมันหอมระเหยที่ใช้ในนวัตกรรม ซึ่งการใช้ความร้อนร่วมกับน้ำมันหอมระเหยมีผลช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อและเพิ่มการไหลเวียนเลือดบริเวณที่มีอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากการกระตุ้นและทำให้หลอดเลือดขยายตัวเพิ่มการไหลเวียนเลือด สามารถบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่อาการปวดจึงทุเลาลง นอกจากนี้ในประเด็นของการใช้งานพบว่าผู้ใช้พึงพอใจซึ่งอธิบายได้ว่าเสื้อกั๊กมีรูปลักษณ์ ขนาด ที่เหมาะสมน่าใช้ วิธีการใช้ไม่ยุ่งยาก มีคู่มือการใช้งานชัดเจน สะดวกและสามารถใช้ได้ด้วยตนเองทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากซึ่งตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ใช้<sup>22</sup> อีกทั้งการใช้นวัตกรรมร่วมกับน้ำมันหอมระเหยจึงอาจตอบสนองมิติด้านร่างกายและจิตใจของผู้ใช้งานได้ดี โดยใช้หลักการสร้างสมดุลระหว่างความผ่อนคลายทางอารมณ์และการบรรเทาอาการปวดจากร่างกาย<sup>12</sup> แม้ว่านวัตกรรมจะมีศักยภาพที่ดี แต่ควรให้ความสำคัญกับประเด็นด้านความปลอดภัยซึ่งได้คะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุด โดยเฉพาะในประเด็นสายรัดของนวัตกรรมที่อาจรัดผู้ใช้งานมากเกินไป ถึงแม้จะมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเนื่องจากนวัตกรรมทางการแพทย์สำหรับผู้ที่มีการปวดกล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงานส่วนใหญ่พบว่าข้อจำกัดของอุปกรณ์เสริมสำหรับการนั่งมักเกี่ยวข้องกับภาวะเครียดและความสบายในการสวมใส่<sup>23</sup> นอกจากนี้ประเด็นเรื่องวัสดุที่สามารถป้องกันความร้อนไม่ให้เกิดแผลพุพอง พบว่าเป็นประเด็นที่ควรปรับปรุง ผู้ใช้งานอุปกรณ์ที่ให้ความร้อนสำหรับบรรเทาอาการปวดต้องคำนึงถึงระบบการควบคุมอุณหภูมิที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับผิวหนังของผู้ใช้งาน<sup>11</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. แม้ว่าผลการวิจัยจะไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความสุขสบายหลังใช้นวัตกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการส่งเสริมสุขภาวะทางกายของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงหรือมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
2. สามารถนำนวัตกรรม “เสื่อก๊กสร้างสุข” ไปทดลองใช้ในบริบทอื่น ๆ เช่น กลุ่มทำงาน พนักงาน หรือผู้สูงอายุ ที่มีการนั่งทำงานนาน หรือผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อตึงตัว เพื่อประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรมในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายมากขึ้น
3. การพัฒนาและปรับปรุงนวัตกรรมให้เหมาะสมกับผู้ใช้แต่ละกลุ่ม โดยสามารถใช้ข้อมูลจากการวิจัยนี้ไปพัฒนารูปแบบของเสื่อก๊กให้เหมาะสมกับเพศ อายุ หรือระดับความปวดของผู้ใช้ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในอนาคต
4. ใช้เป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนหรือสถานบริการสุขภาพ เช่น การจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การใช้อุปกรณ์ช่วยลดความเครียดทางกาย และการเฝ้าระวังภาวะออฟฟิศซินโดรมในกลุ่มวัยทำงาน
5. สามารถประยุกต์ใช้ในงานบริการพยาบาลเชิงส่งเสริมสุขภาพในหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ เช่น คลินิกเวชกรรมป้องกัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน อาจนำนวัตกรรมไปใช้ควบคู่กับการรักษาอื่น ๆ เพื่อเพิ่มทางเลือกในการดูแลสุขภาวะแบบองค์รวมได้

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งต่อไปเพื่อเพิ่มโอกาสในการตรวจสอบความแตกต่างของผลลัพธ์การวิจัยโดยเฉพาะประเด็นการลดอาการปวด ความสุขสบายหลังใช้งานและคุณภาพชีวิตของผู้ใช้งานนวัตกรรมเสื่อก๊กที่พัฒนาขึ้น ทั้งนี้ควรมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เช่น เพศ อายุ ระดับอาการปวด หรือโรคประจำตัว ซึ่งอาจมีผลต่อการรับรู้ความสุขสบาย
2. ควรมีการศึกษาผลของการใช้นวัตกรรม "เสื่อก๊กสร้างสุข" ในระยะยาว โดยอาจทำการติดตามผลเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 สัปดาห์ - 6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

1. ระวีพรรณ สุนันตะ, น้ำเงิน จันทรมณี, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ. ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่ออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานด้านคอมพิวเตอร์ของบุคลากรมหาวิทยาลัยพะเยา. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 2565;20(2):56-72.
2. นันทิดา ไหวดมงคล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของนักศึกษาสาขาคอมพิวเตอร์. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 14 เรื่องอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง; 2565; นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
3. สันทณี เครือขอนแก่น, สิริลักษณ์ กาญจนมัย. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของอาการปวดคอจากการใช้สมาร์ทโฟนในนักเรียนมัธยมศึกษา เขตคลองหลวง. วารสารกายภาพบำบัด. 2559;38(1):23-32.

4. ชลลดา โต้ะสิงห์, ชนิกันต์ จันทรเก, ชมพูนุช เทียนคำ, ชลดา ปะนาโท, ชลธิชา พงพันทนา, ชลธิ วัฒนะพล, และคณะ. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อการเกิดการปวดหลังส่วนล่าง บ่า ไหล่และคอของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 39 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. วารสารวิจัยนวัตกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางสุขภาพ. 2565;1(1):23-34.
5. เปรมกมล เชื้อม่วง, ณัฐกมล เกิดทรัพย์, นรินี หีบแก้ว, ณัฐธญา แก้วเสียง, ปรีณัฐ พิสน์เทียะ, พนิตสุภา เป็นศิริ, และคณะ. ผลของนวัตกรรมลูกตีนเป็ดต่อการป้องกันออฟฟิศซินโดรมในนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. 2567;7(1):5-20.
6. ศิรินันท์ จันทรหนัก, ยิ่งลักษณ์ วิรุณรัตน์กิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์การเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังและอาการปวดทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในนักศึกษากายภาพบำบัดชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. 2560. <https://has.hcu.ac.th/jspui/handle/123456789/1274>
7. รัชนิกร สันติธรรม. ผลของโปรแกรมอาหารต่อการลดอาการปวดและความไม่สุขสบายในสตรีที่มีอาการปวดประจำเดือน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2564;27(2):62-76.
8. วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว. การศึกษาเชิงวิเคราะห์เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2559;1(1):12-29.
9. ณีฎฐา สมบูรณ์. ประสิทธิภาพของสื่อให้ความร้อนอบสมุนไพรเพื่อช่วยผ่อนคลายความปวดเมื่อย. วารสารแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2564;19(3):2255-67.
10. พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม, วรพรรณ เหล่าจันทร์, วิวิศรา สารสาสาลิน, ศรันย์รักษ์ สุขอินทร์, ศรีวัชรินทร์ เหล่าโชติ, ศิริวิมล โดดเนียม, และคณะ. ผลของการใช้นวัตกรรมผ้าพุงลดปวดหลังต่ออาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช. 2565;2(1):66-78.
11. สายสุนีย์ คนสนิท, พัชรินทร์ พรหมเผ่า, จักรพันธ์ ฮ่องลึก, ธนวัฒน์ ยอดดี, อรุณรัตน์ ศรีทะวงษ์. ผลของการใช้เจลประคบร้อน (UP Gelpack) ต่ออาการปวดและความยืดหยุ่นบริเวณจุดกดเจ็บชนิดแฝงเร้นของกล้ามเนื้อบ่า. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4. 2566;13(3):86-94.
12. ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, กฤตณัย แก้วยศ, เกยูรมาศ อยู่ถิ่น. น้ำมันหอมระเหยกับการทำงานของระบบประสาทและความรู้สึกทางอารมณ์: บทความฟื้นฟูวิชาการ. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. 2564;12(2):48-62.
13. ฮูดา แวหะยี, ฟาร์ฮะห์ สอมาลี, กุฮัยยา ตูแวล, กุนาซีพะห์ กูแมเราะ. ประสิทธิภาพของเจลแผ่นแปะลาเวนเดอร์ต่อการผ่อนคลายความเครียดในบุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. 2566;18(2):52-61.
14. วัชระ สุตาชม, อัญชลี คงสมชม. การใส่เสื้อพุงหลังประจำช่วยลดปวดได้จริงหรือ. วารสารกายภาพบำบัด. 2560;39(3):161-70.
15. Kolcaba K. Comfort theory and practice. New York: Springer Publishing; 2003.
16. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
17. สิทธิศักดิ์ ตีคำ, บุญญภัค ชัดแก้ว, อารียา หนองสิมมา, สายจิต สุขहन. ประสิทธิภาพของการนวดกดจุดแบบราชสำนักสูตรเฉพาะด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2566;29(4):22-35.

18. ชุติพร หิตอักษร, อรอนงค์ นำพา, สุदारัตน์ พร้อมวงศ์, เจตปรียา คลีขาย, สุภาดา นิยม, อันธิกา ทิมโพธิ์, และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ระยะเวลาการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของผู้ใช้สมาร์ทโฟน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2564;4(1):1-14.
19. วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (เปลี่ยนน้อยนิด พิชิตออฟฟิศซินโดรม) ต่ออาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า ไหล่ และหลังส่วนล่างของบุคลากรที่ทำงานในสำนักงาน โรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2565;41(4):465-77.
20. Johnson MI, Walker AC. The clinical effectiveness of therapeutic heat applications for pain relief and tissue healing. *Phys Ther Rev.* 2016;21(3-6):150-9.
21. Graves BS, Hall ME, Dias-Karch C, Haischer MH, Apter C. Gender differences in perceived stress and coping among college students. *PLoS One.* 2021;16(8):e0255634. doi:10.1371/journal.pone.0255634
22. สมใจ โจ๊ะประโคน, อำพล บุญเพียร, ปฐมา จันทพล. การพัฒนานวัตกรรมหมอนหนุนกะลาบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ สำหรับผู้มารับบริการโรงพยาบาลประโคนชัย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(1):71-81.
23. อำพล บุญเพียร, เอกพล หมั่นพลศรี, กัลยารัตน์ หุุดยั้ง, เตชา เรืองนา, พรวิไลย์ ขำแผลง. การพัฒนาเก้าอี้กดจุดเพื่อบรรเทาอาการปวดบ่าสำหรับนักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก. วารสารก้าวทันโลกวิทยาศาสตร์. 2566;23(2):90-104.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ  
ในเขตตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

Factors related to health promotion behavior of the elderly  
in Ban Na Subdistrict, Klaeng District, Rayong Province

ชนม์นิภาภัทร สันทัสนะโชค\*

Chonnipapat Santasanachok\*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา จังหวัดระยอง

\*Ban Na Sub-district health promoting hospital, Rayong Province

Corresponding author: Chonnipapat Santasanachok; Email: chonnipapat@hotmail.com

Received: April 21, 2025; Revised: June 11, 2025; Accepted: June 11, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพกับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 312 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงของ เนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .96, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89, 86 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Chi-square และ Pearson's product moment correlation

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของภาพรวมอยู่ในระดับ ดี ( $\bar{X} = 2.91$ ,  $SD = 0.30$ ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = .324$ ,  $p = .017$ ) และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ( $r = -.129$ ,  $p = .026$ ) สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ และการศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ

### Abstract

This descriptive cross-sectional research aimed to study the relationships between personal factors, namely, sex, age, education level, perceived benefits of health promotion, and perceived obstacles to health promotion and health-promoting behaviors among older adults in Ban Na Subdistrict, Klaeng District, Rayong Province. The samples consisted of 312 elderly participants who participated through purposive sampling. Data were collected using validated questionnaires assessing personal factors, health-promoting behaviors, perceived benefits, and perceived obstacles to health promotion. Content validity was approved by three experts, with content validity indices ranging from .96 to 1.00, and reliability coefficients between .86 to .92. Data analysis involved descriptive statistics, Chi-square tests, and Pearson's product-moment correlation.

The findings indicated that many participants were female. Overall, health-promoting behavior was good ( $\bar{X}$  = 2.91, SD = 0.30). Perceived benefits of health promotion were positively associated with health-promoting behaviors ( $r$  = .324,  $p$  = .017), while perceived barriers were negatively associated ( $r$  = -.129,  $p$  = .026). However, the results showed no significant associations between personal factors, namely, gender, age, education level, and health-promoting behaviors.

