



รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ  
และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะของญาติ  
ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

THE CAUSAL MODEL AND THE EFFECT OF HEALTH EMPOWERMENT  
AND ENVIROMENTAL HEALTH LITERACY TRAINING PROGRAM

ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2565

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ  
และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติ  
ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์  
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ปีการศึกษา 2565  
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

THE CAUSAL MODEL AND THE EFFECT OF HEALTH EMPOWERMENT  
AND ENVIROMENTAL HEALTH LITERACY TRAINING PROGRAM  
ON CARING PARTICIPATION BEHAVIOR AND WELL- BEING  
OF BEDRIDDEN' S CAREGIVERS



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY  
(Applied Behavioral Sc.Research)

Behavioral Science Research Insitute, Srinakharinwirot University

2022

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญาานิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ  
และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติ

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ของ

ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญาานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง)

..... ประธาน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนทรภรณ์ มีพริ้ง)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นริสรา พึ่งโพธิ์สภ)

ชื่อเรื่อง	รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
ผู้วิจัย	ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2565
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ และขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่มีต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะเวลา ระยะเวลาที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จำนวน 200 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามจำนวน 11 ฉบับ และระยะเวลาที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 11 ฉบับเพื่อเก็บข้อมูล ใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างเชิงเส้นและการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมพหุตัวแปร ผลการวิจัยพบว่า แบบจำลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยตัวแปร ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรส่วนบุคคล ทรัพยากรบริบทสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ โดยมีค่าอิทธิพลเท่ากับ .64 .33 และ .15 ตามลำดับ ส่วนการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมพฤติกรรมการมีส่วนร่วม โดยมีค่าอิทธิพลเท่ากับ .86 และพฤติกรรมพฤติกรรมการมีส่วนร่วมมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ส่วนการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จะมีพฤติกรรมพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมร่วมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ด้านร่างกาย พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ด้านจิตใจและอารมณ์ และพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ด้านสังคม สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งสุขภาพของญาติผู้ดูแล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับประโยชน์สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านการรักษาพยาบาลนำไปใช้ในการเสริมสร้างพฤติกรรมการมีส่วนร่วม เพื่อให้ญาติป่วยได้ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และส่งผลดีต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมที่บ้าน และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม, พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล

Title	THE CAUSAL MODEL AND THE EFFECT OF HEALTH EMPOWERMENT AND ENVIROMENTAL HEALTH LITERACY TRAINING PROGRAM ON CARING PARTICIPATION BEHAVIOR AND WELL- BEING OF BEDRIDDEN' S CAREGIVERS
Author	CHUANCHOM PEACHPUNPISAL
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2022
Thesis Advisor	Associate Professor Dr. Ungsinun Intarakamhang

The objective of this study is to examine the causal relationship model and the effect size of all factors on the participating behavior of relatives who care for bedridden patients stuck at home in bed and studied the effectiveness of health empowerment and environmental health literacy programs of relatives who cared for these bedridden patients. The research was divided into two phases. In phase one, 200 samples were relatives who cared for bedridden patients and proportional sampling was employed. The data were collected using eleven questionnaires, and in the second phase, the samples were relatives caring for bedridden patients in the Mueang District sub-district of Chanthaburi. By randomly entering the experimental group and the control group, with a total of 30 people per group, using eleven questionnaires to collect data. The structural equation model (SEM) and MANCOVA were used in the data analysis of phase one. The results showed that the model created by the researcher was consistent with the empirical data. personal resources and social context resources had a direct influence on health empowerment. The influence values were .64, .33, and .15, respectively, had a direct influence on the behavioral participation. The influence value was .86 and the participatory behavior had a direct influence on the health of the caregivers of bedridden patients. As for the effectiveness of the health empowerment program and the knowledge of environmental health of the relatives caring for bedridden patients. It was found that relatives caring for bed-ridden patients who received health empowerment programs and their knowledge of environmental health of relatives and carers of bed-ridden patients There were behaviors, and behavioral participation, which consists of behavior to change environmental health care participant behavior, physical health care participant behavior, and the mental, emotional and social health care participation behavior were higher than before participating in the activities and higher than the control group In addition, the health of the relatives of caregivers higher than before participating in activities according to the program with a statistical significance at a .01 level. The results of this study may be useful for the benefit of those involved in the medical field, used to foster participatory behavior for sick relatives to take care of helping bedridden patients at home and had a positive effect on the home environment and that the bedridden home patients received proper care

Keyword : health empowerment, environmental health literacy, participation behavior

## กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง ที่กรุณาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท และให้การสนับสนุนในทุกด้าน ทั้งวิชาความรู้ กำลังใจและความเชื่อมั่นในตัวข้าพเจ้า ขอบพระคุณประธานและกรรมการสอบ และผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ได้แก่ ผศ.ดร. สุทธิภรณ์ มีพริ้ง ผศ.ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม ผศ.ดร.พรชัย จุลเมตต์ ผศ.ดร.สุदारัตน์ ตันติวิวัฒน์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา ดร.กมล อาจดี ดร.นวรรตน์ สุทธิพงษ์

ขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดามารดาและทุกคนในครอบครัวที่คอยให้ความช่วยเหลือ กำลังใจ และอยู่เคียงข้างผู้วิจัยมาโดยตลอดรวมทั้งขอบคุณพี่น้องและเพื่อนร่วมสถาบันฯ โดยเฉพาะเพื่อน ปรด เน้นวิจารย์หัส 59 ที่เป็นกำลังใจให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

ชวนชม พีชพันธ์ไพศาล

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญรูปภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย .....	7
ขอบเขตของการวิจัย .....	7
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
นิยามเชิงปฏิบัติการ .....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
1. สภาพปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	18
2. สุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง .....	22
3. พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล .....	28
4. งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพ .....	37
5. แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย.....	40
6. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม .....	68



7. โมเดลสมการโครงสร้างเชิงสาเหตุ .....	75
8. กรอบแนวคิดในการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย .....	75
สรุปความสัมพันธ์ของการวิจัยระยะที่ 1 และ 2 .....	77
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	79
วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ 1 .....	79
วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ 2 .....	98
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	119
ผลการวิจัยระยะที่ 1 .....	120
ผลการวิจัยระยะที่ 2 .....	133
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ .....	152
การวิจัยระยะที่ 1 .....	152
การวิจัยระยะที่ 2 .....	164
ข้อเสนอแนะการวิจัย .....	167
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป .....	168
ข้อจำกัดในการวิจัย .....	168
บรรณานุกรม .....	169
ภาคผนวก .....	176
ประวัติผู้เขียน .....	203

## สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงรายตำบลในเขตเมือง จังหวัดจันทบุรี .....	81
ตาราง 2 กิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง .....	110
ตาราง 3 สัญลักษณ์ อักษรย่อ ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปรผล .....	120
ตาราง 4 สัญลักษณ์ อักษรย่อ และตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปรผล .....	121
ตาราง 5 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง .....	121
ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแปร ความโด่ง ของตัวแปรทั้งหมด .....	124
ตาราง 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาแต่ละตัว.....	126
ตาราง 8 ค่าสถิติการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างของสุขภาวะของญาติผู้ดูแล (n = 250) .	128
ตาราง 9 ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานของอิทธิพลของตัวแปรในโมเดลสมการโครงสร้างของสุขภาวะ ของญาติผู้ดูแล .....	130
ตาราง 10 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง .....	134
ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแปร ค่าความโด่ง และการทดสอบการแจกแจง ของคะแนนพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ และสุขภาวะ จำแนกรายด้าน.....	137
ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างด้านต่างๆ ในตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ และสุขภาวะ จำแนกตามระยะการทดสอบ .....	139
ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยเปรียบเทียบผลใน ระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30) .....	142
ตาราง 14 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของความแปรปรวนของผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้าง พลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดย	

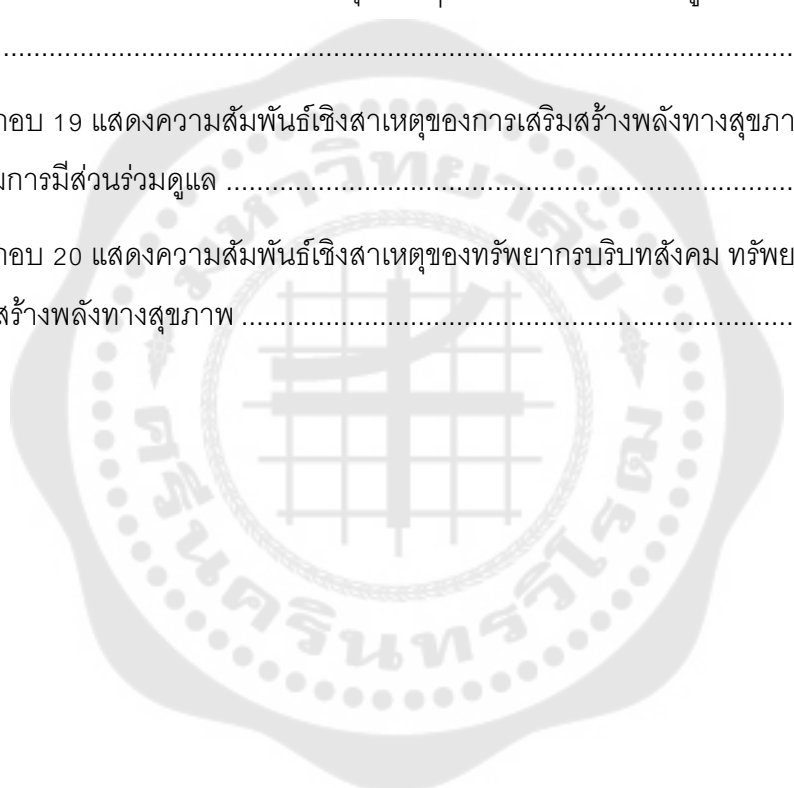
เปรียบเทียบผลในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=30).....	143
ตาราง 15 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของขนาดความสัมพันธ์และขนาดความแปรปรวนในการวัดซ้ำของผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยเปรียบเทียบผลในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n =30).....	144
ตาราง 16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรพหุนามของผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยเปรียบเทียบผลในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=30).....	145
ตาราง 17 การวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวของพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม .....	146
ตาราง 18 เปรียบเทียบความแปรปรวนตัวแปรเดียวของพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม .....	147
ตาราง 19 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลของกุ่มทดลอง (n=30) .....	148
ตาราง 20 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของการเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลของกุ่มควบคุม (n=30).....	149
ตาราง 21 ผลการประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมฯ.....	151

## สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 แสดงเส้นความสัมพันธ์ของพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลที่ส่งผลต่อสุขภาวะ .....	27
ภาพประกอบ 2 แสดงเส้นอิทธิพลของพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีต่อความสามารถในการดูแลตนเอง.....	27
ภาพประกอบ 3 แสดงเส้นอิทธิพลของเครือข่ายเพื่อนและการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ โดยครอบครัวที่มี ต่อสุขภาวะผู้สูงอายุและพฤติกรรมสุขภาพ .....	28
ภาพประกอบ 4 แสดงเส้นอิทธิพลของสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง .....	36
ภาพประกอบ 5 แสดงเส้นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ .....	36
ภาพประกอบ 6 กรอบแนวคิดการจัดกระทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ .....	42
ภาพประกอบ 7 กรอบแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ .....	43
ภาพประกอบ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทรัพยากรบุคคลและพฤติกรรม การแก้ปัญหา การดูแลและการป้องกันทางสุขภาพ .....	50
ภาพประกอบ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมและพฤติกรรม การดูแล สุขภาพและการป้องกันทางสุขภาพ .....	56
ภาพประกอบ 10 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม: บริบทการเรียนรู้.....	61
ภาพประกอบ 11 ประโยชน์ของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม .....	64
ภาพประกอบ 12 แสดงเส้นอิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม.....	68
ภาพประกอบ 13 แสดงแผนกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม.....	74
ภาพประกอบ 14 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรบริบทสังคม ของ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วม ดูแลตามสมมติฐานการวิจัย.....	75
ภาพประกอบ 15 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย .....	76

ภาพประกอบ 16 แบบจำลองโครงสร้างเชิงเหตุ พลังสุขภาพและความรอบรู้ ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม .....	129
ภาพประกอบ 17 ค่าเฉลี่ยของผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	150
ภาพประกอบ 18 ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแล ที่มีต่อสุขภาพวะญาติ ผู้ดูแล .....	157
ภาพประกอบ 19 แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ที่มีต่อ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแล .....	158
ภาพประกอบ 20 แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทรัพยากรบริบทสังคม ทรัพยากรบุคคล ที่มีต่อ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ .....	159



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ที่มาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เป็นผู้ที่มีสภาพร่างกายไม่แข็งแรงจนต้องใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียง โดยบางคนขยับตัวได้บ้าง แต่บางคนขยับตัวไม่ได้เลย ต้องอาศัยญาติผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ทุกอย่างให้ ซึ่งมีหลายสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนติดเตียงอยู่ตลอดเวลา เช่น อาการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต พาร์กินสัน สมองเสื่อมและจากการประคบอุบัติเหตุ ซึ่งการนอนอยู่บนเตียงเป็นระยะเวลาหลายๆ นั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้นจนเสียชีวิตได้และปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ก็คือ อาการแทรกซ้อนจากการติดเตียงในระบบทางเดินหายใจ การติดเตียงในระบบทางเดินปัสสาวะ การขาดสารอาหาร การเกิดแผลกดทับโดยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็น 1 ใน 6 โรคเรื้อรังที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง (กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากปัญหาของผู้ป่วยที่นอนติดเตียงอยู่ที่บ้านไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแลในครอบครัว ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการช่วยดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อีกทั้งการทำหน้าที่ดังกล่าวนี้ยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (พิสมัย สุระกาญจน์ และ ดารุณี จงอุดมการณ์, 2562)

การทำหน้าที่ของญาติผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นภาระงานที่หนักมาก เนื่องจากผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือบางรายช่วยเหลือตนเองได้เพียงเล็กน้อย ดังนั้นการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงต้องอาศัยญาติผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยทำให้ทั้งการเตรียมอาหาร จัดยา บ้วนอาหาร และยา อาบน้ำ สระผม ใส่เสื้อผ้า เข้าห้องน้ำ ถ่ายอุจจาระปัสสาวะ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเฉพาะโรคในผู้ป่วยแต่ละรายร่วมด้วย จะเห็นได้ว่าภาระหน้าที่ของญาติผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในระยะยาวสามารถส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล โดยทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพและเกิดความเจ็บป่วยตามมา เพราะการทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาในการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองน้อยลงหรือไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง (ณัชศฟ้า หลงผาสุก และคณะ, 2561) และจากการศึกษาของสุริยา ฟองเกิด, สุนันท์ สิ้นชื่อสัตย์กุล และสีปัตระกุล ตันตลานุกร (2563) พบว่าผลกระทบจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง คือ ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ ความเหนื่อยล้าในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง

โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อญาติผู้ดูแลขาดความพร้อมในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย คือ ขาดความรู้และทักษะในการดูแลที่ถูกต้องและการขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยผ่อนแรงในการดูแลผู้ป่วยจะยิ่งส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย อ่อนล้า ท้อแท้ และมีความเครียดอยู่ในระดับสูง (ชลกากร ทรงศรี และณรงค์ จันทรแก้ว, 2562) โดยมีรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าญาติผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชนยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560) ซึ่งภาระงานการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ช่วยตนเองไม่ได้ และเป็นอาการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ญาติผู้ดูแลจึงต้องเผชิญกับภาระงานที่หนักยิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และจากภาระงานที่หนักนี้ ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องใช้พลังงานและพลังใจอย่างมากในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงอย่างยาวนาน

ในปัจจุบันอัตราผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็น 3,123 คน (กองโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข, 2563) และคาดว่าในปี 2568 จะมีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงและต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลเพิ่มขึ้นเป็น 1 ล้านคนของจำนวนประชากรทั้งประเทศ (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข, 2560) เช่นเดียวกับในเขตเมืองของจังหวัดจันทบุรีที่มีจำนวนติดบ้านติดเตียงมากที่สุดและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ. 2562- พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 195, 230 และ 245 คน (งานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี, 2564) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงนี้เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในระยะยาว โดยส่งผลกระทบต่อทั้งญาติผู้ดูแล ครอบครัว สังคมและ ประเทศชาติ เพราะภาระการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นปัญหาใหญ่ของญาติผู้ดูแลในแต่ละครอบครัวในการแบกรับปัญหาและแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องไปทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ขาดผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแล (caregiver) ในระยะยาว

จากปัญหาผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการช่วยทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันตลอดเวลา รวมทั้งผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องนอนติดเตียงเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนได้โดยง่าย เช่น การติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนจนทำให้มีการติดเชื้อขึ้นในร่างกายนั้น ก็คือ การที่ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และขาดการ

ดูแลจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกหลักอนามัย เพราะสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของผู้ป่วยติดเชื้อจนอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงขึ้น อีกทั้งสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมยังเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเชื้อ (สุวรรณ วุฒิธรณฤทธิ และ วลัยนารี พรหมลา (2564) ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเชื้อ (ที่ครบถ้วนสมบูรณ์นั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดูแลอาการผู้ป่วยติดบ้านติดเชื้อร่วมกับการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มีการส่งเสริมที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเชื้อในระดับชุมชน โดยสนับสนุนให้มีการนำญาติผู้ดูแลและครอบครัว มาสร้างความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการช่วยดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะและมีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเชื้อที่อยู่ที่บ้าน (กาญจนา จันทร์ไทย, 2560) ซึ่งจากผลการวิจัยโดยบาร์ตเรย์และวิลเลียม (Bradley and Williams, 2018) พบว่าการจัดการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยสามารถช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยติดบ้านติดเชื้อที่อยู่ที่บ้านและช่วยชะลอการลุกลามของโรคได้ เช่นเดียวกับรายงานของ Teasell & Dittmer (2014) พบว่าปัญหาแทรกซ้อนที่พบบ่อยในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเชื้อในขณะอยู่ที่บ้าน คือ การเกิดแผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ท้องผูก ข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและภาวะซึมเศร้า โดยปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวนี้มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีการสะสมและแพร่กระจายเชื้อโรคได้ง่ายจึงเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่นเดียวกับ Forbes (2009) ที่ได้กล่าวว่าการจัดการเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกต้อง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเชื้อมีโอกาสได้เกิดการติดเชื้อในระบบต่างๆ ของร่างกายจนอาจเป็นเหตุให้เสียชีวิตได้

ปัญหาความไม่พร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเดียงนั้นเป็นผลจากการที่ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับหลักการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเชื้อ และไม่มีการดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกหลักอนามัย ซึ่งการดูแลสุขภาพแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเชื้อเป็นสิ่งสำคัญ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาการติดเชื้อขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมเกี่ยวกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy) จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและสามารถจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกสุขลักษณะจะช่วยให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเชื้อปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และช่วยป้องกันการติดเชื้อในระบบต่างๆ เพิ่มขึ้นและสามารถลดอาการรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งจากรายงานวิจัยของ อภิรดี ไชนิรัตน์, วิชาพรพรณ วิโรจน์รัตน์, คณินนิต พงศ์ถาวรมล และ ศรียา मन ตรียพัฒน์ (2563) ที่



ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุ พบว่าสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสามารถร่วมทำนายนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 42.5 และช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงวัยได้อย่างมีสุขภาพะ

จากภาระการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการช่วยทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันตลอดเวลา ซึ่งการทำหน้าที่ดังกล่าวนี้ญาติผู้ดูแลต้องใช้ทั้งแรงกายแรงใจอย่างมากทั้งการดูแลช่วยเหลือและการเผชิญกับปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ญาติผู้ดูแลควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดพลังแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วย โดยจากการศึกษาของ ณิชารีย์ ใจคาวัง, วรดา จักษุพรรณ, วลีพร น้อยเจือ, สกาวเดือน ชุ่มชุมภู และอินธิรา ตระกูลฤกษ์ (2562). พบว่าความเครียดของผู้ดูแลหลักคือ มีความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียด รู้สึกว่าตนเองต้องมีภาระรับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง การเสริมสร้างพลังกายพลังใจจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดย Sakanah and Fujita (2017) ได้กล่าวว่าพลังอำนาจของผู้ดูแล เป็นทั้งพลังใจ พลังกาย เจตคติด้านบวกที่จะทำให้เกิดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองและช่วยสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย สำหรับประเทศไทยได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยธราทิพย์ ไชยวุธ, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี (2563) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ จะมีความมั่นใจ สามารถปฏิบัติการจัดทำกับผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างถูกต้อง และกฤษญา ลอยหาและคณะ (2560) ได้ศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพบทบาทของนักจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลนุเปือย อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นการกระตุ้นการแสดงศักยภาพในบทบาทของการเป็นนักจัดการสุขภาพ มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหมู่บ้านหรือตำบลมีการจัดการสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลอง และจากการศึกษาของวิภา เพ็งเส็งยม, พัชรภรณ์ ไชยสังข์, วาสนา พงษ์สุภะ และ ศิริรัตน์ จุมจะนะ (2560) ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่เข้าร่วมการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีคะแนนการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและคะแนนพลังอำนาจสูงกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

จากปัญหาภาระการทำหน้าที่หนักในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจตามที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจึงจำเป็นต้องใช้พลังทั้งกายแรงใจอย่างมากและควรได้รับการสนับสนุนให้เกิดการสร้างพลังในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ(Health Empowerment) ของ เชียร์เธอร์ และคณะ (Shearer; et al. 2010) เป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพกับญาติผู้ดูแล เพื่อช่วยเหลือญาติผู้ดูแลมีพลังกายพลังใจในขณะปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยทฤษฎีนี้เสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เชื่อว่าแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมสามารถนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ และนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีได้

นอกจากทฤษฎีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพแล้วยังมีตัวแปรเพิ่มเติมที่ผู้วิจัยสนใจซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง คือ การจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม จึงมีการนำแนวคิด

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy) ของ ฟินน์ และ โอ ฟอลลอน (Finn & O' Fallon. 2018) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ โดยแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอธิบายว่าการดูแลสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย โดยมีความเชื่อมโยงกับลักษณะสังคมวัฒนธรรมในชุมชนนั้นๆ ซึ่งผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงนั้นมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เสียชีวิตได้จากสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมคือ การติดเชื้อในร่างกายโดยจากการศึกษาของ McLain; et al. (2018) ที่พบว่าการฝึกทักษะเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของ Intrakamhang; et al. (2020) พบว่าความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลทางตรงต่อความตระหนักรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อม ของผู้สูงอายุและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความตระหนักรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการสภาพแวดล้อมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง นอกจากนี้ยังมีการวิจัยเชิงคุณภาพของณิสาชล นาคกุล (2561) พบว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงต้องการให้มีการพัฒนา คือ การพัฒนาศักยภาพทีมดูแล ทีมติดตามเยี่ยม การมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเอง

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาผลงานวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาเกี่ยวกับพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ทฤษฎีที่มีถูกนำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยส่วนใหญ่

เป็นทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) เช่น การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุ (วิภา เพ็งแสงเยี่ยม พิศราภรณ์ ไชยสังข์, วาสนา พงษ์สุภชะ และ ศิริรัตน์ จุมจะนะ, 2560) การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง (ณิสาชล นาคกุล, 2561) ซึ่งจากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่างานวิจัยที่ผ่านมา เป็นศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ช่วยในการเสริมพลังอำนาจให้แก่ญาติผู้ดูแล และลักษณะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะมุ่งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาในประเด็นที่แตกต่างไปจากงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้ คือ 1) งานวิจัยนี้ ได้นำทฤษฎีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al. (2010) ซึ่งเป็นทฤษฎีใหม่ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นการต่อยอดทฤษฎีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al. (2010) ให้มีความชัดเจนสมบูรณ์และเกิดองค์ความรู้ใหม่ในการสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างปลอดภัยในระยะยาว ซึ่งเป็นประโยชน์โดยตรงแก่ญาติผู้ดูแล 2) การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบผสมวิธี โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพื่อนำไปสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และมีการนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และมีการวัดประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ซึ่งยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน และ 3) กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศที่มีจำนวนมากกว่าวัยอื่น ทำให้ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง และสามารถเป็นต้นแบบให้บุคลากรทางสุขภาพนำไปใช้ขยายผลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจนและสมบูรณ์มากขึ้น

### ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรบริบทสังคมของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

## ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาที่มีการบูรณาการของศาสตร์ต่างๆ ได้แก่ จิตวิทยา สังคมวิทยา และการสาธารณสุข โดยผลการวิจัยครั้งนี้นำมาซึ่งประโยชน์ ดังนี้

1. ได้องค์ความรู้ใหม่ที่มีการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างสมบูรณ์มากขึ้น
2. ได้โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งโปรแกรมฯ นี้ มีประโยชน์โดยตรงต่อญาติผู้ดูแล คือ ช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างเหมาะสม ช่วยสร้างความมั่นใจและลดภาวะเครียดแก่ญาติผู้ดูแล และส่งผลทางอ้อมต่อผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง คือ ช่วยให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและช่วยลดอาการรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะยาวได้

## ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยได้แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 1 เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ค้นหาขนาดและทิศทางอิทธิพลด้านทรัพยากรบุคคล บริบททางสังคมของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง โดยประชากรที่ศึกษา คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี เนื่องจากเขตอำเภอเมืองมีจำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมากที่สุดของจังหวัดจันทบุรี และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2562- พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 195, 230 และ 245 คน ตามลำดับ (งานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี, 2564)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยในเขตอำเภอเมือง ประกอบด้วย 11 ตำบล ซึ่งสามารถคำนวณประชากรได้จาก

อัตราเฉลี่ยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในแต่ละครอบครัว ๆ ละ 1-2 คน (พิสมัย และดารุณี, 2562) ดังนั้น จะได้จำนวนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงทั้งหมด 355 คน

### กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการสร้างเสริมพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) เพื่อทดสอบตัวแปรที่ต้องการศึกษาว่ามีโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐานหรือไม่ ซึ่งในการวิเคราะห์ด้วยโมเดลสมการเชิงโครงสร้าง มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามข้อตกลงเบื้องต้นที่ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้จะต้องมีขนาดใหญ่พอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยกำหนดขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากรต่อตัวแปรสังเกตควรมีอัตราส่วน 10 - 20 ต่อ 1 (Randall & Richard, 2004 : 61 - 78) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 19 ตัวแปร ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างควรอยู่ระหว่าง 190-350 คน และตามแนวคิดของ Kenny (2011) และ Tabachnic (2007) ได้แนะนำว่าในการวิเคราะห์ด้วย SEM ควรจะมีขนาดตัวอย่าง 200 คน ดังนั้นจากข้อมูลของสำนักงานสังคมสงเคราะห์จังหวัดจันทบุรี พบว่า ในเขตเมืองมีจำนวนประชากรญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจากทุกตำบลในเขตเมืองรวม 11 ตำบล รวม 355 คน (ข้อมูลจากสำนักงานสังคมสงเคราะห์จังหวัดจันทบุรี, 2564) ดังนั้นในการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 200 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 25% ทำให้ได้ตัวอย่าง 250 คน มีความน่าเชื่อถือและสอดคล้องกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้และใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยมีตำบลเป็นตัวแบ่งชั้นภูมิให้มีตัวอย่างครบทั้ง 11 ตำบล โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคุณลักษณะตาม เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- เพศชายหรือเพศหญิง อายุ 20 ปี ขึ้นไป
- เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วย
- สามารถอ่าน / เขียนภาษาไทยได้
- ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
- มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 2 เดือนขึ้นไป อ้างอิงจากระยะเวลาที่เริ่มยอมรับ

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบทบาท ( Jeali. et. al. 2021)

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- เมื่อญาติผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงต้องการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม
- เมื่อญาติผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้

การวิจัยในระยะที่ 2 เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งกลุ่มประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 250 คน โดยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ที่พบว่าญาติผู้ดูแลของแต่ละตำบลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยของระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 50 รวมจำนวน 60 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จับฉลากทั้งตำบลเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่าๆกันพร้อมสอบถามความสมัครใจที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดทั้งโปรแกรมจนได้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มละ 30 คน

### ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

#### 1. ตัวแปรแฝงภายนอก ประกอบด้วย

- 1.1 ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ทรัพยากรส่วนบุคคล วัดจากตัวแปรสังเกต ได้แก่ ความเข้มแข็งทางจิตใจ
- 1.2 ปัจจัยทางสังคม คือ ทรัพยากรบริบทสังคม วัดจากตัวแปรสังเกต 2 ตัว ได้แก่ การใช้บริการทางสังคม และ การรับรู้เครือข่ายทางสังคม

#### 2. ตัวแปรแฝงภายใน ประกอบด้วย

- 2.1 การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ วัดจากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ 1. การยอมรับตนเอง 2. ความเจริญงอกงามในตน และ 3. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต
- 2.2 ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม วัดจากตัวแปรสังเกต 4 ตัว ได้แก่ 1. การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 2. การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 3. การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 4. การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม
- 2.3 ตัวแปรผล
  - 2.3.1 พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง วัดจากตัวแปรสังเกต 2 ตัว ได้แก่ 1. พฤติกรรมร่วมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม 2. พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ

2.3.2 สุขภาวะของญาติผู้ดูแล วัดจากตัวแปรสังเกต 3 ตัว ได้แก่ 1. สุขภาวะของญาติผู้ดูแลด้านร่างกาย 2. สุขภาวะของญาติผู้ดูแลด้านจิต และ 3. สุขภาวะของญาติผู้ดูแลด้านสังคม

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง หมายถึง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันที่ย่างๆ ได้ เช่น การรับประทานอาหาร แต่ไม่สามารถลุกเดินไปในที่ต่างๆ ได้ด้วยตนเองจึงต้องอยู่ติดบ้าน และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทั้งโดยการสืบเชื้อสายทางสายเลือด ได้แก่ บิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง และไม่ได้สืบเชื้อสายทางเลือด ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ เช่น ป้า น้า อา และหลานของผู้ป่วย ซึ่งมีหน้าที่ในการรับผิดชอบปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันให้แก่ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ได้แก่ การจัดเตรียมและดูแลให้รับประทานอาหาร ขับถ่าย ทำความสะอาดร่างกาย รับประทานยา สังเกตอาการข้างเคียงจากยา ส่งเสริมการออกกำลังกาย รวมทั้งเป็นตัวแทนผู้สูงอายุในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทีมสุขภาพและการพาผู้ป่วยไปสถานที่ต่างๆ เช่น ไปพบแพทย์ ไปพักผ่อน เป็นต้น

ญาติผู้ดูแลหลัก หมายถึง บุคคลที่รับผิดชอบหลักของครอบครัวในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเตรียมอาหาร ทำความสะอาดร่างกาย ใส่เสื้อผ้า จัดและให้รับประทานยา เป็นต้น (วารุณี มีเจริญ, 2557)

วัยผู้ใหญ่ หมายถึง บุคคลที่มีช่วงอายุ 20-59 ปี (อัจจรา วรณนันทน์, 2560)

อนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ญาติผู้ดูแลเป็นผู้จัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งประกอบด้วยการจัดบ้านให้สะอาด เป็นระเบียบ จัดการน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด ปลอดภัย รวมทั้งการกำจัดขยะมูลฝอย และสิ่งปฏิกูลต่างๆ ที่ถูกวิธีด้วยการคัดแยกขยะก่อนนำไปทิ้ง

### นิยามเชิงปฏิบัติการ

สุขภาวะญาติผู้ดูแล หมายถึง การมีสุขภาพดีของญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข รวมทั้งสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้

ในการประเมินสุขภาวะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงนั้น ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินสุขภาวะของบุญช่วย ศิริเลี้ยง (2561) ซึ่งเป็นสุขภาวะโดยรวมประกอบด้วยการประเมินสุขภาวะร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยลักษณะแบบประเมินเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีปฏิบัติประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อยมาก (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ เลย (1 คะแนน) ส่วนข้อคำถามทางลบค่าคะแนนความคิดเห็นจะตรงข้ามกัน ซึ่งผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาวะดีกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแล ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงร่วมกัน 2 ประการ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วยให้ถูกสุขลักษณะ และ 2) การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

1) พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกบ้านให้ถูกสุขลักษณะ ซึ่งประกอบด้วยการทำงานสะอาด บ้านอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ การจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ ปลอดภัย การกำจัดขยะอย่างถูกวิธี และการป้องกันสัตว์นำโรคต่างๆ

ในการประเมินพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัด โดยปรับปรุงจากแบบวัดการจัดการสิ่งแวดล้อมของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข (2560) และปรับแก้ข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ สำหรับข้อคำถามทางบวกจะมีระดับคะแนนของคำตอบ คือ ปฏิบัติประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อยมาก (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ เลย (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามทางลบ ค่าคะแนนของคำตอบจะเป็นตรงข้ามกัน และผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมดีกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

2) พฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วย หมายถึง ญาติผู้ดูแลกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและได้รับความสุขสบาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การจัดเตรียมอาหาร ดูแลให้รับประทานอาหาร ดูแลความสะอาดร่างกาย การจัดเตรียมและรับประทานยา การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อน การดูแลด้านจิตใจ เป็นความเข้าใจ สนใจ เอาใจใส่สภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีเปลี่ยนแปลง ในขณะที่เจ็บป่วย จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบาย



ความในใจ ความกลัว ความกังวลที่กำลังเผชิญอยู่ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมต่างๆ ตามความเชื่อของผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของหลักศาสนาหรือประเพณีต่างๆ และการดูแลด้านสังคม โดยญาติผู้ดูแลให้การสนับสนุนอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว และช่วยพาไปพบปะเพื่อนฝูง

ในการประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแนวคิดของ Ferrell and Coyle (2006) และองค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ซึ่งมีการพัฒนาเป็นแบบวัดโดยจินตนา เทพสาว (2561) ลักษณะข้อคำถามประกอบด้วยการการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย 5 ข้อ การดูแลด้านจิตใจ และอารมณ์ 5 ข้อ การดูแลด้านสังคม 5 ข้อ โดยเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ สำหรับข้อคำถามทางบวกจะมีระดับคะแนนของคำตอบ คือ ปฏิบัติประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อยมาก (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ เลย (1 คะแนน) ในข้อคำถามทางลบ ค่าคะแนนของคำตอบจะเป็นตรงข้ามกัน และผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

ทรัพยากรส่วนบุคคล หมายถึง ความสามารถของญาติผู้ดูแลที่แสดงออกถึงศักยภาพซึ่งเป็นจุดแข็งของตน โดยเป็นความสามารถของบุคคลทางด้านจิตใจและอารมณ์ในการส่งเสริมความ สามารถด้านร่างกายให้แสดงพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมต่างๆ โดยวัดจากตัวแปรสังเกต คือ ความ

เข้มแข็งทางจิตใจ หมายถึง ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการยอมรับและสร้างพลังใจช่วยให้ตนเองสามารถผ่านพ้นปัญหาและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต

ในการประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจ ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ของ Shearer; Fleury & Belyea (2010) ร่วมกับการใช้แบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตของกระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, (2562) เพื่อให้เหมาะสมกับคนไทย โดยแบบประเมินประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความทนทานทางอารมณ์ กำลังใจหรือพลังใจ และการต่อสู้เอาชนะต่อปัญหาที่เผชิญ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อยมาก (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ เลย (1 คะแนน)

ทรัพยากรบริบทสังคม หมายถึง การรับรู้ของญาติผู้ดูแลที่มีต่อการสนับสนุนของแหล่งบริการสุขภาพในชุมชนหรือสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้ไปขอรับการสนับสนุนหรือให้ความช่วยเหลือ เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ป่วย โดยวัดจากตัวแปรสังเกต 2 ด้าน คือ

1) การใช้บริการทางสังคม หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลมีการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพในสังคมหรือแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่อยู่ใกล้บ้าน

ในการประเมินการใช้บริการทางสังคม ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินการใช้บริการทางสังคมตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al, (2010) ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยข้อคำถามทางบวกจะมีระดับความคิดเห็นตั้งแต่ ปฏิบัติประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อยมาก (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ เลย (1 คะแนน) ซึ่งข้อคำถามทางบวกจะมีค่าคะแนนความคิดเห็นเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามทางลบค่าคะแนนความคิดเห็นจะตรงข้ามกัน ซึ่งผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการใช้บริการทางสังคมมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

2) การรับรู้เครือข่ายทางสังคม หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ามีหน่วยงานหรือบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่พร้อมจะสนับสนุนและให้การช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพเมื่อร้องขอหรือเข้าไปรับบริการ เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง บุคคลในครอบครัวและชุมชนได้

ในการประเมินการรับรู้เครือข่ายทางสังคม ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินตามแนวคิดทฤษฎี เสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al, (2010) ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยข้อคำถามทางบวกจะมีระดับความคิดเห็นตั้งแต่ ปฏิบัติประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อยมาก (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ เลย (1 คะแนน) ซึ่งข้อคำถามทางบวกจะมีค่าคะแนนความคิดเห็นเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามทางลบ ค่าคะแนนความคิดเห็นจะตรงข้ามกัน ซึ่งผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่รับรู้ว่ามีเครือข่ายทางสังคมมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ Shearer; et al. (2010) ได้ให้ความหมายเอาไว้ว่า หมายถึง วิธีการหรือการกระทำใดๆ ที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจมีกำลังใจในการแก้ปัญหาสามารถตัดสินใจและดึงความสามารถที่ตนเองมีออกมาใช้ในการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น รวมทั้งมี

ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงให้ปลอดภัย จากอาการแทรกซ้อน โดยสามารถประเมินได้จากตัวแปรสังเกต 3 ด้าน ดังนี้