**Keywords:** health promotion behavior, elderly, health promotion model

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุได้นำมาซึ่งปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องใช้ชีวิตตามลำพัง ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะข้อเสื่อม ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลต่อภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ<sup>1</sup> นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ขาดการดูแลด้านร่างกายและจิตใจอาจประสบกับภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความรู้สึกลดเดี้ยว ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม<sup>2</sup>

จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง ในปีพ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น เป็นร้อยละ 14.14 และ 15.10 ตามลำดับ ซึ่งถือได้ว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) อย่างชัดเจน และพบว่าอำเภอแกลงมีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.16 เป็นอำเภอที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปีพ.ศ. 2572<sup>3</sup> จากรายงานของ Health Data Center (HDC) พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.32 โรคเบาหวาน ร้อยละ 38.65 และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 17.72 นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านการพลัดตกหกล้ม ด้านความคิดและความจำในผู้สูงอายุ<sup>4</sup> ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถแก้ไขได้ หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ถูกต้อง และมีความพร้อมในการปรับตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้อย่างเข้มแข็ง

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยหลายฉบับระบุว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม<sup>5</sup> ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา และรายได้<sup>6,7</sup> อย่างไรก็ตาม ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะในชุมชนระดับท้องถิ่น ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเชิงลึกค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่จังหวัดระยอง ทำให้ขาดข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนดูแลและพัฒนาสุขภาพของกลุ่มประชากรนี้ได้อย่างเหมาะสม

การศึกษาครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อสำรวจพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model)<sup>8</sup> ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ รวมถึงวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ในการศึกษาเลือกศึกษาในชุมชนชนบทที่มีบริบทเฉพาะ เช่น สภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม และโครงสร้างบริการสุขภาพที่อาจแตกต่างจากพื้นที่เมือง หรือพื้นที่ที่มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง การศึกษาที่ผ่านมาการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปหรือในพื้นที่เมือง ขณะที่งานวิจัยนี้มุ่งเน้นการสำรวจข้อมูลเชิงลึกจากผู้สูงอายุในตำบลบ้านนา ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งชนบท และมีความต้องการในการสนับสนุนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะตัวแปรเฉพาะ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ (perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค (perceived barriers) มาใช้ในการศึกษา จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรทั้งสองมีอิทธิพลสำคัญต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุในการสร้างเสริมสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นตัวแปรที่สามารถประเมินได้ชัดเจน และมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความสามารถในการออกแบบกิจกรรม หรือแผนงานที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยองเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกัน
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และการศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง
3. การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง
4. การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

### ขอบเขตการวิจัย

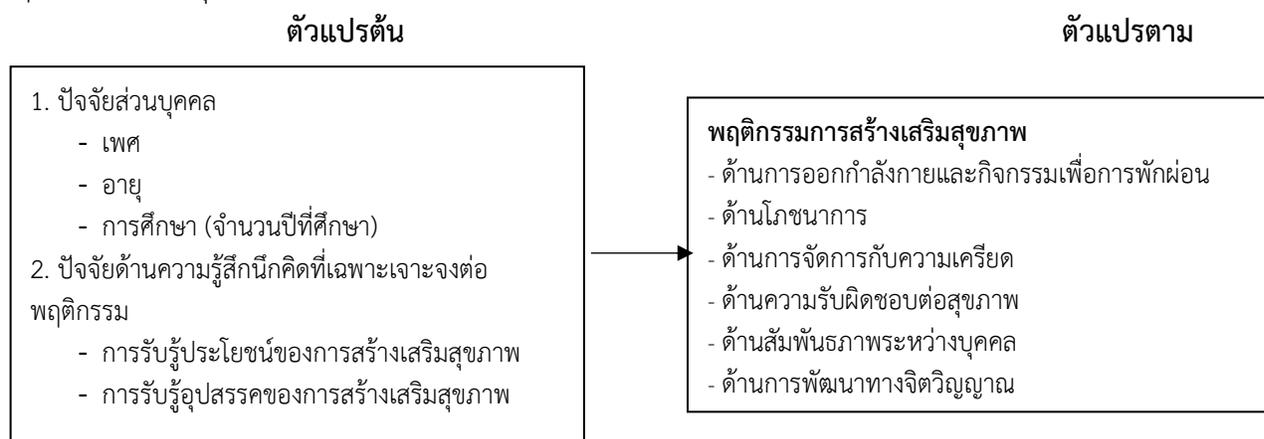
**ขอบเขตด้านประชากร** คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง จำนวน 312 คน

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ปัจจัยด้านความรู้สึกรู้สึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

**ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่** รวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2568 ณ ตำบลบ้านนา อำเภอกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>8</sup> เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ปัจจัยด้านความรู้สึนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

**ชนิดของการวิจัย** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา อำเภอกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 1,643 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา อำเภอกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Krejcie & Morgan, 1970<sup>9</sup> จำนวน 312 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) ดังนี้ 1) สุ่มแบบชั้นภูมิ (proportional stratified random sampling) โดยเลือก 4 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 13 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่บ้านที่ 2, 3, 8 และ 13 และ 2) สุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากตามทะเบียนรายชื่อ ตามสัดส่วนของผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ โดยมีการเกณฑ์การคัดเลือกดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. อาศัยอยู่ในตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยสมัครใจ
5. มีสภาพจิตใจและการรับรู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤต
2. ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือโรคทางจิตเวชที่มีผลต่อการรับรู้ ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้
3. ผู้ที่ไม่สามารถติดต่อได้ในเวลาที่เก็บข้อมูล
4. ผู้ที่ปฏิเสธไม่ยินยอมให้ข้อมูลหรือถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการศึกษา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การมีบุตร บุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย อาชีพ และสิทธิการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแบบจำลองพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)<sup>8</sup> ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ จำนวน 52 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ต้องปรับปรุง (1.00-1.50 คะแนน) พอใช้ (1.51-2.50 คะแนน) ดี (2.51-3.50 คะแนน) และดีมาก (3.51-4.00 คะแนน)<sup>10</sup>

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแบบจำลองพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)<sup>8</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ น้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) น้อย (1.51-2.50 คะแนน) มาก (2.51-3.50 คะแนน) และมากที่สุด (3.51-4.00 คะแนน)<sup>10</sup>

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแบบจำลองพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)<sup>8</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การแปลผลดังนี้ น้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) น้อย (1.51-2.50 คะแนน) มาก (2.51-3.50 คะแนน) และมากที่สุด (3.51-4.00 คะแนน)<sup>10</sup>

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ หาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 ท่าน ได้ค่า S-CVI เท่ากับ .96, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยทดสอบในผู้สูงอายุในชุมชน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, s Alpha Coefficient) เท่ากับ .89, .86 และ .92 ตามลำดับ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย COA.No.01/2568 รับรองเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2568 ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครวิจัย เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้อาสาสมัครวิจัยทราบ การเข้าร่วมในการวิจัยของอาสาสมัครวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ในโครงการนี้ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากอาสาสมัครวิจัยจะถือว่าเป็นความลับ ผู้วิจัยจะไม่เผยแพร่ในลักษณะของรายบุคคล โดยจะเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบที่เป็นรายงานสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวอาสาสมัครวิจัยได้จะไม่ปรากฏในรายงาน เอกสารข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บในตู้ที่ล็อกกุญแจ ที่ผู้วิจัยสามารถเปิดได้เพียงผู้เดียว เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว แบบสอบถาม จะถูกทำลายทันที

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรม ฯ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยเสนอ ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา เพื่อขออนุมัติเก็บข้อมูลวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่เกิดผลเสียใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตและลงนามในยินยอมให้ทำการศึกษาก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่เกิดผลเสียใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตและลงนามในยินยอมให้ทำการศึกษา
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการฝึกการใช้เครื่องมือวิจัยแล้ว หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประมาณ 20-30 นาที
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้สถิติ Chi-square test

3. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา) การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการกระจายข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov one sample test แล้วพบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ( $p = .157$ )

## ผลการวิจัย

### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 61.33 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 52.88 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.41 จำนวนปีที่ศึกษาเฉลี่ย 11.99 ปี ( $SD = 6.08$ ) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 91.67 มีบุตรและพักอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว ร้อยละ 89.74 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 29.48 สิทธิการรักษาพยาบาลมีบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 95.83

2. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของภาพรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 2.91$ ,  $SD = 0.30$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุในชุมชน จำแนกตามระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน ( $n = 312$ )

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน	2.84	0.52	ดี
ด้านโภชนาการ	3.18	0.30	ดี
ด้านการจัดการกับความเครียด	2.43	0.23	พอใช้
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2.98	0.56	ดี
ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.01	0.58	ดี
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	3.21	0.29	ดี
ภาพรวม	2.91	0.30	ดี

3. การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.21$ ,  $SD = 0.29$ ) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.24$ ,  $SD = 0.41$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุในชุมชน จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ( $n = 312$ )

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	3.21	0.29	มาก
การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ	2.24	0.41	น้อย

4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 0.125$ ,  $p = .724$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน (n= 312)

ตัวแปร	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ		$\chi^2$	p-value
	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			0.125	.724
ชาย	42 (39.25)	53 (37.06)		
หญิง	65 (60.75)	90 (62.94)		

\*p < .05

5. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา) การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชุมชน ( $r = .324, p < .017$ ) และการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.129, p < .026$ )

สำหรับการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ และการศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.024, -.038, p = .703, .592$  ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา) การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน (n=312)

ตัวแปร	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	
	r	p-value
อายุ	-.024	.703
การศึกษา (จำนวนปีที่ศึกษา)	-.038	.592
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	.324	.017*
การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ	-.129	.026*

\*p < .05

### อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายผล ดังนี้

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ( $\bar{X} = 2.91, SD = 0.30$ )

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัยสนับสนุน เช่น การมีระบบสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพประจำปี การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการดูแลตนเอง รวมถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณารายข้อ พบข้อที่มี

8/11

คะแนนพฤติกรรมน้อยบ ได้แก่ การใช้ยานอนหลับเมื่อนอนไม่หลับ การมีความขัดแย้งกับผู้อื่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การซื้อยาชุดจากร้านขายยามารับประทานเมื่อเจ็บป่วย และการศึกษาสาเหตุและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้เมื่อมีอาการเครียด

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพดี ทั้งนี้อาจมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับที่น่าพึงพอใจ อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุมีเวลาในการดูแลตนเองมากขึ้นหลังเกษียณ<sup>11</sup> อีกทั้งมีการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพที่จัดโดยชุมชนอย่างต่อเนื่อง และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยมีการกระจายอำนาจและขยายบริการให้ประชาชนมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง<sup>12</sup>

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ( $\chi^2 = 0.125, p = .724$ )

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า เพศของผู้สูงอายุจะเป็นชายหรือหญิง ต่างก็มีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ใกล้เคียงกันในบริบทของชุมชนที่ศึกษา และได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารใกล้เคียงกัน ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยด้านเพศ ไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อการเลือกหรือปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างนี้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงพบว่า ไม่แตกต่างกัน<sup>13,14</sup> โดยระบุว่าความแตกต่างทางเพศอาจไม่มีผลมากนักเมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชนในระดับเท่าเทียมกัน

2.2 ปัจจัยด้านอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.024, p = .703$ )

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การเพิ่มขึ้นของอายุในกลุ่มผู้สูงอายุไม่ได้มีผลกระทบต่อระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง อาจสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุแล้ว พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น เช่น ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว หรือการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าวัยของบุคคลนั้น นอกจากนี้ ยังอาจตีความได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสนใจและพฤติกรรมด้านสุขภาพอาจได้รับอิทธิพลจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง ประสบการณ์ชีวิต หรือคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในการเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในการเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ<sup>15,16</sup>

2.3 ปัจจัยด้านการศึกษา พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.038, p = .592$ )

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า ในบริบทของชุมชนที่ทำการศึกษา อาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่าระดับการศึกษา เช่น ความร่วมมือในชุมชน บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดำเนินโดยหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มักได้รับข้อมูลสุขภาพผ่านการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ เช่น การบอกเล่าจากเพื่อนบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน หรือการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ไม่ได้ขึ้นกับระดับการศึกษาเป็นหลัก แต่ขึ้นอยู่กับ การเข้าถึงกิจกรรมและความสัมพันธ์ในระดับชุมชน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุจำนวนมากแม้จะมีการศึกษาน้อยแต่มีประสบการณ์ชีวิตที่

ยาวนาน มีทักษะการดูแลสุขภาพจากการปฏิบัติจริง และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพเพื่อรักษาความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน<sup>6</sup>

3. การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการศึกษานี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงประโยชน์จากการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ จะมีแนวโน้มดำเนินพฤติกรรมเหล่านี้มากขึ้น แต่หากกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าการดำเนินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีข้อจำกัดหรือความยุ่งยาก เช่น ขาดเวลา อุปกรณ์ไม่เพียงพอ หรือไม่มีผู้สนับสนุน มักมีแนวโน้มจะหลีกเลี่ยงหรือปฏิบัติได้น้อยลงเช่นกัน

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ ที่กล่าวว่า ความเชื่อด้านผลดีของพฤติกรรมสุขภาพจะส่งผลให้บุคคลมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น<sup>3</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ<sup>17</sup> แต่ในขณะเดียวกันหากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องยุ่งยากหรือไม่คุ้มค่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ<sup>18</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และชมรมผู้สูงอายุ ควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ลดอุปสรรคในการดำเนินพฤติกรรม เช่น การให้ความรู้เรื่องโภชนาการลดอาหารที่มีไขมันสูง การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด การใช้ยาที่เหมาะสม การเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งควรส่งเสริมระบบสนับสนุนทางสังคม เช่น การรวมกลุ่มหรือกิจกรรมที่เสริมสร้างกำลังใจและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สภาวะจิตใจ ความเครียด ความเชื่อด้านวัฒนธรรม และปัจจัยแวดล้อมในชุมชน รวมถึงควรใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อเข้าใจเชิงลึกถึงแรงจูงใจและอุปสรรคของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเอง

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน อสม. และกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลบ้านนา อำเภอแกลง จังหวัดระยอง

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อมรินทร์คอร์เปอร์เรชั่นส์; 2566.
2. ลัดดา แสนสีหา, จินตนา ลีละไกรวรรณ, นิตยา จันทบุตร, ศรีรินทร์ จันทพิมพ์, ทิพย์สุดา ธรรมลาภากุล, อรุณี สุวรรณโชค. ภาวะสุขภาพและจิตสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2566;46(1):114-27.

3. สำนักงานสถิติจังหวัดระยอง. ตัวชี้วัดที่สำคัญของจังหวัดระยอง. 2567. <https://rayong.nso.go.th>
4. กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center (HDC). 2567. <https://hdc.moph.go.th/>
5. ประจักษ์ เพ็ญโพธิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2563;4(8):210-23.
6. ชลธิชา ไพจิตต์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2562;2(1):85-103.
7. Phillips WJ, Hine DW. Self-compassion, physical health, and health behaviour: a meta-analysis. *Health Psychol Rev* 2021;15(1):113-39. doi:10.1080/17437199.2019.1705872
8. Pender NJ, Parsons MA, Murdaugh CL. Health promotion in nursing practice. 9th ed. London: Pearson; 2019.
9. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10. doi:10.1177/001316447003000308
10. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
11. Kim ES, Delaney SW, Tay L, Chen Y, Diener E, VanderWeele TJ. Life satisfaction and subsequent physical, behavioral, and psychosocial health in older adults. *Milbank Q* 2021;99(1):209-39. doi:10.1111/1468-0009.12497
12. อุบลวรรณ เรือนทองดี, ยุพา จิวพัฒนกุล. การเสริมสร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นฐาน. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2565;23(1):274-82.
13. จิรายุส ดุลยเกียรติ. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2563;29(5):783-9.
14. รังสรรค์ เขตประพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนจักรินทร์* 2564;1(1):23-8.
15. ธนุสินธ์ สุขเสริม, บุษกร สุวรรณรงค์, สนธยา ไสยสาส์, สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ, จุฑามาศ เจียมสาธิต. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในการเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก* 2567;11(1):1-10.
16. ถาวร มาตัน, เสน่ห์ แสงเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* 2560;47(1):67-78.
17. ศิรวาลย์ เहरา, วิจิตรา ปัญญาชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2565;32(3):80-93.
18. Wilson J, Heinsch M, Betts D, Booth D, Kay-Lambkin F. Barriers and facilitators to the use of e-health by older adults: a scoping review. *BMC Public Health* 2021;21:1-12. doi:10.1186/s12889-021-11623-w

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด  
ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

Development of a Care Model for patients with cancer undergoing  
chemotherapy using the LINE Application at SrisangwornSukhothai Hospital

กิจจา อ่วมแก้ว\*, เกตุ ชูพันธ์\*, เรียงฤทธิ ทองอยู่\*\*

Kitjar Oumkaew\*, Kate Chupan\*, Rerngrit Thongyu\*\*

\*โรงพยาบาลศรีสังวร สุโขทัย \*\*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

\*SrisangwornSukhothai Hospital \*\*Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat

Corresponding author: Rerngrit Thongyu; E-mail: Rerngrit.t@psru.ac.th

(Received: 4 May, 2025; Revised: 5 June, 2025; Accepted: 12 June, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 1.00 และประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันอยู่ในระดับมาก (2.95) ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 30 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired t-test ระยะที่ 4 วิเคราะห์ผลลัพธ์และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นการดูแลแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง คะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และมีคะแนนความพึงพอใจในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.29$ ,  $SD = 0.13$ )

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด, แอปพลิเคชันไลน์

### Abstract

This research and development study aimed to develop a care model for patients with cancer receiving chemotherapy integrated with the LINE application at Srisangworn Sukhothai Hospital and evaluate its outcomes. The research was divided into four phases. Phase 1: involved a situational analysis through interviews and focus group discussions with five relevant stakeholders and ten patients with cancer undergoing chemotherapy, with content analysis used to interpret the data. Phase 2: focused on developing the care model and integrating the LINE application, followed by validation by three experts, resulting in a content validity index (CVI) of 1.00 and a high application efficiency score of 4.25. Phase 3: Implementation of a pilot study on a care model for patients with cancer undergoing chemotherapy, integrating the use of the LINE application. The study involves 30 participants with cancer receiving chemotherapy treatment. Research tools included a quality-of-life assessment, a self-care ability questionnaire, and a satisfaction survey. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. Phase 4: involved evaluating outcomes and refining the model for greater suitability.

The research findings revealed that the care model for cancer receiving chemotherapy that was case management integrated with the use of the LINE application. The results showed that effect of using the care model for patients with cancer receiving chemotherapy integrated with the use of the LINE application. The results showed that patients had higher self-care ability scores than before the experiment, higher quality of life scores than before the experiment with statistical significance ( $p < .001$ ), and high satisfaction scores ( $\bar{X} = 4.29$ ,  $SD = 0.13$ ).

**Keywords:** chemotherapy cancer patients, cancer care model, LINE application

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญในระบบสุขภาพทั้งในระดับโลกและประเทศไทยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ในปี 2022 มีผู้ป่วยรายใหม่เกือบ 20 ล้านรายและผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.7 ล้านรายทั่วโลก และคาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ต่อปีจะเพิ่มสูงขึ้น<sup>1</sup> และในประเทศไทยพบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ<sup>2</sup> โดยพบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่วันละ 400 คน หรือ 140,000 คนต่อปี เสียชีวิต 83,000 คนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง<sup>3</sup> และข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย พบว่า ในปีพ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งเป็นจำนวน 1,876, 2,415 และ 2,640 คน ตามลำดับ ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งถือเป็นภาวะวิกฤตที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล อาการแสดงจากโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและด้านจิตใจจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม<sup>4</sup> ปัจจุบันการรักษามะเร็งมีวิธีการรักษาหลายวิธีที่จะช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตและทำลายเซลล์มะเร็ง ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด เป็นต้น ทั้งนี้ในแต่ละวิธีจะมีข้อบ่งชี้จำเป็นต้องใช้เวลานานในการรักษา รวมไปถึงมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงจากการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบาย โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดซึ่งจะเกิดอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร แผลในปาก ผอมร่วง ผิวดำ อ่อนเพลีย ซีด ภูมิคุ้มกันต่ำนำไปสู่การติดเชื้อได้ง่าย<sup>4,5</sup> อาการเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและกลัวในการเข้ารับการรักษา ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และอาจทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษาที่ตั้งไว้<sup>4</sup> ดังนั้นการดูแลและการจัดการกับอาการอย่างเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ช่วยเพิ่มความมั่นใจและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วย และส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษา เช่น การใช้แอปพลิเคชันการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาหรือได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้และนำไปใช้ในการจัดการตนเองได้ มีความสะดวกในการติดต่อกับพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม<sup>6</sup> การใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อได้<sup>7</sup> การจัดการตนเองร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม<sup>8</sup> จะเห็นได้ว่าการใช้แอปพลิเคชันสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น และจากข้อมูลรายงานของกองสถิติเศรษฐกิจ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า คนไทยมีการใช้งานโทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟนมากถึง ร้อยละ 93.20 และแอปพลิเคชันที่มีการใช้งาน คือ LINE<sup>9</sup> และปัจจุบันมีการเพิ่มเติมการใช้งานแบบ LINE Official Account (LINE OA) ที่เพิ่มการส่งข้อความ รูปภาพ ที่สามารถเข้าถึงได้หลายคนพร้อม ๆ กันทำให้เกิดการสื่อสารและการเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วและมีการนำประยุกต์ใช้ในทางสาธารณสุขเพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการสะดวก รวดเร็ว เพิ่มมากขึ้น เช่น แอปพลิเคชันหมอพร้อม<sup>10</sup> แอปพลิเคชันไลน์ สปสช.<sup>11</sup> เป็นต้น

งานมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในกลุ่ม CA Colorectal และ CA Breast, CA Cervix และ CA ovary ในระยะที่ 1-2 ด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณีที่มีการเตรียมความพร้อมในการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การป้องกัน และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนการรักษา จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า สามารถลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด เพิ่มประสิทธิภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้น และลดการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกจังหวัด ในปี พ.ศ. 2559-2561 เท่ากับร้อยละ 88.00, 90.00 และ 95.00 ตามลำดับ และพบว่า ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการมีความพึงพอใจในบริการในระดับดี ร้อยละ 98.00<sup>12</sup> แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่า ผู้ป่วยบางส่วนไม่ยอมเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาที่กำหนด โดยในปี พ.ศ. 2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 2.94, 5.56 และ 4.55 ตามลำดับ ส่งผลให้เกิดการรักษาล่าช้าและเกิดการลุกลามของมะเร็งเพิ่มมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ วิดกกังวลและกลัวการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด บางส่วนมีการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาจากการสอบถามเพื่อนบ้านหรือผู้ที่มีประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งหรือได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้เกิดความวิตกกังวลและกลัวผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการรักษา<sup>4</sup> ซึ่งให้เห็นว่าการให้ความรู้แบบครอบคลุมทุกเนื้อหาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในครั้งแรก อาจมีข้อจำกัดในการรับรู้และการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละรายทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกับความต้องการกับปัญหาที่เผชิญ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการสอนเป็นรายบุคคลจากบุคคลากรทางการแพทย์มากที่สุด ต้องการได้รับความรู้และสามารถสอบถามได้ทันทีเมื่อเกิดข้อสงสัย และต้องการคู่มือที่สามารถนำมาอ่านทบทวนได้ และพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ต้องการสื่อมัลติมีเดียและแอปพลิเคชัน เนื่องจากเข้าถึงได้ง่ายเหมาะกับวิถีชีวิต<sup>13</sup> ประกอบกับในปี พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยเป็น Excellent Center Cancer ในการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดตามนโยบายสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตสุขภาพที่ 2 จึงจำเป็นต้องวางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความพร้อมทั้งด้านระบบ บุคลากร และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในการรักษาได้อย่างเหมาะสม เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมปัญหาของผู้รับบริการ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

### ขอบเขตการวิจัย

**ขอบเขตด้านประชากร** แบ่งตามระยะ คือ

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2 คน แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด 10 คน รวม 15 คน

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2 คน แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน รวม 5 คน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก ณ แผนกมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จำนวน 30 ราย

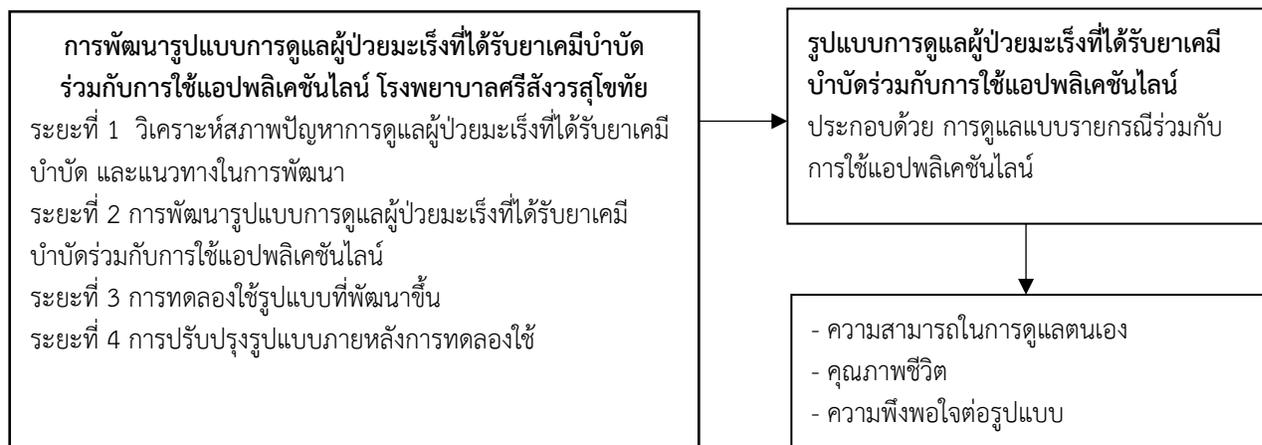
ระยะที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2 คน แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน รวม 5 คน

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** ตัวแปรต้น คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจต่อรูปแบบ ฯ

**ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่** ระหว่างพฤษภาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566 ณ แผนกมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการรายรายกรณีร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และแนวทางในการพัฒนา ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสบการณ์ผ่านการรักษาด้วยเคมีบำบัดเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยการทำการศึกษานวนคิด ทฤษฎี ร่วมกับการนำผลจากการศึกษาขั้นที่ 1 มาใช้ในการกำหนดรูปแบบ ระยะที่ 3 เป็นการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นและประเมินผลลัพธ์ และระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบภายหลังการทดลองใช้ให้เหมาะสมและนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

**ชนิดของการวิจัย** เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหา** เป็นการศึกษาสภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และแนวทางในการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด แผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

#### ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

**ประชากร** คือ บุคลากรและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 20 คนและผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 310 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 330 คน

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** ประกอบด้วย บุคลากรและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 5 คน ได้แก่ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 2 คน แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน และ 2) ผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสบการณ์การได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ณ แผนกมะเร็งและเคมีบำบัด โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 15 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างของบุคลากรและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และ 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เกี่ยวกับประสบการณ์และความต้องการในการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ มาปรับแก้ไขเครื่องมือการวิจัยให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง และดำเนินการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง โดยการสนทนากลุ่มครั้งละ 120 นาที มีผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 15 คน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาตรวจสอบความถูกต้อง ดังนี้ 1) การตรวจสอบความเชื่อถือได้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลโดยสอบถามกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ และการสร้างความเป็นกันเองกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีการแสดงออกที่เป็นธรรมชาติ 2) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยในการศึกษาอย่างมีขั้นตอน ได้แก่ การนำเสนอข้อมูลอย่างละเอียดครบถ้วนและครอบคลุม ตรงตามข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล และการถอดรหัสและการตรวจซ้ำอย่างเป็นขั้นตอน 3) ยืนยันผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลและการตรวจซ้ำโดยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล หลังจากนั้นมาเรียบเรียง ทำการกำหนดรหัส (coding) และจัดหมู่ (category) และนำผลสรุปสภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด แผนกเคมีบำบัด นำเสนอคืนข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลหลักและสรุปผล

**ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์** โดยผู้วิจัยทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ร่วมกับการนำผลจากการศึกษาขั้นที่ 1 มาใช้ในการกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ บุคลากรและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 20 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ บุคลากรและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 5 คน ได้แก่ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 2 คน แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 ปี
2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

ยกเลิกหรือถอนตัวหรือไม่สามารถเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัว ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เอกสารคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ช่องทางการติดต่อสื่อสาร การสอบถามข้อมูล และการสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วย

2. แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้งานรูปแบบร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามความเป็นไปได้ในการใช้งาน รวมจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น ด้านรูปแบบการบริการ 6 ข้อ และด้านการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ 6 ข้อ แบ่งคะแนนความเป็นไปได้ในการใช้งานเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (ความเป็นไปได้ในการใช้งานน้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (ความเป็นไปได้ในการใช้งานร้อยละ 60 - 79) และระดับสูง (ความเป็นไปได้ในการใช้งาน ร้อยละ 80 - 100)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการสอนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 ทำการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนความเป็นไปได้ในการใช้งาน เท่ากับ 2.95 (ความเป็นไปได้ในการใช้งานระดับสูง)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มตามแนวทางการสนทนา โดยนำเสนอผลสรุปสภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแผนกเคมีบำบัด ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์และนำไปทดสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

**ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์**  
ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบที่ได้รับยาเคมีบำบัด แผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จำนวน 350 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก แผนกเคมีบำบัด โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จำนวน 30 ราย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง จากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ Polit & Beck โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $\alpha$  (Level of significant) ที่ระดับ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .80 ตามผลวิจัยที่คล้ายคลึงกับการวิจัย<sup>14</sup> ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งครั้งแรก
2. สามารถพูด สื่อสารได้
3. มีโทรศัพท์และสามารถใช้ไลน์แอปพลิเคชันไลน์ได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. ต้องการยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยระหว่างดำเนินการ
2. มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชัน ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัว ผ่านสื่อวิดีโอ เอกสารคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ช่องทางการติดต่อสื่อสาร การสอบถามข้อมูล และการสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วย