1) ความเจริญงอกงามในตน หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกในการพัฒนา ตนเองอยู่เรื่อยๆ โดยมองว่าตนเองสามารถเติบโตได้ มีการเปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ อยู่เสมอ ตระหนักในศักยภาพของผู้อื่น พร้อมให้มีการปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองตลอดเวลา เพื่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่แสดงว่าตนเองมีความรู้ มีประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น และ พยายามพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของตนเอง เพื่อเข้าสู่เป้าหมายใหม่

2) การยอมรับตนเอง หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเอง มีการ ยอมรับมุมมองต่างๆ ที่หลากหลายทั้งลักษณะที่ดีและไม่ดีเกี่ยวกับชีวิตในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งการ ยอมรับตนเองจะเกี่ยวข้องกับระยะเวลาของชีวิตที่ผ่านมา ดังนั้นการที่เรามีความรู้สึกเชิงบวกกับ ตนเองจะช่วยให้การทำหน้าที่ของจิตใจในด้านบวกเป็นไปอย่างเหมาะสม โดยบุคคลที่มีการ ยอมรับตนเองสูงจะเป็นผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับทุกส่วนของตัวเองได้ทั้งด้านดีและไม่ดี

3) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลมีการตั้งเป้าหมายในชีวิตทั้ง ในอดีตและปัจจุบัน และรู้สึกว่าเป้าหมายนั้นมีทิศทางมีความหมาย ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายในการใช้ ชีวิตของตนเองให้ไปสู่ความสำเร็จในจุดมุ่งหมายนั้นๆ ได้ ดังนั้นบุคคลที่มีเป้าหมายจะมีความ ตั้งใจและรับรู้ชีวิตนั้นมีความหมาย จึงมีการดำเนินชีวิตที่ชัดเจน โดยเห็นว่าบุคคลที่มีความคิด ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตต่ำ จะมีความรู้สึกว่าชีวิตนั้นไม่มีความหมายหรือมีเป้าหมายเพียง เล็กน้อยและไม่ทราบว่าจะไป สู่เป้าหมายนั้นได้อย่างไร

ในการประเมินความเจริญงอกงามในตน การยอมรับตนเอง และ การมี จุดมุ่งหมายในชีวิต โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินของกมล อาจดี (2563) ซึ่งเป็นแบบประเมินตาม แนวคิดของ Shearer; et al, (2010), Ryff (1989) และ Ryff & Keyes (1995) โดยลักษณะข้อ คำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อยมาก (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ เลย (1 คะแนน) ซึ่งผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่ตอบได้ คะแนนต่ำกว่า

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health literacy) องค์การอนามัย โลก (WHO, 1998) ได้ให้ความหมายเอาไว้ว่า หมายถึง ความ สามารถของญาติผู้ดูแลในการใช้ ทักษะในการคิดวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสมเหตุสมผลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ สะอาด มีการจัดการน้ำ อากาศ ฝุ่นละออง เครื่องใช้ต่างๆ ภายในบ้านให้สะอาดถูกหลัก

สุขภาพลักษณะ มีความปลอดภัย รวมทั้งการกำจัดขยะอย่างถูกหลักอนามัย ปลอดภัยรวมทั้งมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพและดูแลสิ่งแวดล้อมให้ถูกหลักอนามัย เพื่อให้เกิดผลดีต่อต่อภาวะสุขภาพ โดยวัดจากองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1) การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

2) การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการตีความ อธิบายและพิจารณาข้อมูลต่างๆ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่แสวงหาหรือที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนและออกแบบดูแลสุขภาพของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้

3) การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการประเมินความถูกต้องเหมาะสมของข้อมูลหรือกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อเตรียมพร้อมที่จะไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

4) การตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการวิเคราะห์ถึงผลดีผลเสียของวิธีการในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ถูกหลักอนามัย และสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางหรือวิธีการที่เหมาะสม เพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ในการประเมินความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอังคินันท์ อินทรกำแหง ร่วมกับสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย (2562) มาประยุกต์ใช้ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 2) การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 3) การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 4) การตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีระดับความคิดเห็นตั้งแต่ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง โปรแกรมฯ ที่ประกอบด้วยกิจกรรมซึ่งช่วยในการสร้างพลังใจให้แก่ญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งประกอบด้วยกระทำการดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ 1)

ระยะก่อนการเรียนรู้ จริ่งมากที่สุดจริงมากจริงปานกลาง จริ่งน้อยจริงน้อยที่สุด เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลให้มีความเข้าใจในการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยการชี้แจงหรืออธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการเข้ากลุ่มโปรแกรมฯ กิจกรรมของโปรแกรมฯ ที่ต้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติมีอะไรบ้าง รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ 2) ระยะการจัดให้เกิดการเรียนรู้ เป็นระยะของการดำเนินการจัดกระทำทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับความรู้ มีความเข้าใจในการสร้างพลังทางสุขภาพ และมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะด้วยวิธีการสอนผ่านสื่อเทคโนโลยีที่เข้าใจง่ายพร้อมทั้งอธิบายวิธีการสืบค้นหาความรู้ผ่านสื่อเทคโนโลยี การหลังจากนั้นจะให้ญาติผู้ดูแลมีการฝึกปฏิบัติ การจัดกลุ่มให้ญาติผู้ดูแลได้ฝึกการสร้างพลังทางสุขภาพและฝึกการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดทักษะ เกิดประสบการณ์การเรียนรู้จากการกระทำจริงและสามารถนำไปใช้ได้จริงในการช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงโดยมีการมอบหมายให้ญาติผู้ดูแลได้ฝึกพัฒนาตนเองในการลงมือปฏิบัติการจัดสิ่งแวดล้อมและฝึกเพิ่มพลังกายพลังใจด้วยตนเอง และ 3) ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม เป็นการสรุปและประเมินผลหลังได้เข้าร่วมในโปรแกรมฯ โดยให้ญาติผู้ดูแลสรุปเนื้อหาการเรียนรู้ ประสบการณ์และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีการติดตามผลหลังการเรียนรู้ ซึ่งเป็นการติดตาม เพื่อประเมินความคงทนของโปรแกรมฯ ด้วยการวัดสุขภาวะของญาติผู้ดูแลหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 1 เดือน เพื่อประเมินว่าญาติผู้ดูแลยังคงมี พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะที่ดีหรือไม่ และนำข้อมูลนี้เป็นใช้เป็นแนวทางการพัฒนาในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สภาพปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. สุขภาวะของญาติผู้ดูแลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล
  - 3.1 พฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วย
  - 3.2 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม
  - 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล
4. งานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพ
5. แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย
  - 5.1 ทฤษฎีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ
    - 5.1.1 ทรัพยากรบุคคล
    - 5.1.2 ทรัพยากรบริบทสังคม
  - 5.2 แนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
6. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
7. โมเดลโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ
8. กรอบแนวคิดการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย

## 1. สภาพปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากภาระการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการช่วยทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันตลอดเวลา ซึ่งการทำหน้าที่ดังกล่าวนี้เป็นภาระที่หนัก ญาติผู้ดูแลต้องใช้ทั้งแรงกายแรงใจอย่างมากทั้งการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และในขณะที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียด จนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ญาติผู้ดูแลควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดพลังกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วย และจากปัญหาความไม่พร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงนั้นเป็นผลจากการที่ญาติผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับหลักการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงซึ่งต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของการจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมให้ถูกหลักอนามัย เพราะการจัดการดูแลสภาพแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาการติดเชื้อขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมเกี่ยวกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy) จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและสามารถจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกสุขลักษณะ และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและช่วยป้องกันการติดเชื้อในระบบต่างๆ เพิ่มขึ้นและสามารถลดอาการรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ได้

ญาติผู้ดูแล เป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ซึ่งมีหน้าที่หลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในครอบครัวที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยไม่คิดค่าตอบแทนใดๆ ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะ ดังนี้

1) บุคคลในครอบครัว หมายถึง บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน และญาติพี่น้อง

2) ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีโรคประจำตัวหรือความพิการซึ่งทำให้มีความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และส่งผลต่อสังคม ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือมีความต้องการการดูแลรักษาเฉพาะโรค ซึ่งความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

3) ลักษณะการดูแล เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยไม่รับค่าตอบแทน (ค่าจ้าง) หรือรางวัลใดๆ (Goldberg & Rickler, 2011)

ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจัดเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ควรได้รับการดูแลในระยะยาว (Long term care) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยนั้นอยู่ในวัยสูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง เพราะภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นอันตรายที่ทำให้เสียชีวิตได้ ถ้าไม่ได้รับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง การดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อย คือ การติดเชื้อที่ปอด การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Cao; et al., 2020) ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยป้องกันอันตรายดังกล่าวให้แก่ผู้ป่วยได้ โดยญาติผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งการทำหน้าที่นี้ย่อมส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล โดยผลกระทบที่สำคัญในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงนั้นส่วนใหญ่เป็นผลกระทบด้านลบมากกว่าด้านบวก โดยมีผลกระทบที่ชัดเจน 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผลกระทบด้านร่างกายและผลกระทบด้านสังคม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