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 18 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ได้ ให้คะแนนเป็น 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลค่าตามเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>15</sup> ดังนี้ มีความสามารถในการดูแลตนเองระดับสูง (คะแนน 58-72 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนน 44-57 คะแนน) และระดับน้อย (คะแนน 18-43 คะแนน)
2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย ด้านกระบวนการ รูปแบบการดูแล ลักษณะแอปพลิเคชันและบริการ ลักษณะแบบสอบถามเป็นเลือกตอบและให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ<sup>17</sup> แปลผลค่าคะแนน ดังนี้ มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49) และระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49)
3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)<sup>17</sup> จำนวน 26 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 ลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต ดังนี้ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26-60 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง (61-95 คะแนน) และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการสอนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, s Alpha Coefficient) เท่ากับ .79

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ตามหนังสือรับรองเลขที่ 13/2566 วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 หมดอายุวันที่ 28 พฤษภาคม 2567 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมจึงให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ทำการแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนของการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขอให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการตอบแบบสอบถาม

2. ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำการติดตั้งแอปพลิเคชันไลน์ ทำการเพิ่มเพื่อน “เคมีบำบัดศรีสังวร” และชี้แจงการใช้งานแอปพลิเคชัน โดยใช้เวลา 45 นาที พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ก่อนและหลังรับรูปแบบ ฯ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้สถิติ paired t- test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และทำการทดสอบการแจกแจงข้อมูล (test of normality) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นโค้งปกติ ( $p = .832$ )

**ระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบภายหลังการทดลองใช้** เป็นขั้นตอนการปรับปรุงรูปแบบ โดยนำผลการทดลองในระยะที่ 3 นำเสนอในที่ประชุมร่วมกับทีมบุคลากรและทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 5 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 3 คน และแพทย์ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 2 คน และนำผลจากการสนทนากลุ่มมาปรับปรุงรูปแบบ แก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

### ผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ดำเนินการ 4 ระยะดังต่อไปนี้

**ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด** ได้ข้อสรุปความเห็นจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้ 1) สภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบประเด็นดังนี้ 1.1) รูปแบบการดูแลแบบเฉพาะรายในปัจจุบันเกิดผลลัพธ์ที่ดี แต่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษา ทำให้การรักษาล่าช้าและมีประสิทธิภาพลดลง เนื่องจากผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะเริ่มการรักษา ซึ่งเป็นความพร้อมด้านร่างกายที่เกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล “การดูแลในปัจจุบันหน่วยงานของเราใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบการดูแลแบบเฉพาะราย ซึ่งทำให้ภาพรวมการดูแลดี แต่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนยังไม่สามารถเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาได้ทำให้การรักษาล่าช้าและประสิทธิภาพการรักษาลดลง ” “ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีผลเลือดไม่เป็นไปตามเกณฑ์และไม่พร้อมที่จะเริ่มการรักษา ผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา ” 1.2) ข้อจำกัดในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการถ่ายทอดข้อมูลและการทำความเข้าใจของผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล “จากการสอบถามผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาไม่เพียงพอ จำข้อมูลคำแนะนำการปฏิบัติตัวไม่ได้ ทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ” 1.3) ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายจะต่างกันขึ้นอยู่กับการรับรู้และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล “ปัญหาของแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน คนมีผู้ดูแลตลอดก็จะพอช่วยเหลือได้ถ้าผู้ป่วยจำไม่ได้ แต่บางคนจำเป็นต้องหาข้อมูลด้วยตนเอง ” 1.4) ข้อจำกัดการสื่อสารและการสอบถาม ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงได้อย่าง

รวดเร็ว ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล “เมื่อพบปัญหาขณะอยู่บ้านการสอบถามข้อมูลจำเป็นต้องมาโรงพยาบาล หรือ โทรสอบถามซึ่งอาจไม่ได้รับคำตอบได้ในทันที” 2) แนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบประเด็นดังนี้ 2.1) การดูแลแบบรายกรณีเป็นรูปแบบที่ดีที่สุดทำให้รับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล “ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีปัญหาและความต้องการต่างกัน จำเป็นต้องมีแนวทางในการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ และปัญหาในแต่ละราย จะทำให้แก้ปัญหาผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพ” 2.2) เพิ่มช่องทางการสื่อสารและการสอบถามข้อมูลเมื่อเกิดปัญหาได้อย่างรวดเร็ว สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติตัวได้ตลอดเวลา โดยผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล “ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารและการสอบถามข้อมูล และช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่ง่าย สะดวก และรวดเร็ว ผู้ป่วยหรือญาติสามารถศึกษาและซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา แอปไลน์เป็นตัวเลือกที่ดีและมีประสิทธิภาพในการทำงาน และทุกคนใช้งานเป็น” และข้อสรุปความเห็นจากผู้ป่วย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยกลัวการเริ่มต้นในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เนื่องจากมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้อง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล “ช่วงแรกก่อนการเริ่มการรักษาจะกลัวการรักษาและผลข้างเคียงของยาจะทำให้ร่างกายแย่ลง เพราะคนแถวบ้านที่เป็นเขาเล่าให้ฟังว่ายามันแรง พอให้ยาจะมีอาการ อาเจียน กินอะไรไม่ได้เลย เพลีย แล้วจะทำให้ผลเลือดไม่ผ่านให้ยาเคมีไม่ได้ 2) ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวไม่เพียงพอเนื่องจากมีข้อจำกัดในการจำ “คำแนะนำที่ได้รับบางทีจำไม่ค่อยได้ บางทีคนดูแลก็มาฟังด้วยไม่ได้ ข้อมูลมันเยอะจำไม่ได้” 3) ควรมีการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลที่เข้าใจง่าย ผ่านโทรศัพท์มือถือ มีสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เช่น วิดีโอการปฏิบัติตัว ข้อมูลคำอธิบาย เป็นต้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล “ถ้ามีข้อมูลให้ดูได้ในโทรศัพท์ มันจะง่ายเลย อยากดูเวลาไหนก็ดู ดูบ่อยๆ ก็ได้ คนอื่นก็ดูได้ด้วย ดูวิดีโอก็ง่ายดี ไม่ต้องอ่านเข้าใจง่ายดี” “บางทีมีปัญหา ก็อยากได้ข้อมูลเลย ไม่ต้องรอมหาหามอ จะเดินทางมาโรงพยาบาลก็ลำบาก”

ระยะที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย มีการกำหนดบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสุขภาพ ขั้นตอนในการดูแลที่ชัดเจน ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ที่ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัว ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เอกสารคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ช่องทางการติดต่อสื่อสาร การสอบถามข้อมูล และการสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วย ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์

**ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์**  
โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 59.30 อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 55.60 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.10 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.00

3.2 ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์  
รายละเอียดดังนี้

3.2.1 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 45.67$ ,  $SD = 4.08$ ) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 59.41$ ,  $SD = 2.51$ ) และค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการได้รับรูปแบบ ๓ ( $n = 30$ )

ค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง	$\bar{X}$	SD	t-test	p-value
ก่อนการทดลอง	45.67	4.08	-31.64	< .001*
หลังการทดลอง	59.41	2.51		

\* $p < .05$

3.2.2 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนได้รับรูปแบบ ๓ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 82.10$ ,  $SD = 4.28$ ) และภายหลังได้รับรูปแบบ ๓ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี ( $\bar{X} = 96.30$ ,  $SD = 3.35$ ) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนการได้รับรูปแบบ ๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาเคมีบำบัด ก่อนและหลังการได้รับรูปแบบ ๓ ( $n = 30$ )

ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	SD	t-test	p-value
ก่อนการทดลอง	82.10	4.28	29.71	< .001*
หลังการทดลอง	96.30	3.35		

\* $p < .05$

3.2.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.29$ ,  $SD = 0.13$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชัน (n = 30)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านกระบวนการ รูปแบบการดูแล และแอปพลิเคชันไลน์	4.26	0.19	มาก
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านบริการ	4.31	0.15	มาก
<b>ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวม</b>	<b>4.29</b>	<b>0.13</b>	<b>มาก</b>

**ระยะที่ 4** การปรับปรุงรูปแบบภายหลังการทดลองใช้ ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัว ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เอกสารคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ช่องทางการติดต่อสื่อสาร การสอบถามข้อมูล และการสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วยร่วมกับการมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่ในการประสานงานดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นรูปแบบที่ดี ทำให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 59.41$ ,  $SD = 2.51$ ) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการได้รับรูปแบบ ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี ( $\bar{X} = 96.30$ ,  $SD = 3.35$ ) และคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนการได้รับรูปแบบ ๆ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.29$ ,  $SD = 0.13$ )

#### อภิปรายผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า การมีรูปแบบการดูแลแบบเฉพาะรายจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สามารถตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละบุคคลได้อย่างแท้จริง<sup>14</sup> แต่ยังพบผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษา เนื่องจากยังไม่พร้อมที่จะเริ่มการรักษาซึ่งเกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา ส่วนใหญ่มีความต้องการต้องการการได้รับข้อมูลในด้านคำแนะนำรายบุคคลจากบุคลากรทางการแพทย์ มีคู่มือที่สามารถนำกลับมาอ่านที่บ้านได้ สื่อมัลติมีเดีย และแอปพลิเคชัน เนื่องจากเข้าถึงได้ง่ายเหมาะกับวิถีชีวิต<sup>13</sup> และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการเพิ่มช่องทางการสื่อสารและการสอบถามข้อมูลเมื่อเกิดปัญหาได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ในการปฏิบัติตัวได้ตลอดเวลา มีสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เช่น วิดีโอการปฏิบัติตัว ข้อมูลคำอธิบาย เป็นต้น โดยผ่านไลน์แอปพลิเคชัน จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจและเกิดความพร้อมในการเข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการใช้แอปพลิเคชันบนเว็บเบราว์เซอร์ ในคอมพิวเตอร์หรือสมาร์ตโฟนที่มีข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลในการเรียนรู้ได้จากแอปพลิเคชันด้วยตนเองได้ตลอดเวลา สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลและทบทวนได้อย่างต่อเนื่อง<sup>18</sup> และสอดคล้องกับการใช้แอปพลิเคชันการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาหรือรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด (Web-based application) ที่ประกอบด้วย สื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง แบบบันทึกการจัดการตนเอง และช่องทางการติดต่อ ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและนำไปใช้ในการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>6</sup>

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในโรงพยาบาลศรีสังวร สุขทัย ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัว ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เอกสารคู่มือ การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ช่องทางการติดต่อสื่อสาร การสอบถามข้อมูล และการสนับสนุน ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน<sup>19</sup> โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ในการประสานงานดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างทันที่ ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพในการดูแล<sup>14</sup>

3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวผ่านสื่อวีดิทัศน์ ที่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและสะดวกต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง และทบทวนซ้ำได้ตลอดเวลาการมีช่องทางสำหรับการติดต่อสื่อสาร การสอบถามข้อมูล และการสนับสนุนข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างได้รวดเร็ว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวต่อโรคและการรักษาที่เหมาะสม สามารถจัดการปัญหาและการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการติดตามผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ ที่ประกอบด้วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งหมด ช่องทางการติดต่อสอบถามอาการผิดปกติจากเจ้าหน้าที่และแพทย์ ทำให้สามารถวางแผนในการติดตามรักษารายบุคคลเพิ่มมากขึ้นและจัดการอาการผิดปกติได้รวดเร็ว<sup>18</sup> นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการใช้แอปพลิเคชันการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาหรือรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด (web-based application) ที่ประกอบด้วย สื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง แบบบันทึกการจัดการตนเอง และช่องทางการติดต่อระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและนำไปใช้ในการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>6</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาการใช้แอปพลิเคชันบนเว็บเบราว์เซอร์ ในคอมพิวเตอร์หรือสมาร์ตโฟน ที่ประกอบด้วย ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม สามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลในการเรียนรู้ได้จากแอปพลิเคชันด้วยตนเองได้ตลอดเวลา สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลและทบทวนได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง<sup>20</sup> และการใช้วีดิทัศน์ คู่มือป้องกันการหกล้มแนวทางปฏิบัติ และการสนับสนุนข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะคุกคามที่จะถึงตัวบุคคลทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มดีและมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น<sup>21</sup> รวมทั้งการส่งเสริมการจัดการรายกรณีโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านความเครียดและการควบคุมอาหารดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>9</sup>

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากใช้รูปแบบ ๆ ในระยะ 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิต สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ที่ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัว ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เอกสารคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ช่องทางการติดต่อสื่อสารและการสอบถามข้อมูล และการสนับสนุนข้อมูลแก่กลุ่ม ตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวต่อโรคและการรักษาที่เหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถ จัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ทำให้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีความเหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>22</sup> เช่นเดียวกับผลการศึกษาการใช้แอปพลิเคชันการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาหรือ รังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด ประกอบด้วย สื่อการเรียนรู้การจัดการตนเอง ช่องทางการติดต่อที่สะดวกในการสื่อสาร ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้และนำไปใช้ในการจัดการตนเองได้อย่างมี ประสิทธิภาพทำให้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>6</sup>

3.3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ ๓ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.29$ ,  $SD = 0.13$ )

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ที่ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัว ผ่านสื่อวีดิทัศน์ คำแนะนำการปฏิบัติ ตัวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ช่องทางการติดต่อสื่อสาร การสอบถามข้อมูล และการสนับสนุนข้อมูลแก่ ผู้ป่วย รูปแบบการใช้งานที่ง่ายไม่ซับซ้อน และการดูแลโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำให้สามารถเข้าถึงและรับรู้ข้อมูล ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการเข้าถึงข้อมูล คำแนะนำที่มีความหลากหลายในการเรียนรู้ทั้ง เนื้อหา การถาม-ตอบ และสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคและการรักษา คำแนะนำการปฏิบัติตัว และช่องทางการติดต่อ สอบถามเพื่อให้ได้รับข้อมูลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวต่อโรคและ การรักษาที่เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการใช้ LINE OA ในกระบวนการติดตามและการให้คำแนะนำการจัดการ อาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การออกแบบในการใช้งานที่ง่ายไม่ซับซ้อน และการข้อมูลในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว และช่องทางการติดต่อ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการใช้งาน<sup>22</sup> และสอดคล้องกับการดูแลการจัดการรายกรณี มีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ<sup>23</sup>

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ไปใช้ในการ ปรับปรุงการการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาระบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งให้มีประสิทธิภาพ
2. ผู้บริหารและหน่วยงานควรมีการผลักดันและพัฒนาบุคลากรให้มีการนำเทคโนโลยีหรือแอปพลิเคชันมา ใช้ การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการจัดกลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cancer. 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็ง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2565. <https://kcmh.chulalongkornhospital.go.th/cancer-registry-statistics-data/>
4. ชัญญานุช พะลัง, ปิ่นหทัย หนูหวล. การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ: วิทยากรณีศึกษา. วารสารโรคมะเร็ง. 2563;40(2):62-75.
5. มานิตย์ แซ่เตียว, ธนุต์ม์ ก้วยเจริญพาณิชย์, รมิดา มัจฉา, โสวิภา พลเยี่ยม. การประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2561;14(3):44-55.
6. พรรณี ทัพเจริญ, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. การพัฒนาและศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แอปพลิเคชันการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาหรือรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2565;4(1):1-20.
7. ศิรินันท์ ยิ้มโกศล, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ, เอกรัฐ บุญเชียง, วราภรณ์ บุญเชียง. การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. พยาบาลสาร. 2563;47(3):192-203.
8. ปัญจนิย ทองโปร่ง, ประพัศสร แยมโกสมุข, ศรีสุพรรณ นันทไพบุลย์, ธวัลรัตน์ จรสระน้อย. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2568;43(1):1-16.
9. กองสถิติเศรษฐกิจ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ตาราง 16.2 ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกตามการใช้อินเทอร์เน็ต/โทรศัพท์มือถือ พ.ศ. 2563-2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565. Available from: [https://www.nso.go.th/nsoweb/downloadFile/stat\\_main\\_nso/FSmM/file\\_th](https://www.nso.go.th/nsoweb/downloadFile/stat_main_nso/FSmM/file_th)
10. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. หมอพร้อม: แพลตฟอร์มระบบบริหารจัดการวัคซีนโควิด-19. 2566. Available from: <https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-about/about/>
11. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แอปพลิเคชันไลน์ สปสช.. 2567. Available from: [https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News\\_4421](https://www.nhso.go.th/th/communicate-th/thnewsforperson/News_4421)
12. เวชระเบียนงานเคมีบำบัด. สถิติผู้ป่วยมะเร็งที่มารับยาเคมีบำบัด. สุโขทัย: โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย; 2565.
13. บุขรัตน์ สีนวลแจ้, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. ความต้องการการได้รับความรู้และการสนับสนุนและความพึงพอใจต่อความรู้และการสนับสนุนที่ได้รับของผู้ป่วยมะเร็งระยะแรก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2561;41(1):24-33.
14. สมพร บรรลุพันธุ์นาถ, กิจจา อ่วมแก้ว, สืบตระกูล ตันตลานุกุล. การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพื้นที่จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(2):123-34.
15. Bloom BS. Mastery learning. Los Angeles: University of California at Los Angeles; 1968.

16. บุญชม ศรีสะอาด. การแปลผลเมื่อใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลแบบมาตราส่วนประมาณค่า. J Educ Meas Mahasarakham Univ. 2561;2(1):64-70.
17. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลไชย. แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2545.
18. Yadav S, Sethi R, Pradhan A, et al. Routine versus smartphone application–based intense follow-up of patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention. Int J Cardiol Heart Vasc. 2021;35:100832. doi:10.1016/j.ijcha.2021.100832
19. มุกดา นาผล, อภิชาติ โสภภาพรม, ศุภนิต หงส์ชัย. การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยมะเร็งตับที่เข้ารับการรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือดแดง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565;30(3):319-28.
20. สุพดี กิตติวรเวช, สาวิตรี สิงหาต, อธิพงษ์ สุริยา, จำลอง กิตติวรเวช. ผลของโปรแกรมเว็บแอปพลิเคชันเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อความรู้และทักษะการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2567;33(2):307-17.
21. ภาสกร ชำนาญจิราวดี, ญัฐกฤตา ศิริโสภณ, ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, สมบัติ อ่อนศิริ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการหกล้มต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;18(พิเศษ):41-48.
22. ถิรวุฒิ โมราสุข, นันทวรรณ กิติกรรณารณ. การพัฒนาบัญชีทางการของไลน์สำหรับติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาเคมีบำบัดหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล. 2566;33(3):269-85.
23. ราตรี โกศลจิตร, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. ประสิทธิภาพของการจัดการรายการฉีดยาในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลปากพลี จังหวัดนครนายก. พยาบาลสาร. 2560;44(1):26-38.

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวช  
ในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

The effectiveness of implementing ethical practices guideline for psychiatric  
nurses in communicating with clients with aggressive behavior

ต้นติมา ด้วงโยธา\*, เยาวลักษณ์ พันธอังกูร\*, กมลพร แพทย์ชีพ\*\*

Tuntima Doungyota\*, Yaowaluk Panitangkool\*, Kamonporn Patcheep\*\*

\*โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี \*\*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*Suansaranrom Hospital, Surat Thani Province \*\* Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi,  
Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Kamonporn Patcheep; E-mail: Kamonporn@bcnr.ac.th

Received: May 4, 2025; Revised: June 20, 2025; Accepted: June 20, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน 2) ผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน และกลุ่มควบคุม 23 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2) แบบวัดการสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการสื่อสารของพยาบาล 4) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .97 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed-Rank Test และ Mann Whitney U Test

ผลการวิจัยพบว่า 1) การสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -3.726, p < .001$ ) 2) การสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหลังการใช้แนวปฏิบัติ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -2.616, p = .009$ ) 3) ระดับความก้าวร้าวของผู้รับบริการกลุ่มทดลอง ร้อยละ 87.50 ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 39.47 4) ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการสื่อสารของพยาบาล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -3.521, p < .001$ )

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางจริยธรรม, พยาบาลจิตเวช, การสื่อสาร, พฤติกรรมก้าวร้าว

### Abstract

This research aimed to study the effectiveness of utilizing ethical guidelines in communication between psychiatric nurses and clients with aggressive behaviors. The samples were 1) registered nurses working at Suan Saranrom Hospital divided into an experimental group and a control group of 18 each, and 2) clients with aggressive behaviors, divided into an experimental group and a control group of 23 each. The research instruments were 1) ethical guidelines for psychiatric nurses in communicating with clients with aggressive behaviors, 2) a nurse communication scale with aggressive clients, 3) a satisfaction assessment scale for patients with aggressive behaviors with nurse communication, and 4) a severe aggressive behavior assessment scale. The content validity was assessed by five experts with content validity index was 1.00, and the reliability of the Cronbach alpha coefficient was .97 and .86, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon Signed-Rank Test, and Mann Whitney U Test.

The results showed that the communication of nurses to clients with aggressive behaviors before and after using the guidelines among the experimental group was significantly different ( $Z = -3.726, p < .001$ ). This was also significantly different between the experimental group and the control group ( $Z = -2.616, p = .009$ ) after using the guidelines. The level of aggressive behaviors among the experimental group (87.50%) was reduced compared to the control group (39.47%). The satisfaction toward nurse communication among the experimental group and the control group was significantly different ( $Z = -3.521, p < .001$ ).

**Keywords:** ethical practice guidelines, psychiatric nurse, communication, aggression

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมก้าวร้าวของผู้รับบริการในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพฤติกรรมของผู้รับบริการที่กระทำต่อผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพที่ทำงานใกล้ชิด<sup>1</sup> สถิติผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2558–2561 มีจำนวนสะสม 13,194 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.40 อายุ 26-45 ปี ร้อยละ 52.90<sup>2</sup> สำหรับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พบผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ช่วงปีพ.ศ. 2565-2566 จำนวน 18,067 และ 29,141 รายตามลำดับ<sup>3</sup> นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ผู้รับบริการกระทำรุนแรงต่อพยาบาล โดยเป็นการกระทำรุนแรงด้วยวาจา มากกว่ากระทำทางกาย สาเหตุเกิดจากบุคลากรขาดความรู้ ทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง<sup>1</sup> กรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญและกำหนดนโยบายการแก้ไขปัญหาความรุนแรงในผู้รับบริการ โดยให้หน่วยบริการจิตเวชทุกแห่งมีการดำเนินงานดูแลผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness) โดยเฉพาะการเตรียมให้บุคลากรมีสมรรถนะในการดูแลผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

การดูแลผู้รับบริการกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีเจตคติ ความรู้ และทักษะที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น เทคนิคการสื่อสารทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางเพื่อลดความรุนแรง การใช้เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงด้านความรุนแรง การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความรุนแรง เป็นต้น<sup>4</sup> โดยยุทธวิธีที่ใช้ลดแนวโน้มการเกิดความรุนแรงอันเนื่องมาจากพฤติกรรม อารมณ์ของผู้รับบริการที่ควบคุมตนเองไม่ได้จะเน้นที่ความสามารถในการสื่อสารของพยาบาล ซึ่งในการจัดการในทุก ๆ ระยะของพฤติกรรมก้าวร้าวจำเป็นต้องใช้การสื่อสารโดยภาษาพูดและภาษาท่าทางเสมอ เช่น ในระยะ

กระตุ้นเตือน พยาบาลต้องมีการสื่อสารที่ดี บอกความจริงกับผู้รับบริการ ใช้คำพูดที่เห็นใจด้วยประโยคที่ชัดเจน ง่าย ๆ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการระบายนารมณ์ ขณะเดียวกันมีผลการศึกษาที่พบว่าปัญหาด้านจริยธรรมถูกพบบ่อยของพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในคลินิก เช่น การไม่เคารพเอกสิทธิ์ของผู้รับบริการ ผู้รับบริการถูกบังคับให้ได้รับการรักษาโดยปราศจากการยินยอม ผู้รับบริการไม่ได้รับข้อมูลการรักษาที่เฉพาะเจาะจง<sup>5</sup> ดังนั้นการสื่อสารที่เป็นการช่วยให้ผู้รับบริการผ่อนคลาย จะต้องเป็นการแสดงถึงการใช้ภาษาอย่างเหมาะสมสม่ำเสมอตลอดการสัมภาษณ์ พูดคุย การใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้รู้ภาวะการเจ็บป่วย การแสดงถึงความสามารถในการดูแลเพื่อลดความรุนแรงในผู้รับบริการ<sup>6</sup>

ลักษณะการสื่อสารในการลดพฤติกรรมรุนแรงและผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการสื่อสารอย่างมีจริยธรรม (ethical communication) ที่หมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิด คุณค่า ความเชื่อ อารมณ์ ความรู้สึก เจตคติ ความรู้ ประสบการณ์ หรือความต้องการระหว่างบุคคลอย่างน้อย 2 คน โดยอยู่ภายใต้กรอบคุณธรรม จริยธรรม ทั้งความคิด คำพูด และกิริยาท่าทาง เป็นการสื่อสารที่แสดงให้เห็นถึงการเข้าใจผู้อื่น ด้วยการฟังอย่างเข้าใจเพื่อเข้าไปอยู่ในกรอบความคิดของผู้อื่น เข้าใจกระบวนการทัศนคติและความรู้สึกของเขา โดยหลักการสื่อสารทางจริยธรรมประกอบด้วย 6 หลัก ได้แก่ 1) หลักการทำประโยชน์ (beneficence) เป็นการสื่อสารที่เป็นประโยชน์กับผู้รับบริการทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ 2) หลักการไม่ทำอันตราย (non-maleficence) เป็นการสื่อสารที่ไม่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ 3) หลักการเคารพเอกสิทธิ์ (respect for autonomy) เป็นการสื่อสารที่แสดงถึงการให้เกียรติ เคารพในศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ 4) หลักความยุติธรรม (justice) เป็นการสื่อสารที่ให้ความเสมอภาค ไม่ลำเอียง ไม่แบ่งแยก 5) หลักความซื่อสัตย์ (fidelity) เป็นการสื่อสารที่สะท้อนถึงการรักษาคำมั่นสัญญา และการไม่เปิดเผยความลับผู้อื่น และ 6) หลักการพูด/บอกความจริง (veracity or truth telling) เป็นการสื่อสารที่เป็นจริง ไม่โกหกหลอกลวง หรือบิดเบือน<sup>7</sup>

กลุ่มภารกิจพยาบาล พบปัญหาผู้รับบริการมีพฤติกรรมก้าวร้าวและไม่สามารถจัดการกับผู้รับบริการได้ จึงสร้างแนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว<sup>8</sup> โดยนำแนวคิดการสื่อสารอย่างมีจริยธรรม แนวคิดเรื่องสติ<sup>9</sup> รวมทั้งหลักการคิดดี พูดดี ทำดี<sup>10</sup> เพื่อให้พยาบาลมีทักษะสื่อสารที่ลดระดับความก้าวร้าวรุนแรงของผู้รับบริการได้<sup>11</sup>

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ที่ผ่านมามีแนวปฏิบัติที่ขาดความชัดเจน ไม่ครอบคลุมการจัดการกับภาวะก้าวร้าวในผู้รับบริการทุกระยะ และยากต่อการนำไปปฏิบัติจริง ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่กำกับให้การบริการทางการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานและมีคุณภาพ เห็นความสำคัญของการดำเนินการให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวปฏิบัติในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จึงสนใจดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยประยุกต์แนวคิดการประเมินแนวปฏิบัติของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติออสเตรเลีย<sup>12</sup> ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดคณะทำงานในการร่างแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติ 4) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) กำหนดร่างแนวปฏิบัติ 6) ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ 7) การสร้างความเข้าใจและพัฒนาทักษะของผู้ใช้แนวปฏิบัติ 8) การกำกับติดตามการดูแลตามแนวปฏิบัติ 9) การประเมินผลลัพธ์ และ 10) การประเมินแนวปฏิบัติ ให้มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และมีคุณภาพ โดยมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับวิถีจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของแนวปฏิบัติให้ครอบคลุมทั้งด้านบุคลากรและผู้รับบริการ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความก้าวร้าวรุนแรงของผู้รับบริการ ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ ฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการสื่อสารของพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติ ฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

**ขอบเขตด้านประชากร** คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ในจำนวน 88 คน และผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 85 คน

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** ตัวแปรต้น คือ แนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ตัวแปรตาม คือ การสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ระดับความก้าวร้าวรุนแรงของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการสื่อสารของพยาบาล