### 1.1. ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological Problem)

ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จัดเป็นผู้ป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องเพราะภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นอันตรายถึงชีวิต อีกทั้งอาการป่วยของผู้ป่วยยังมีการเปลี่ยนแปลงและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา จนทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น ซึ่งจากปัญหาดังกล่าว ทำให้ญาติผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด ความทุกข์ เหนื่อยล้า ท้อแท้ เกิดสภาวะกดดัน และขาดการดูแลสุขภาพจิตใจที่เหมาะสม จนทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ตามมา ดังนั้นญาติผู้ดูแลต้องเสียสละ ทุ่มเททั้งกำลังกายกำลังใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้งญาติผู้ดูแลควรมีการจัดการกับปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด วิตกกังวล โดยการสนับสนุนให้ระบายความรู้สึก เช่น อารมณ์โกรธ รู้สึกผิด ความคับข้องใจ และควรส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลเห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งรับฟังและให้กำลังใจญาติผู้ดูแลได้ทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง (กัญญาณัฐ สุภาพร, 2563) ซึ่งจากการศึกษาของ Jinpitcha and Hanvedes (2022) พบว่า การทำหน้าที่ของผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพ ความเครียด และเศรษฐกิจ ซึ่งผู้ดูแลควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชลการ ทองศรี และณรงค์ จันทร์แก้ว (2562) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลโรคเรื้อรังอำเภอโพธิ์พิสัย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับความเครียด คิดเป็น ร้อยละ 70 สอดคล้องกับการศึกษาของ Sezgin



(2022) ซึ่งพบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลแต่ละคนมีความหนักแน่นแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ และควรมีแนวทางในการช่วยทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบลดลง นอกจากนี้ สมบัติ ชูติมานุกูล (2022) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในเขตเทศบาลอำเภอเมืองยะเชิงเทรา พบว่าปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ดูแลในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียง คือ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า

### 1.2. ปัญหาด้านร่างกาย (Physiological Problem)

ผู้ดูแลหลักของครอบครัว เป็นผู้ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงเพียงคนเดียวเป็นส่วนใหญ่ โดยไม่มีสมาชิกคนอื่นในครอบครัวมาช่วยดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้ามาก เนื่องจากต้องใช้แรงกายในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันเพียงคนเดียว เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง จนทำให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยตามมา โดยจากการศึกษาของ Sezgin (2022) พบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลแต่ละคนมีความหนักแน่นแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ และ Rita. et. al. (2021) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่าการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล และจากการศึกษาของอนันต์ พวงคำ, ดวงสุดา สุวรรณศรี, ธนพร แยมศรี และรุ่งอรุณ ไทวันนัง (2020) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านได้รับผลกระทบด้านลบทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์และสังคม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลประสบปัญหาสุขภาพตามมา โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพและจากการศึกษาของ Louis (2020) พบว่าผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีปัญหาด้านร่างกายมากกว่า 1 ปัญหา ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงมีความต้องการผู้ช่วยในการแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

### 1.3. ปัญหาด้านสังคม (Social Problem)

ญาติผู้ดูแลที่มีบทบาทและรับหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงส่วนมากจะอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือช่วยตัวเองไม่ได้ ญาติผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตได้สะดวกและทันเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาส่วนตัวและขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยจากการศึกษาของ Zhu, Catrina and Jie. (2020) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลพบว่าผลกระทบด้านสังคมต่อผู้ดูแลและทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

Chiemerigo and Rose (2021) พบว่าภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งส่งผลกระทบต่อ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม นอกจากนี้ Yajin, Jian and Stephen (2020) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไร้ ความสามารถ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความผูกพันกับอาการซึมเศร้า นั่นคือ การสนับสนุน ทางสังคมดี อาการซึมเศร้าของผู้ดูแลจะน้อย ดังนั้นการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลย่อมส่งผลกระทบต่อ ภาระงานหลักของผู้ดูแล ซึ่งพอสรุปได้ ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับลักษณะ การทำงานของตนให้เข้ากับภาวะในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมกาย ใจ และความรู้ในการดูแล ผู้ป่วย โดยการรับบทบาทของผู้ดูแลเป็นทั้งทางบวกและทางลบ เกิดความวุ่นใจในการทำหน้าที่ เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน (พิสมัย สุระกาญจน์ และ ดารุณี จงอุดมการณ์. 2562)

2) ความขัดแย้งภายในครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดและสมาชิกใน ครอบครัวต้องรับผิดชอบเมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหากปราศจาก การบริหารจัดการหรือวางแผนที่ดีแล้วอาจนำมาซึ่งปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวได้ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยายจะมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกันหลายคน การผลัดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจะเกิดขึ้น และเมื่อสมาชิกในครอบครัวตกลงกัน ไม่ได้หรือในรายที่ญาติผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองต้องทำหน้าที่หลายบทบาท ยังทำให้เกิด ปัญหาการไม่มีเวลาให้ ครอบครัวตนเองเพิ่มขึ้น (พิสมัย สุระกาญจน์ และ ดารุณี จงอุดมการณ์. 2562)

3) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ปัญหาทางสังคมที่สำคัญของญาติผู้ดูแลที่ ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง คือ ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่ สามารถละทิ้งผู้ป่วยได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ การแลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพพลดลง รวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพที่พึงได้รับ จากสังคมลดลง ซึ่งสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยจากการศึกษาของ จิตกร วนรักษ์ (2564) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง แบบการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรม พบว่าผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความต้องการ ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

4) ขาดโอกาสในการได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ผลเสียที่เกิดตามมาคือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระมากขึ้น ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดูแลมีความเครียดวิตกกังวลมากขึ้นและส่งผลให้คุณภาพการดูแลลดลง

จากการศึกษาของพิสมัย และดารุณี (2562) พบว่าญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการช่วยทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยน้อยลง เช่นเดียวกับ Bekdemir; & Ilhan. (2018) กล่าวว่าบทบาทเป็นผู้ดูแลทำให้มีเวลาส่วนตัวในการดูแลตนเองลดลง ทำให้มีปัญหาสุขภาพตามมา การพบปะเพื่อนฝูงหรือการทำกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ซึ่งปัญหานี้ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความต้องการการมีเวลาเป็นส่วนตัวของตนเองมากขึ้น และต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวในการช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่นี้

## 2. สุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

โดยองค์การอนามัยโลก (1998) ได้ให้ความหมายของสุขภาวะ (well-being) หมายถึง ความสมบูรณ์ของสภาวะร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

สุขภาวะด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังกาย ไม่ป่วยเป็นโรค ไม่พิการ มีความคาดหวังที่ดีต่อสุขภาพกายและมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพที่ปลอดภัย

สุขภาวะด้านจิตใจ หมายถึง การมีจิตใจที่มีความสุข มีการรับรู้ความต้องการของชีวิต การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า และเชื่อในความสามารถของตน

สุขภาวะด้านอารมณ์ หมายถึง การมีอารมณ์ที่มั่นคง มีความนับถือและเคารพตนเอง และมีความเข้าใจในอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การตระหนักถึงความสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่น รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การช่วยเหลือและเข้าใจซึ่งกันและกัน สามารถอยู่ร่วมกันในครอบครัวและผู้อื่นได้อย่างมีความสุข และสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้

จากที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า สุขภาวะ คือ ความรู้สึกผาสุกในชีวิต สามารถทำงานได้ตามบทบาทอย่างเต็มศักยภาพและมีความยืดหยุ่นสามารถปรับตัวได้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นสุขภาวะญาติผู้ดูแล หมายถึง การมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

จะเห็นได้ว่าภาวะสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วยภาวะที่มีสุขภาพดีและภาวะที่เจ็บป่วย ซึ่งทั้งสองประการเป็นประสบการณ์ตลอดชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพนั้นจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย แต่การรับรู้จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล คือ บางคนมีการรับรู้ว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งผิดปกติเล็กน้อย ซึ่งไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตดังนั้นการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้จะเห็นว่าความเจ็บป่วยเป็นเหตุการณ์ปกติที่เกิดขึ้นได้ในกระบวนการของการพัฒนาและการเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนมีการรับรู้ว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตอย่างมาก ทำให้สูญเสียความเป็นบุคคล ผลที่ตามมา คือ ความกลัว ความวิตกกังวลการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้มีอิทธิพลต่อกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนการดำเนินชีวิต จะเห็นได้ว่าภาวะสุขภาพของบุคคลจะดีหรือไม่ดีนั้นย่อมมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ หลายประการซึ่งพอสรุปได้ ดังนี้

### ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ หลายประการ อาทิ เช่น ความเป็นปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม อาจมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ ความไม่เท่าเทียมกันในสังคม เครือข่ายทางสังคม รวมถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแนวคิดหลักของภาวะสุขภาพ จะประกอบด้วยหลักคิดด้านชีวการแพทย์และการสาธารณสุข โดยในวงการแพทย์และสาธารณสุขจะให้ความสำคัญกับปัจจัยหลักที่กำหนดสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อมและระบบบริการสาธารณสุข โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (Syme, 1996)

1. บุคคล (Individual) บุคคลจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในบุคคลซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของประชากร ดังนี้

1.1 ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ประกอบด้วย (1) โรคทางพันธุกรรม ซึ่งเป็นผลจากการสืบทอดลักษณะพันธุกรรมมาจากบรรพบุรุษ เช่น มะเร็ง เบาหวาน โรคจิตและประสาท เป็นต้น (2) อายุและเพศ สามารถช่วยแบ่งกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุตามวัย เช่น วัยเด็กวัยทำงานหรือวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ ซึ่งจากรายงานทางวิชาการพบว่าเพศหญิง มักมีอายุขัยเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากลักษณะโครโมโซมเอ็กซ์จะส่งผลให้อายุยืนกว่าโครโมโซมเอ็กซ์วาย (ทีปภา แจ่มกระจ่าง, 2558)

1.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ รวมถึงเรื่องความเชื่อ ทัศนคติและแรงจูงใจ โดยทั้งหมดถูกมองว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ที่ทำให้เกิดผลต่อการเกิดโรคและปัญหา