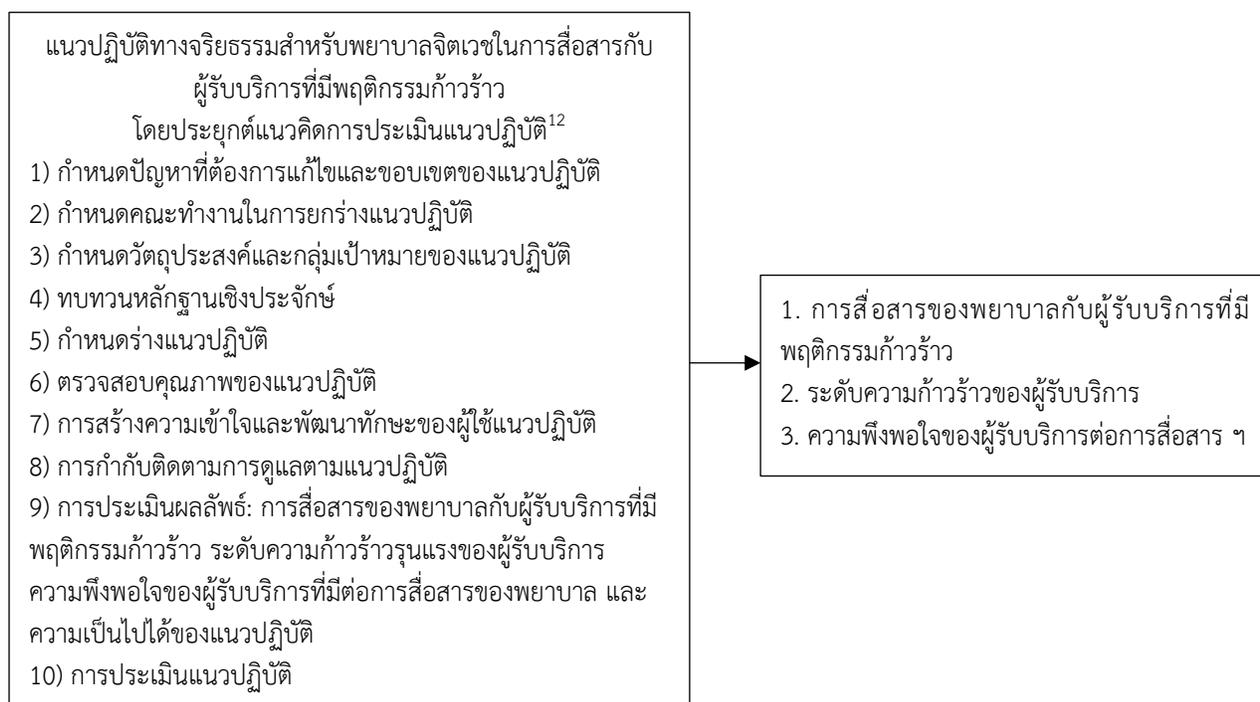
**ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่** เก็บข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2568 แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยประยุกต์แนวคิดการประเมินแนวปฏิบัติของสภาวิชาชีพสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติออสเตรเลีย<sup>12</sup> ประกอบด้วย 10 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) การกำหนดคณะทำงานในการร่างแนวปฏิบัติ 3) การกำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติ 4) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) การกำหนดร่างแนวปฏิบัติ 6) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ 7) การสร้างความเข้าใจและพัฒนาทักษะของผู้ใช้แนวปฏิบัติ 8) การกำกับติดตามการดูแลตามแนวปฏิบัติ 9) การประเมินผลลัพธ์ และ 10) การประเมินแนวปฏิบัติ ดังภาพที่ 1

## ตัวแปรต้น

## ตัวแปรตาม



## ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

**ชนิดของการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (operational research)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 88 คน และผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในเดือนมีนาคม - เมษายน 2568 จำนวน 85 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 36 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.9.7<sup>13</sup> กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80<sup>14</sup> ค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10.00 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 18 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) 2) ผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน การคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)

1. พยาบาลวิชาชีพที่มีความสมัครใจใช้แนวปฏิบัติ และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
2. ผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว โดยผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) และได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมให้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

1. พยาบาลวิชาชีพ ขอถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัย หรือย้ายแผนระหว่างดำเนินการวิจัย
2. ผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ขอถอนตัวระหว่างการเข้าร่วมวิจัย หรือผู้แทนโดยชอบธรรมขอยกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว สำหรับให้พยาบาลวิชาชีพใช้ประกอบการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว แนวปฏิบัติ จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 1) การสื่อสารระยะป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (primary prevention phase) จำนวน 10 ข้อ 2) การสื่อสารระยะเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว (trigger phase) จำนวน 5 ข้อ 3) การสื่อสารระยะที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (crisis phase) จำนวน 12 ข้อ และ 4) การสื่อสารระยะหลังพฤติกรรมก้าวร้าว (post aggressive behavior phase) จำนวน 9 ข้อ ซึ่งทีมวิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติโดยประยุกต์แนวคิดการประเมินแนวปฏิบัติของสภาวิจัยสุขภาพและการแพทย์แห่งชาติออสเตรเลีย<sup>12</sup> จำนวน 10 ขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) กำหนดคณะทำงานในการยกร่างแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติ 4) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) กำหนดร่างแนวปฏิบัติ 6) ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ 7) การสร้างความเข้าใจและพัฒนาทักษะของผู้ใช้แนวปฏิบัติ 8) การกำกับติดตามการดูแลตามแนวปฏิบัติ 9) การประเมินผลลัพธ์ และ 10) การประเมินแนวปฏิบัติ

2. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) สำหรับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว<sup>15</sup> ประกอบด้วย 18 ข้อคำถาม โดยพิจารณาการให้คะแนน ดังนี้ ข้อ 1-10 จากคำบอกของผู้รับบริการ ข้อ 11-18 จากการสังเกตผู้รับบริการ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 1-7 คะแนน พิจารณาจาก ไม่มีอาการ = 1 คะแนน มีอาการขั้นต่ำสุด = 2 คะแนน มีอาการเล็กน้อย = 3 คะแนน มีอาการปานกลาง = 4 คะแนน มีอาการค่อนข้างรุนแรง = 5 คะแนน มีอาการรุนแรง = 6 คะแนน มีอาการรุนแรงมาก = 7 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับมากใช้ประเมินผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ หากพบว่ามีคะแนน BPRS  $\leq$  36 ถือว่าอาการทางจิตระดับน้อย และสามารถตอบสนองแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการสื่อสารของพยาบาลได้

3. โปรแกรมการใช้แนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ตามกรอบแนวคิดการจัดกิจกรรมการอบรมแบบมีส่วนร่วม<sup>16</sup> ประกอบด้วย 1) ให้ความรู้แนวปฏิบัติสื่อสารทางจริยธรรมกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2) พัฒนาเจตคติต่อผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และ 3) ฝึกการใช้แนวปฏิบัติสื่อสารอย่างมีจริยธรรม ในประเด็น 3.1) การสื่อสารระยะป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 3.2) การสื่อสารระยะเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 3.3) การสื่อสารระยะที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และ 3.4) การสื่อสารระยะหลังพฤติกรรมก้าวร้าว

4. แผนการนิเทศการใช้แนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้ในการกำกับติดตามการดูแลตามแนวปฏิบัติของพรอคเตอร์<sup>17</sup> (Proctor's Model of Clinical Supervision) ประกอบด้วย 1) การนิเทศตามหลักสามานฉันท์/การให้กำลังใจ (restorative/supportive) มุ่งเน้นการ

พัฒนาสัมพันธภาพและการให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการใช้แนวปฏิบัติ 2) การนิเทศตามแบบ/การศึกษา (formative/educative) และ 3) การนิเทศตามมาตรฐาน/การจัดการ (normative/managerial)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบวัดการสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวสำหรับพยาบาลวิชาชีพ<sup>8</sup> จำนวน 33 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้ ระดับมาก (ช่วงคะแนน 3.01-4.00) ปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.01-3.00) น้อย (ช่วงคะแนน 1.00-2.00)<sup>18</sup>

2. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)<sup>19</sup> ประกอบด้วย 4 กลุ่มพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คือ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงด้านการทำลายสิ่งของ กำหนดการแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ OAS = 1 หมายถึง ระดับกึ่งเร่งด่วน OAS = 2 หมายถึง ระดับเร่งด่วน OAS = 3 หมายถึง ระดับฉุกเฉิน

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด 4 คะแนน พึงพอใจมาก 3 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 2 คะแนน และพึงพอใจน้อย 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ ระดับมาก (ช่วงคะแนน 3.01-4.00) ปานกลาง (ช่วงคะแนน 2.01-3.00) น้อย (ช่วงคะแนน 1.00-2.00)<sup>18</sup>

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยนำเครื่องมือวิจัย ผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านจริยธรรมทางการพยาบาล จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำแบบวัดการสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการสื่อสารของพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .97 และ .86 ตามลำดับ

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และได้ผ่านการรับรองตามเอกสารรับรองเลขที่ SSR.REC 017/2567 ลงวันที่ 5 กันยายน 2567 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการเข้าร่วมการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล การตอบรับหรือปฏิเสธไม่ส่งผลกระทบต่ออย่างไร และผู้ที่ยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ลงนามในเอกสารใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไขและขอบเขตของแนวปฏิบัติ โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าร้อยละ 100 ของพยาบาลวิชาชีพเห็นว่าการสื่อสารมีอิทธิพลต่อการลดระดับความก้าวร้าวของผู้รับบริการ

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดคณะทำงานในการยกร่างแนวปฏิบัติ ทีมวิจัยร่วมกันยกร่างแนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติ ทีมวิจัยมุ่งหวังให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการสื่อสารเพื่อลดระดับความก้าวร้าวของผู้รับบริการ

ขั้นตอนที่ 4 ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 5 กำหนดร่างแนวปฏิบัติ โดยทีมวิจัยกำหนดร่างแนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว แบ่ง 4 ระยะ ได้แก่ 1) การสื่อสารระยะป้องกันพฤติกรรมความก้าวร้าว 2) การสื่อสารระยะเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมความก้าวร้าว 3) การสื่อสารระยะที่มีพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรง 4) การสื่อสารระยะหลังพฤติกรรมความก้าวร้าว

ขั้นตอนที่ 6 ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 7 การสร้างความเข้าใจและพัฒนาทักษะของผู้ใช้แนวปฏิบัติ มีรายละเอียดต่อไปนี้

1) เตรียมผู้ช่วยวิจัย 4 ท่าน โดยให้อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่ผู้รับบริการอาจได้รับขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย สิทธิที่จะออกจากกรวิจัยโดยไม่มีผลกระทบ และการรักษาความลับของข้อมูล เพื่อขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

2) ทีมผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ คณะกรรมการที่นำทางการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินการวิจัย โดยขอความร่วมมือหัวหน้าหอผู้ป่วย และเชิญชวนพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่รับผิดชอบสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

3) ดำเนินการให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบวัดการสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (pre-test)

4) สร้างความเข้าใจและพัฒนาทักษะของผู้ใช้แนวปฏิบัติแก่พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง ได้แก่ 1) ให้ความรู้แนวปฏิบัติการสื่อสารทางจริยธรรมกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2) พัฒนาเจตคติต่อผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และ 3) ฝึกการใช้แนวปฏิบัติการสื่อสารอย่างมีจริยธรรม โดยใช้เวลาในการสร้างความเข้าใจเป็นเวลา 6 ชั่วโมง ดังนี้ 1) ให้ความรู้แนวปฏิบัติการสื่อสารทางจริยธรรมกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 2) พัฒนาเจตคติต่อผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว 3) ฝึกการใช้แนวปฏิบัติการสื่อสารอย่างมีจริยธรรม ประกอบด้วย 3.1) การสื่อสารระยะป้องกันการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 3.2) การสื่อสารระยะเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว 3.3) การสื่อสารระยะที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง 3.4) การสื่อสารระยะหลังพฤติกรรมก้าวร้าว สำหรับกลุ่มควบคุมดำเนินกิจกรรมตามปกติ

ขั้นตอนที่ 8 การกำกับติดตามการดูแลตามแนวปฏิบัติ มีรายละเอียดดังนี้

1) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง คัดกรองผู้รับบริการตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

2) ดำเนินการดูแลผู้รับบริการตามแนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

3) ทีมผู้วิจัยกำกับติดตามการดูแลตามแนวปฏิบัติ โดยการนิเทศการใช้แนวปฏิบัติโดยใช้แผนการนิเทศที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกตามแนวปฏิบัติของพรอคเตอร์<sup>17</sup> ประกอบด้วย 1) การนิเทศตามหลักสมานฉันท์/การให้กำลังใจ (restorative/supportive) มุ่งเน้นการพัฒนาสัมพันธภาพและการให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการใช้แนวปฏิบัติ 2) การนิเทศตามแบบ/การศึกษา (formative/educative) และ 3) การนิเทศตามมาตรฐาน/การจัดการ (normative/managerial) โดยดำเนินการตามแผนการนิเทศทุก 2-3 สัปดาห์ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวนการใช้แนวปฏิบัติ สอบถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติจริง วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน และนำข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างไปปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง

1) ประเมินระดับความก้าวร้าวรุนแรงของผู้รับบริการ โดยใช้แบบประเมิน OAS และบันทึกลงในแบบฟอร์มประเมินอาการทางจิตของผู้รับบริการ หากพบว่ามีคะแนน BPRS  $\leq 36$  ให้แจ้งทีมวิจัย และประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการสื่อสารของพยาบาล หลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ

2) หลังใช้แนวปฏิบัติ ๓ ครบ 8 สัปดาห์ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองตอบแบบวัดการสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (post-test)

กลุ่มควบคุม

1) ประเมินระดับความก้าวร้าวรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน OAS และบันทึกลงในแบบฟอร์ม และประเมินอาการทางจิตของผู้รับบริการ ของผู้รับบริการหลังจากได้รับการดูแลตามปกติ

2) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มควบคุมตอบแบบวัดการสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว (post-test)

ขั้นตอนที่ 10 การประเมินแนวปฏิบัติ โดยการส่งแนวปฏิบัติ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้แบบประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II)

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดระดับความก้าวร้าวของผู้รับบริการ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. การเปรียบเทียบคะแนนการสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ๓ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

3. การเปรียบเทียบการสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการสื่อสารของพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann Whitney U Test