สุขภาพ เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่จนติดเป็นนิสัย ส่งผลเกิดโรคถุงลมโป่งพอง ชอบรับประทาน อาหารประเภทไขมัน ทำให้เกิดโรคเส้นเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง หรือบุคคลที่เชื่อแนวทางการ รักษาโรคด้วยสมุนไพร อาจได้รับผลข้างเคียงโดยมีเลือดออกในทางเดินอาหารได้

1.3 พฤติกรรมการดำเนินชีวิต เป็นการแสดงออกในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนเช้าจนถึงเข้านอน ถ้าขาดความสำนึกและสุขนิสัยที่ดีก็ จะนำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยได้ เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การเผชิญกับความเครียด เป็นประจำ การทำงานอยู่ในบรรยากาศของปัญหาความขัดแย้งในองค์กร หรือบางรายถูกบีบบังคับ จากภาวะเศรษฐกิจ ทำให้มุ่งเน้นหาเงินจนพักผ่อนไม่เพียงพอ และเกิดอาการเจ็บป่วยได้

2. สิ่งแวดล้อม (Environment) โดยสิ่งแวดล้อมประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

2.1 สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น การคมนาคม สารเสพติด วัคซีน

2.2 สิ่งแวดล้อมด้านชีวภาพ เช่น เชื้อโรค พืช สัตว์

2.3 สิ่งแวดล้อมด้านสังคม โดยอาศัยหลักแนวคิดทางสังคมผสมผสานกับการ สาธารณสุข ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.3.1 ความยากจน (Poverty) ความยากจน เป็นจุดเริ่มต้นของปัญหา หนี้สินซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจและอาจนำไปสู่การทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ อันมีปัจจัยสาเหตุ มาจากความยากจน เช่น รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ เนื่องจากไม่มีเงิน อีกทั้งอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว และในที่สุดความยากจนจะนำไปสู่การกั๊กเงินทั้ง ภายในระบบและนอกระบบที่อาจกลายเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ

2.3.2 ความไม่เสมอภาคและไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ (Health inequality and inequity) โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคและไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ ฐานะทางสังคม ความพิการ ลักษณะพื้นที่อยู่อาศัย ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ทำให้เข้าถึงทรัพยากรด้านสาธารณสุข ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพเรื่องชนชั้นในสังคม เช่น คนรวยมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรด้านสาธารณสุขได้มากกว่าคนจน คนรวยมีโอกาสเลือกใช้บริการทางสุขภาพมากกว่าคนจน รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารล้วนส่งผลต่อระบบ สุขภาพอนามัยของประชากรโลก ประชาชนต้องรู้เท่าทันสถานการณ์ที่ปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการกระจายทางด้านสถานะสุขภาพและบริการสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม

2.3.3 การถูกกีดกันในสังคม (Social exclusion) บุคคลที่มักถูกกีดกันในสังคม ได้แก่ คนจน คนว่างงาน แรงงานต่างชาติ คนพิการ เป็นต้น คนเหล่านี้มักขาดโอกาสในหลายๆ ด้าน เช่น ขาดโอกาสทางการศึกษา ไม่มีโอกาสเลือกงาน ทำให้ต้องทำงานหนัก รายได้ต่ำ และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ

2.3.4 เงื่อนไขของการทำงาน (Job condition) การจ้างงานที่ไม่เป็นธรรมชาติ การเอาเปรียบของนายจ้างต่อลูกจ้าง การทำงานมากกว่าที่กำหนด บังคับเหล่านี้ส่งผลต่อฐานะการเงิน ซึ่งการมีปัญหาการเงินจะเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพทั้งกายและใจ

2.3.5 การขาดเครือข่ายทางสังคม การมีเครือข่ายในสังคมหรือชุมชนจะช่วยให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลสุขภาพ

3. ระบบบริการสาธารณสุข (Health service system) โดยระบบบริการสาธารณสุขสามารถแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ คือ

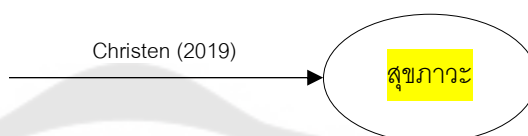
3.1 ประเภทการบริการสาธารณสุข โดยทางการแพทย์นั้นมีการแบ่งภาวะสุขภาพร่างกายเป็น 5 ระยะ โดยเริ่มตั้งแต่ ขั้นที่ 1 คือ ระยะปกติที่บุคคลไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ขั้นที่ 2 คือ ระยะเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยบุคคลจะเริ่มมีภาวะเสี่ยงเกิดขึ้น เมื่อมีการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยนั้นๆ ขั้นที่ 3 คือ ระยะป่วยเริ่มมีโรค ซึ่งมักมีอาการแสดงให้เห็นหรืออาจจะไม่มีอาการแสดงในระยะแรกของการเจ็บป่วยก็ได้ ขั้นที่ 4 คือ ระยะโรคแทรกซ้อนหรือพิการหากไม่รักษาจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และขั้นที่ 5 คือ การหายจากโรคหรืออาจเสียชีวิต

3.2 ระยะของการดูแลสุขภาพร่างกาย สามารถแบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยทั้งหมดมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของมนุษย์ทุกคน จะเห็นได้ว่าการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันยังคงมีข้อจำกัดของบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันและควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งยังคงมีปัญหาในเรื่องการกระจายบริการด้านสาธารณสุข ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพมากขึ้น จึงมีความพยายามในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขและให้บุคลากรทางสาธารณสุข เช่น พยาบาลนักวิชาการสาธารณสุขที่ให้บริการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้านในชุมชนสมควรอย่างยิ่งที่ทีมสุขภาพต้องมีการติดตามและให้บริการอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง โดยต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อจิตใจและสังคมของผู้ป่วย และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติมากที่สุด

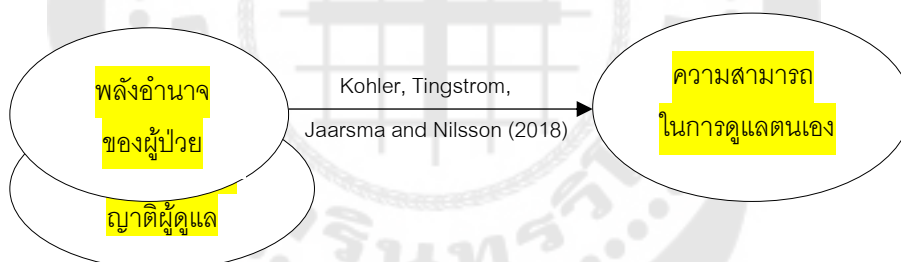
### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะของญาติผู้ดูแล

การทำหน้าที่ของญาติผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นภาระงานที่หนักมาก เนื่องจากผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือบางรายช่วยเหลือตนเองได้เพียงเล็กน้อย ดังนั้นการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยต้องอาศัยญาติผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยทำให้ ทั้งการเตรียมอาหาร บ้อนอาหารและยา อาบน้ำ สระผม เข้าห้องน้ำ อจจระ ปรัสสาวะ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ญาติผู้ดูแลต้องกระทำทุกวันเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้ญาติผู้ดูแลบางรายไม่มีเวลาส่วนตัวในการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง จากภาระหน้าที่ของญาติผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังตลอดระยะเวลาอันยาวนาน สามารถส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพและเกิดความเจ็บป่วยตามมา (ณัชศฟ้า หลงผาสุกและคณะ, 2561) และน้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย (2560) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้พลังอำนาจตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังทดลองมีคะแนนมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การขาดความรู้และทักษะในการดูแลที่ถูกต้องและการขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยผ่อนแรงในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะยิ่งส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย อ่อนล้า ท้อแท้ และมีความเครียดอยู่ในระดับสูง (ชลกากร ทรงศรี และณรงค์ จันทรแก้ว, 2562) โดยรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าญาติผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชนยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560) ซึ่งภาระงานการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ช่วยตนเองไม่ได้และเป็นอาการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ญาติผู้ดูแลจึงต้องเผชิญกับภาระงานที่หนักยิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และจากภาระงานที่หนักนี้ ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องใช้พลังงานและพลังใจอย่างมากในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงอย่างยาวนาน จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงต้องใช้ทั้งพลังงานพลังใจอย่างมากในการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว เพราะนอกจากญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดแล้ว ยังต้องใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพขึ้น ดังนั้นการมีพลังงานพลังใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจึงมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล โดยจากการศึกษาของ Christens (2019) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของพลังอำนาจที่มีต่อสภาวะ ผลการศึกษาพบว่าพลังอำนาจมีความสัมพันธ์กับสภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 ดังภาพประกอบ 1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ kohler, Tingstrom, Jaarsma and Nilsson (2018) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของพลังอำนาจในผู้ป่วยที่มีต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพบว่าพลังอำนาจมีอิทธิพลทางตรงต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ระดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.23 ซึ่งสามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงอิทธิพล ดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 1 แสดงเส้นความสัมพันธ์ของพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลที่ส่งผลต่อสุขภาวะ