การทดสอบการกระจายของข้อมูลการสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการสื่อสารของพยาบาล ด้วยสถิติ Kolmogorov – Smirnov test พบว่าการกระจายตัวของกลุ่มทดลองมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ( $p = .200$  และ  $.200$  ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ( $p = .031$  และ  $.010$  ตามลำดับ)

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.30 มีอายุอยู่ในช่วง 31 – 39 ปี ร้อยละ 55.60 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00 สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.40 อายุ น้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 50.00 ระยะเวลาการปฏิบัติงาน น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 77.70

2. การเปรียบเทียบการสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ๓ พบว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ๓ กลุ่มทดลองมีการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับมาก (Med = 3.01, IQR = 0.60) หลังใช้แนวปฏิบัติ ๓ กลุ่มทดลองมีการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับมาก (Med = 3.76, IQR = 0.25) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบการสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ๓ (n = 18)

ตัวแปร	Median	Mean Rank	IQR (Q <sub>1</sub> – Q <sub>3</sub> )	Z	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ๓	3.01	9.50	0.60 (3.37 – 2.77)	-3.726	<.001*
หลังใช้แนวปฏิบัติ ๓	3.76		0.25 (3.92 – 3.67)		

\*p < .05

3. การเปรียบเทียบการสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติ ๓ กลุ่มทดลองมีการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับมาก (Med = 3.76, IQR = 0.25) กลุ่มควบคุมมีการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวระดับมาก (Med = 3.51, IQR = 0.34) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .009$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบการสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังใช้แนวปฏิบัติ ๓ (n = 18)

กลุ่มตัวอย่าง	Median	Mean Rank	IQR (Q <sub>1</sub> – Q <sub>3</sub> )	Z	p-value
กลุ่มทดลอง	3.76	23.08	0.25 (3.92 – 3.67)	-2.616	.009*
กลุ่มควบคุม	3.51	13.92	0.34 (3.73 – 3.39)		

\*p < .05

4. การเปรียบเทียบความก้าวร้าวรุนแรงของผู้รับบริการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีความก้าวร้าวลดลง ร้อยละ 87.50 และกลุ่มควบคุมมีความก้าวร้าวลดลง ร้อยละ 39.47 ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความก้าวร้าวของผู้รับบริการมีพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การดูแล	จำนวนครั้งความก้าวร้าวก่อน	จำนวนครั้งความก้าวร้าวที่ลดลง	ร้อยละของความก้าวร้าวที่ลดลง
	การดูแล	หลังการดูแล	
กลุ่มทดลอง	80	70	87.50
กลุ่มควบคุม	114	45	39.47

5. การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการสื่อสารของพยาบาล พบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการสื่อสารของพยาบาลกลุ่มทดลองอยู่ระดับมาก (Med = 3.32, IQR = 0.70) และกลุ่มควบคุมอยู่ใน

ระดับปานกลาง (Med = 2.93, IQR = 0.20) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการสื่อสารของพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 18)

กลุ่มตัวอย่าง	Median	Mean Rank	IQR (Q <sub>1</sub> – Q <sub>3</sub> )	Z	p-value
กลุ่มทดลอง	3.32	30.43	0.70 (3.70 – 3.00)	-3.521	<.001*
กลุ่มควบคุม	2.93	16.57	0.20 (3.00 – 2.80)		

\*p < .05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวช ในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีรายละเอียดดังนี้

1. การสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว พบว่าก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ กลุ่มทดลองมีการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และหลังใช้แนวปฏิบัติ ฯ การสื่อสารของพยาบาลกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .009$ )

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการสื่อสารกับผู้รับบริการได้รับการฝึกอบรมการใช้แนวปฏิบัติตามโปรแกรมการฝึกอบรมการใช้แนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยเป็นการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม การฝึกอบรมดังกล่าวน่าจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการสื่อสารกับผู้รับบริการ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับสภาวะวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย<sup>12</sup> ได้ระบุว่าในการเผยแพร่แนวปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพควรจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกให้เข้าใจง่าย ให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมายเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ขณะทดลองใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองยังได้รับการนิเทศติดตามตามแผนนิเทศที่กำหนดไว้จากทีมผู้วิจัย โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก (Proctor's Model of Clinical Supervision)<sup>17</sup> ที่มุ่งเน้นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้กล่าวถึงปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งพบว่ามีแนวปฏิบัติบางข้อค่อนข้างเป็นนามธรรม ทีมวิจัยได้รับดำเนินการแก้ไข ปัญหา จากการได้รับคำแนะนำ หรือการตรวจเยี่ยมของทีมวิจัยซึ่งมีสมรรถนะในการสื่อสารทางจริยธรรม น่าจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของกลุ่มทดลองที่ดียิ่งขึ้น<sup>12</sup>

2. ระดับความก้าวร้าวของผู้รับบริการ พบว่ากลุ่มทดลองมีความก้าวร้าวลดลง ร้อยละ 87.50 และกลุ่มควบคุมมีความก้าวร้าวลดลง ร้อยละ 39.47

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่าจากการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง ที่มีการใช้น้ำเสียงนุ่มนวล สุภาพอ่อนโยน และจริงใจ และอยู่บนพื้นฐานของความสามารถของพยาบาลในการใช้สติรู้เท่าทันความคิดความรู้สึกทางลบต่อผู้รับบริการ พร้อมทั้งยับยั้งความคิดความรู้สึกนั้นเสีย ซึ่งนำไปสู่การใช้การสื่อสารตามหลักจริยธรรม และจากการนิเทศแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการใช้แนวปฏิบัติระหว่างทีมวิจัยกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง ระหว่างการทดลองใช้แนวปฏิบัติ ได้รับข้อมูลที่เป็นที่ยืนยันว่าระดับความก้าวร้าวรุนแรงที่ลดลงของผู้รับบริการเป็น

ผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติการสื่อสารตามแนวปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ดังกล่าวของกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดการลดระดับความก้าวร้าวรุนแรง (de-escalation) ที่ว่าการสื่อสารด้วยวาจาที่ชัดเจนและสงบ ใช้ภาษาที่ไม่คุกคามเมื่อเข้าใกล้ผู้รับบริการ การสร้างความตระหนักหรือยับยั้งอารมณ์ การแลกเปลี่ยนกันในเชิงวิชาการ เพิ่มพูนทักษะให้แก่บุคลากร สามารถใช้เพื่อคลี่คลายสถานการณ์ก้าวร้าวในหอผู้ป่วยจิตเวชได้<sup>11</sup>

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการสื่อสารของพยาบาล พบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการสื่อสารของพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่า การที่ผลวิจัยเป็นเช่นนี้น่าจะเกิดจากผู้รับบริการกลุ่มทดลองได้รับการสื่อสารโดยใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ภายใต้กรอบคุณธรรม จริยธรรม ทั้งความคิด คำพูด และกิริยาท่าทาง เป็นการสื่อสารที่แสดงให้เห็นถึงการเข้าใจผู้รับบริการ ด้วยการฟังอย่างเข้าใจเพื่อเข้าไปอยู่ในกรอบความคิดของผู้รับบริการ โดยหลักการสื่อสารทางจริยธรรมที่ประกอบด้วย 6 หลัก ได้แก่ 1) หลักการทำประโยชน์ (beneficence) เป็นการสื่อสารที่เป็นประโยชน์กับผู้รับบริการ ที่ทำให้ผู้รับบริการฟังแล้วสบายใจ 2) หลักการไม่ทำอันตราย (non-maleficence) เป็นการสื่อสารที่ไม่มีการตำหนิตายที่ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ 3) หลักการเคารพเอกลิทธิ (respect for autonomy) เป็นการสื่อสารที่แสดงถึงการให้เกียรติ เคารพในศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ 4) หลักความยุติธรรม (justice) เป็นการสื่อสารที่ให้ความเสมอภาค ไม่ลำเอียง ไม่แบ่งแยก 5) หลักความซื่อสัตย์ (fidelity) เป็นการสื่อสารที่สะท้อนถึงการรักษาคำมั่นสัญญา และการไม่เปิดเผยความลับผู้อื่น และ 6) หลักการพูด/บอกความจริง (veracity or truth telling) เป็นการสื่อสารที่เป็นจริง ไม่โกหกหลอกลวง หรือบิดเบือน<sup>7</sup> การแสดงออกของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองดังกล่าว ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการสื่อสารของพยาบาล

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดทำคู่มือก่อนนำแนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวไปปฏิบัติในคลินิก และมีการวางแผนการดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยครั้งนี้
2. ควรมีการติดตามนิเทศการใช้แนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และนำผลลัพธ์จากการนิเทศมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีความทันสมัยอย่างน้อย 2 ปี/ครั้ง

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในคลินิกจิตเวชฉุกเฉิน และคลินิกฉุกเฉินในโรงพยาบาลทางกาย
2. ควรมีการวิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการสื่อสารกับผู้รับบริการกลุ่มอื่นที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะให้การพยาบาล

### เอกสารอ้างอิง

1. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, นาฏลดา น้าภา, อธิภา ธาณี, สุภาพร จันทร์สาม. การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2561;26(3):207-19.

2. กรมสุขภาพจิต. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: พรอสเพอรัสพลัส; 2563.
3. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, กลุ่มภารกิจการพยาบาล. สถิติผู้ป่วยปี 2567. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์; 2567.
4. Du M, Wang X, Yin S, Shu W, Hao R, Zhao S, et al. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;4:CD009922.
5. Aydin Er R, Ersoy N. Ethical problems experienced by nurses who work in psychiatry clinics in Turkey. *J Psychiatr Nurs.* 2017;8(2):77-85. doi:10.14744/phd.2017.97720
6. กฤตยา แสงวงเจริญ, ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์, เอื้อมพร ทองกระจาย. ผู้ป่วยจิตเวชตื่นกลัวต่อการถูกผูกมัดเมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล: บทบาทและการจัดการทางการพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.* 2563;38(3):6-13.
7. อรัญญา ชาวลิต. จริยธรรมในการสื่อสาร: กลไกการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับพยาบาลในยุคดิจิทัล. ใน: การประชุมวิชาการประจำปีด้านจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล ครบรอบ 34 ปี สภาการพยาบาล; 4-6 กันยายน 2562; นนทบุรี. นนทบุรี; 2562.
8. บุญพา ณ นคร, ต้นติมา ดวงโยธา, กริณี สังข์ประคอง, ปลดา เหมโลหะ, ถนอมศรี ศรีศิริรินทร์, สมสุข สมมะลวน. การทดสอบแนวปฏิบัติทางจริยธรรมสำหรับพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว: การศึกษานำร่อง. *วารสารสภาการพยาบาล.* 2566;38(3):147-59. doi:10.60099/jtnmc.v38i03.261884
9. ยงยุทธ วงศ์ภิมุขานติ. สร้างสุขด้วยสติในองค์กร (Mindfulness in Organization: MIO). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิ่ง; 2560.
10. ถวิล อรัญเวศ. คิดดี พูดดี ทำดี พาชีวิรมีสุข. 2560. [http://thawin09.blogspot.com/2017/01/blog-post\\_347.html](http://thawin09.blogspot.com/2017/01/blog-post_347.html)
11. The Joint Commission. Quick safety 47: De-escalation in health care. Chicago (IL): The Joint Commission; 2019.
12. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Canberra: NHMRC; 1999. <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/images/a-guide-to-the-development-and-evaluation-of-clinical-practice-guidelines.pdf>
13. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยโปรแกรม G\*Power. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
14. เปรมฤดี ศรีวิชัย, ณัฐธิดา สุริโย. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสารต่อทักษะการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพะเยา. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย.* 2565;15(3):168-81.
15. Overall JE, Gorham DR. Brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep.* 1962;10:799-812. doi:10.2466/pr0.1962.10.3.799
16. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: วงศ์กมล โปรดักชั่น; 2543.

17. Saab MM, Kilty C, Meehan E, Goodwin J, Connaire S, Buckley C, et al. Peer group clinical supervision: Qualitative perspectives from nurse supervisors, managers, and supervisors. *Collegian*. 2021;28(4):359-68. doi:10.1016/j.colegn.2020.11.004
18. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
19. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The overt aggression scale. *Am J Psychiatry*. 1986;143(1):35-39. doi:10.1176/ajp.143.1.35

## คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เกี่ยวกับการศึกษา การพยาบาล การสาธารณสุข และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อลงเผยแพร่ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจักรัตน์ โดยเรื่องที่ต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใดมาก่อน และจัดเตรียมรูปเล่มตามต้นฉบับ และหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. ระบุ ชื่อบทความ ชื่อ – นามสกุลจริงผู้นิพนธ์ ทุกคนรวมถึง สถานที่ปฏิบัติงานของผู้นิพนธ์ต้นฉบับอย่างชัดเจน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) และ e-mail address

2. บทความวิจัย และ บทความวิชาการ ต้องมีบทคัดย่อภาษาไทย และ บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ความยาวไม่เกิน 300 คำ

3. บทความมีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษขนาด A4 โดยบันทึกบทความในรูปแบบไฟล์ word นามสกุล .doc หรือ .docx พร้อมกับแนบไฟล์ pdf. เพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสาร ฯ และสามารถส่งวารสารได้ที่ <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jckr/index>

4. การอ้างอิงวารสารในเนื้อหาและท้ายบท ใช้การอ้างอิงแบบ Vancouver Style

5. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืนผู้นิพนธ์ต้นฉบับ

6. คำแนะนำในการเขียนและการพิมพ์

6.1 ขนาดและการตั้งค่าหน้ากระดาษ

ขนาดของกระดาษที่ใช้ในการพิมพ์กำหนดให้มีขนาดมาตรฐาน A4 โดยกำหนดการตั้งค่าหน้ากระดาษ ดังนี้

ริมขอบกระดาษด้านบน	1.5 นิ้ว	ริมขอบกระดาษด้านล่าง	1 นิ้ว
ริมขอบกระดาษด้านซ้าย	1.5 นิ้ว	ริมขอบกระดาษด้านขวา	1 นิ้ว

ระยะห่างระหว่างบรรทัด หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์ 8 point จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์

6.2 ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ความยาวโดยรวมของบทความไม่ควรเกิน 15 หน้ากระดาษ คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

6.3 รูปแบบในการพิมพ์

- ชื่อเรื่อง ภาษาไทย ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ (ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่) ขนาด 18 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)
- ชื่อผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง
- ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง
- ชื่อหน่วยงานของผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง

### บทคัดย่อ

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ข้อความบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point, กำหนดตรงกลาง, ตัวหนา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว (1 Tab)
- ผู้เขียนต้องตรวจสอบความถูกต้องทางไวยากรณ์และการใช้ภาษาของบทคัดย่อเอง

**คำสำคัญ** (Keyword) ให้พิมพ์ต่อจากส่วนของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 2-5 คำ ใช้ตัวอักษรภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point

### รายละเอียดบทความ

- หัวข้อใหญ่ ขนาด 16 point, กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา (ไม่ลำดับเลข)
- หัวข้อรอง ขนาด 16 point , กำหนดชิดซ้าย, ตัวหนา
- ตัวอักษร ขนาด 16 point, กำหนดชิดขอบ, ตัวธรรมดา
- ย่อหน้า 0.5 นิ้ว (1 Tab)

### ส่วนประกอบของประเภทบทความ

- บทความทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ, เนื้อหา, บทสรุป และเอกสารอ้างอิง
- กรณีศึกษา ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, วัตถุประสงค์ของการวิจัย, วิธีดำเนินการวิจัย บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

- บทความวิจัย ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา, วัตถุประสงค์ของการวิจัย, สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี), ขอบเขตการวิจัย (ถ้ามี ประกอบด้วย ขอบเขตด้านประชากร ขอบเขตด้านเนื้อหา ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่), กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี), วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วยหัวข้อย่อย ได้แก่ ชนิดของการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย, อภิปรายผลการวิจัย, ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี ในกรณีที่ต้องการเขียนกิตติกรรมประกาศเพื่อขอบคุณบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) และเอกสารอ้างอิง

### รูปภาพ ตาราง และ สมการ

การนำเสนอรูปภาพ และตาราง สามารถนำเสนอต่อจากข้อความที่กล่าวถึงหรืออาจนำเสนอภายหลังจากจบหัวข้อหรือนำเสนอในหน้าใหม่ ขนาดของรูปภาพและตารางไม่ควรเกินกรอบของการตั้งค่านำกระดาษที่กำหนดไว้ได้ภาพประกอบหรือตาราง ให้บอกแหล่งที่มาให้ชัดเจนและไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ ของผู้อื่น โดยพิมพ์ห่างจากขอบภาพประกอบหรือเส้นค้นใต้ตาราง 1 บรรทัด (ใช้ตัวอักษรขนาด 14 point, ตัวธรรมดา) ทั้งรูปภาพและตารางจะต้องมีคำอธิบายโดยคำอธิบายของรูปภาพให้พิมพ์ไว้ใต้รูปภาพและอยู่ชิดซ้ายของหน้ากระดาษ หากรูปภาพใดถูกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ให้มีการระบุคำอธิบายของแต่ละส่วนโดยอาศัยตัวอักษรภาษาไทยในวงเล็บเรียงตามลำดับเช่น (ก) และ (ข) โดยการเรียงลำดับรูปภาพและตารางให้แยกการเรียงลำดับออกจากกัน ตารางข้อมูลที่นำลงตีพิมพ์ ต้องพิมพ์

ด้วย Word เพื่อความคมชัดของตาราง โดยชื่อหัว ตารางที่ ตัวหนา และชื่อตารางใช้ตัวอักษร ขนาด 16 point, ตัวธรรมดา เนื้อหาในตารางใช้ตัวอักษร ขนาด 14 point, ตัวธรรมดา

การเขียนสมการให้เขียนไว้กลางคอลัมน์และมีการระบุลำดับของสมการโดยใช้ตัวเลขที่พิมพ์อยู่ในวงเล็บ เช่น (1), (2) เป็นต้น

การพิมพ์อ้างอิงที่แทรกในเนื้อหาของบทความ

- ในกรณีที่มีการอ้างอิงแทรกในเนื้อเรื่อง ให้ใช้การอ้างอิงในส่วนเนื้อเรื่องแบบการอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) โดยใช้ตัวเลขตามลำดับการอ้างอิงหลังชื่อผู้เขียน หรือหลังข้อความที่อ้างอิง แบบ Vancouver

- การอ้างอิงแทรกในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้หมายเลขที่สอดคล้องกับที่ได้อ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อหา

#### การพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

- เอกสารอ้างอิงทุกลำดับจะต้องมีการอ้างอิงหรือกล่าวถึงในบทความ และผู้เขียนต้องรับผิดชอบความถูกต้องของเอกสารที่นำมาอ้างอิง

- การอ้างอิงท้ายเล่มเป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของผลงานวิชาการ ภายใต้หัวข้อ เอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3, 4,..... ซึ่งตัวเลขต้อง สอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา

- การจัดพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง โดยให้จัดพิมพ์ตามรูปแบบการเขียนอ้างอิงแบบ Vancouver (รายละเอียดท้ายเอกสาร)

เมื่อกองบรรณาธิการวารสารวิชาการ ตอบรับบทความแล้วจะพิจารณาสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินคุณภาพของบทความ กรณีผลการประเมิน “ผ่านอย่างมีเงื่อนไข” ขอให้ผู้เขียนบทความแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วให้ส่งบทความฉบับแก้ไขจำนวน 1 ฉบับ พร้อมไฟล์ (Microsoft Word) ทั้งนี้ขอให้แนบบทความและผลการประเมินฉบับเดิมกลับมายังกองบรรณาธิการ เพื่อจัดส่งให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาประเมินคุณภาพบทความอีกครั้ง

บทความที่ผ่านการประเมินและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจความถูกต้องของการใช้ภาษาและการเขียนรายการอ้างอิงหลังจากนั้นจะส่งให้ผู้เขียนแก้ไขให้ถูกต้อง จึงจะสามารถตีพิมพ์ลงในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

#### ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. วิจารย์ พานิช. การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: ส. เจริญการพิมพ์; 2556.
2. ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข, ศุภรีใจ เจริญสุข. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่1 (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก, 2556.
3. กิรดา ไกรนุวัตร และรักชนก คชไกร. (บรรณาธิการ). การพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ:โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
4. ประสงค์ ตูจันดา. บทนำและประวัติทางการแพทย์เกี่ยวกับทารกแรกเกิด. ใน: ประพุทธ ศิริบุญย์ อรุณพล บุญประกอบ. (บรรณาธิการ). ทารกแรกเกิด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533. หน้า 1-6.

5. Rosdahl CB. Textbook of basic nursing 11th ed. China: Wolter Kluwer; 2017.
6. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, (editors). The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002; 93-113.
7. กาญจนนา ใจเย็น. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
8. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic American [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002
9. สาคร อินโทโล่. การดูแลผู้สูงอายุไตวายระยะสุดท้าย: บทบาททำทนายพยาบาลชุมชนในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารสภาการพยาบาล 2563;35(2):5-14.
10. นิชา เจริญศรี, วรลักษณ์ เลิศธรรม, บัณฑิต พรหมรักษา, ลำไย วงลคร, สุฐิตา เดนพรม, พรทิพย์ ปิ่นล่อ, และคนอื่น ๆ. สปีชีร์และการด้อยต้านจุลชีพของเชื้อ Enterococci ที่พบในสิ่งส่งตรวจจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2557;26:117-28.
11. Post JL, Deal B, Hermanns M. Implementation of a flipped classroom: Nursing students' Perspectives. J Nurs Educ Pract. 2015;5(6):25-30.
12. Wisting L, Bang L, Skrinvanrhaug T. Psychological barriers to optimal insulin therapy: More concerns in adolescent females than males. BMJ Open Diab Res Care 2016;23;4:1-7. doi:10.1136/bmjdr-2016-000203
13. Winston F, Kassam-Adams N, Vivarelli O'Neill, Ford J, Newman E, Baxt C, et al. Acute stress disorder symptoms in children and their parents after traffic injury. Pediatrics 2002;109:e90. doi:10.1542/peds.109.6.e90. PubMed PMID: 12042584.
14. สุภามาศ ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปี้ยชื่อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชบัณฑิตยสาร [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2557]; 20:97-110. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200>
15. Sengupta D, Chattopadhyay MK. Metabolism in bacteria at low temperature: a recent report. J Biosci. [online]. Jun 2013; 38(2): 409-12. [cited 2013 Aug 23] Available from: <http://www.ias.ac.in/jbiosci/jun2013/409.pdf>
16. สำนักงานสถิติแห่งชาติและยูนิเซฟ. ผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยปี 2555 [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2559 กรกฎาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: URL: [http://www.unicef.org/Thailand/tha/media\\_22564.htm](http://www.unicef.org/Thailand/tha/media_22564.htm)
17. World Health Organization. Health topics of breastfeeding [online]. 2016 [cited 2016 July 1]. Available from: URL: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>

**หมายเหตุ:** ในกรณีที่เอกสารอ้างอิงเป็นบทความวารสารซึ่งเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์ สามารถปรับลดรายละเอียดของรายการอ้างอิงให้สอดคล้องกับรูปแบบการอ้างอิงตามมาตรฐาน Vancouver โดยไม่จำเป็นต้องระบุคำว่า ออนไลน์ [online], สืบค้นเมื่อ [cite] และ เข้าถึงได้จาก [Available from] ทั้งนี้ให้ระบุที่อยู่เว็บไซต์ (URL) ที่ขึ้นต้นด้วย <http://> หรือ <https://> หรือหมายเลข DOI ของบทความ เพื่อใช้เป็นแหล่งอ้างอิงแทน

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช

1. ชื่อเรื่อง  
(ภาษาไทย).....  
(ภาษาอังกฤษ).....
2. ข้อมูลผู้เขียนทุกคน (ระบุชื่อ สกุล คำนำหน้านาม คุณวุฒิสูงสุดทางการศึกษา ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน)  
ชื่อ สกุล (ภาษาไทย).....  
ชื่อ สกุล (ภาษาอังกฤษ).....  
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ภาษาไทย).....  
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ หมายเลขโทรศัพท์ และ E-mail address.....
3. สิ่งที่ส่งมาด้วย  
ต้นฉบับที่ส่งเป็น file ข้อมูล .docx และหนังสือรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน หรือไม่ได้ส่งให้วารสารชื่ออื่นเพื่อตีพิมพ์

ลงชื่อ .....(เจ้าของผลงาน)  
( )

หมายเหตุ กรณีเป็นงานวิจัยที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ให้ระบุชื่อปริญญา สาขาเฉพาะทาง และชื่อมหาวิทยาลัยด้วย

ระยะขอบบน 1.5 นิ้ว หรือ 2.51

ระยะขอบซ้าย 1.5 นิ้ว  
หรือ 2.51 cm.

ระยะขอบขวา 1 นิ้ว  
หรือ 1.81 cm.

### องค์ประกอบบทความวิจัย

ชื่อเรื่องไทย ตรงกลาง ขนาด 18 point ตัวหนา

ชื่ออังกฤษ ตรงกลาง ขนาด 18 point ตัวหนา ตัวแรกเป็นตัวใหญ่ (Capitalize)

ชื่อภาษาไทยผู้แต่ง\*, ชื่อภาษาไทยผู้แต่ง\*  
ชื่อภาษาอังกฤษผู้แต่ง\*, ชื่อภาษาอังกฤษผู้แต่ง\*  
\*ชื่อภาษาไทยสถานที่ทำงาน  
\*ชื่อภาษาอังกฤษสถานที่ทำงาน

ขนาด 14 point ตรงกลาง ตัวบาง

Corresponding author: .....; Email: .....

Received: .....; Revised: .....; Accepted: .....

ขนาด 14 point ตรงกลาง

บทคัดย่อ (ตรงกลางตัวหนา ขนาด 14 point)

Spacing before 6

เคาะ 1 tab

ย่อหน้าที่ 1

ตัวอักษร ขนาด 14 point ตัวธรรมดา เนื้อหาไม่เกิน 300 คำ

ย่อหน้าที่ 2

Spacing before 6

คำสำคัญ: 3-5 คำ (ตัวอักษร ขนาด 14 point)

Abstract (ตรงกลางตัวหนา ขนาด 14 point)

ย่อหน้าที่ 1

ตัวอักษร ขนาด 14 point ตัวธรรมดา เนื้อหาไม่เกิน 300 คำ

ย่อหน้าที่ 2

Spacing before 6

Keyword: 3-5 คำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

ขอบเขตการวิจัย

เคาะ 1 tab

ขอบเขตด้านประชากร

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ขอบเขตด้านระยะเวลาและสถานที่

กรอบแนวคิดการวิจัย (ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย)

วิธีดำเนินการวิจัย

เคาะ 1 tab

ชนิดของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง  
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion criteria)  
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ } ค่า CVI/ IOC/ Cronbach ไม่ใส่ 0 หน้าทศนิยม เช่น .88

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (ระบุค่า normality test)

**ผลการวิจัย**

**1. ข้อมูลส่วนบุคคล**

บรรยายตาราง.....ดังแสดงในตารางที่....

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบ... } Spacing after 6

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	t-test	p-value
ตัวแปร				
ตัวแปร				

หัวตารางตัวเข้ม  
ขนาด 14 point  
รายละเอียดใน  
ตาราง ขนาด 14  
point

\* p < .05

- ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F-test, t-test, Chi-square, Coef.Std. Err ทศนิยม 2 ตำแหน่ง มี 0 หน้าทศนิยม
  - ค่า r, B, SE,  $\beta$ ,  $\chi^2$ , R<sup>2</sup> ทศนิยม 3 ตำแหน่ง ไม่มี 0 หน้าทศนิยม
  - p-value ในบทคัดย่อ ค่า **p-value** เขียนว่า p < .05
- ในตารางส่วนหัว เขียน p-value ระบุค่าจริง เช่น .015 แต่กรณีค่า p = .000 ให้เขียนว่า < .001  
ในการบรรยายให้ใช้ p = .015 แต่กรณีค่า p = .000 ให้เขียนว่า p < .001

**อภิปรายผลการวิจัย**

**ข้อเสนอแนะ**

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้  
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

**กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)**

**เอกสารอ้างอิง**



**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช**  
**99 หมู่ 3 ต. ลาดบัวขาว**  
**อ. บ้านโป่ง จ. ราชบุรี 70110**  
**โทรศัพท์ 032-330479-82**  
**โทรสาร 032-330483**  
**Website: [www.ckr.ac.th](http://www.ckr.ac.th)**

**โรงพยาบาล.พันธ์เพ็ญ 552/1 ถนนสุนทร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ สุรินทร์ 32000**