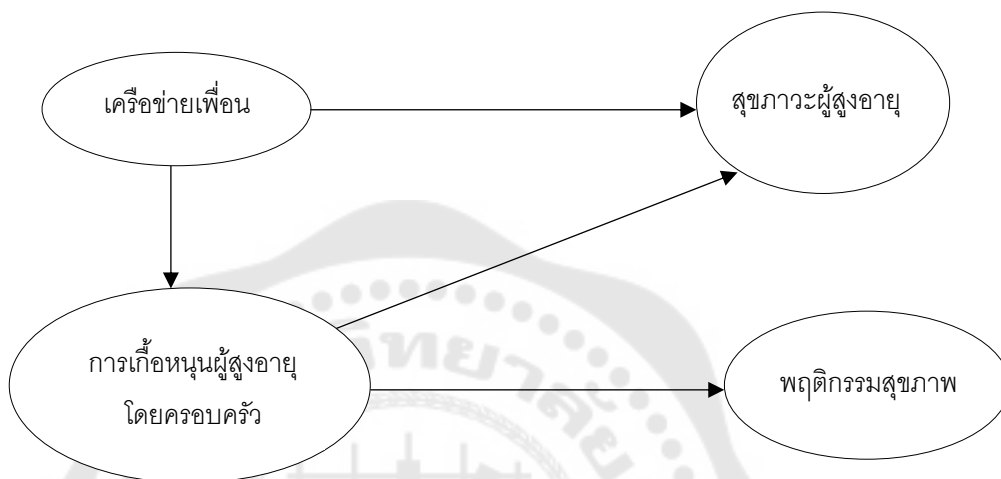


ภาพประกอบ 2 แสดงเส้นอิทธิพลของพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

นอกจากนี้จากการรวบรวมรายงานการวิจัยยัง พบว่าทรัพยากรบิบทสังคม โดยเฉพาะเครือข่ายทางสังคมมีอิทธิพลต่อสุขภาวะของญาติผู้ดูแล โดยจากการศึกษาของสุชาติ สมบูรณ์และคณะ (2561) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกด้านจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของกัตติกา ธนะกว้าง (2560) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับกลไกของเครือข่ายทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุไทยใน



จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่าเครือข่ายเพื่อนมีอิทธิพลทางตรงต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะและ การเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยครอบครัวและเครือข่ายการเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยครอบครัวมีอิทธิพลทางตรงต่อ ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถเขียนเป็นแผนภาพ แสดงอิทธิพลของตัวแปร ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 แสดงเส้นอิทธิพลของเครือข่ายเพื่อนและการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ โดยครอบครัวที่มีต่อสุขภาวะผู้สูงอายุและพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา: กัตติกา ณะกว้าง, 2560

### 3. พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจกรรมในการดำเนินได้ด้วยตนเองและต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพ คือ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งการป้องกันการเกิดปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างยาวนานที่สุด

#### แนวคิดการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

การดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เป็นปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องให้มีการดูแลในระยะยาว (Long Term care) โดยผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนที่อาจส่งผลให้เสียชีวิตได้ ภาระงานการดูแลจึงเป็นงานหนักของญาติผู้ดูแลในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพให้กับผู้ป่วย โดยสาเหตุหนึ่งของการเกิด

อาการแทรกซ้อนและทำให้เกิดการติดเชื้อที่สำคัญ คือ การที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการไม่ดูแลความสะอาด การถ่ายเทหรือระบายอากาศที่ไม่ดี ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นหลักในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ญาติผู้ดูแลพึงกระทำ ก็คือการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจร่วมกับการดูแลจัดการสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้สะอาดถูกสุขลักษณะ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัยและมีคุณภาพจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการบริการดูแลสุขภาพจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในชุมชน เช่น โรงพยาบาลระดับตำบล การบริการจากผู้ช่วยพยาบาลในหมู่บ้าน จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงต้องให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในเรื่องต่าง ๆ จากเครือข่ายของระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ใกล้บ้านในระยะยาว ซึ่งการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงโดยญาติผู้ดูแลนั้น ควรปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ พอสรุปได้ ดังนี้

1. การจัดสถานที่ให้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก โปร่งโล่ง ทำความสะอาดอยู่เสมอ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย สิ่งที่สำคัญที่สุดคือเรื่องของความสะอาด ถูกสุขอนามัย เพื่อลดการติดเชื้อต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ง่าย

2. การจัดหาที่นอนที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย โดยที่นอนควรไม่แข็งและไม่นุ่มจนเกินไป เพื่อสุขภาพการนอนของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องนอนบนที่นอนตลอดเวลาเกือบ 24 ชั่วโมง

3. การเตรียมอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยติดเตียง โดยญาติผู้ดูแลควรเตรียมอาหารเหลว หรืออาหารอ่อน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเองไม่ได้ สิ่งที่ต้องระวัง คือ การเสี่ยงต่อการเกิดการสำลักอาหาร และเศษอาหารอาจอุดตันหลอดลม หรือในบางกรณีที่เป็นเศษอาหาร ชิ้นใหญ่ อาจจะทำให้ผู้ป่วยสำลักจนเกิดการขาดอากาศหายใจได้ ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหานี้ ญาติผู้ดูแลต้องห้ามให้ผู้ป่วยนอนรับประทานอาหาร ควรให้นั่งตัวตรงประมาณ 90 องศา เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารเสร็จเรียบร้อยแล้ว อย่าเพิ่งให้นอนในทันที ควรให้นั่งในท่าที่สบายประมาณ 1 ชั่วโมง เพื่อให้อาหารย่อยเสียก่อน วิธีนี้จะช่วยลดปัญหาผู้ป่วยสำลักอาหารได้

4. การเกิดแผลกดทับ เนื่องจากผู้ป่วยนอนเป็นระยะเวลานานๆ ญาติผู้ดูแลควรใส่ใจและระวังการเกิดแผลกดทับเป็นอย่างมาก และควรหมั่นพลิกตัวผู้ป่วยทุกๆ 2 ชั่วโมง โดยในการพลิกตะแคงตัวนี้ สามารถทำได้ด้วยการพลิกตัวตะแคงซ้าย ตะแคงขวา และอาการแผลกดทับที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยนอนในท่าเดียวนานๆ โดยเฉพาะบริเวณก้น และหลังจะมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้มากที่สุด โดยเริ่มแรกจะมีการแค่ผิวลอกนิดหน่อย แต่นานเข้าแผลนั้นจะลุกลามไปยัง

กล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งเมื่อเกิด มีแผล ก็ยังจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตามมา ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีความยากมากขึ้นและผู้ป่วย มีโอกาสเสียชีวิตได้

5. การดูแลเรื่องการขับถ่าย ผู้ป่วยประเภทนี้จะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เกือบทุกด้าน ซึ่งรวมถึงการเดินไปเข้าห้องน้ำ เพื่อขับถ่ายด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการในการแก้ปัญหาของญาติผู้ดูแลวิธีหนึ่ง ก็คือ การใส่แพมเพิร์ส เพื่อรองรับปัสสาวะอุจจาระของผู้ป่วย ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยสำหรับการใส่แพมเพิร์สนาน ๆ คือ การอับชื้นและนำมาซึ่งการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหรืออวัยวะสืบพันธุ์ ญาติผู้ดูแลจึงควรหมั่นสังเกตว่าแพมเพิร์สเต็มแล้วหรือยัง และควรเปลี่ยนแพมเพิร์สให้ผู้ป่วยทุกๆ 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อดังกล่าว

6. การอาบน้ำ สระผม การตัดเล็บ ตัดผม แปรงฟัน บ้วนปาก รวมไปถึงการเปลี่ยนเสื้อผ้า งานเหล่านี้ถือได้ว่าเป็นงานหนักสำหรับญาติผู้ดูแล ถ้าเป็นไปได้ควรมหาผู้ช่วยมาผลัดเปลี่ยน เพื่อช่วยกันดูแลผู้ป่วย เพราะหากปล่อยให้ญาติผู้ดูแลทำหน้าที่เพียงคนเดียว อาจทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา เช่น การละทิ้งผู้ป่วย

7. การดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วย การดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ความจริงใจ ในเวลาว่างผู้ดูแลอาจจะบิบนวดเพื่อช่วยผ่อนคลายให้กับผู้ป่วย อ่านหนังสือให้ฟัง พูดคุยด้วยหน้าตาทำทาง ยิ้มแย้มแจ่มใส ชวนคุย ชวนดูรายการโทรทัศน์ เพื่อสร้างบรรยากาศ และอารมณ์ที่ดีให้กับผู้ป่วย การสัมผัส การพูดคุย วิธีนี้อาจจะช่วยให้สภาพจิตใจของผู้ป่วยแข็งแรง มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคหรืออาการที่กำลังเป็นอยู่ อาจจะช่วยทำให้อาการป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น และสำหรับผู้ป่วยบางราย อาจมีโอกาสนายเป็นปกติได้

8. สำหรับวิธีปฏิบัติต่างๆที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงดังกล่าวข้างต้น เป็นเพียงการดูแลเบื้องต้นเท่านั้น ยังมีรายละเอียดการดูแลผู้ป่วยอีกมากมายหลายเรื่องที่ญาติผู้ดูแลซึ่งเป็น ผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยต้องศึกษา เรียนรู้ เพื่อนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธี และสิ่งสำคัญที่สุด คือ กำลังใจ เพราะผู้ป่วยก็ต้องการ การดูแลที่มาจากความรัก ความเอื้ออาทร ต้องการกำลังใจ คำพูดที่อ่อนน้อม และญาติผู้ดูแลเองก็ต้องมีความอดทน ความพยายาม ความเมตตาเอื้ออาทร เพราะงานดูแลผู้ป่วยถือได้ว่าเป็นงานที่หนัก จึงต้องการกำลังใจ พลังใจด้วยเช่นกัน และหากผู้ป่วยคนนั้น คือ ผู้มีพระคุณของเรา เช่น พ่อหรือแม่ของเรา เราผู้เป็นลูกควรจะได้ทำหน้าที่ดูแลท่านเพื่อเป็นการตอบแทนพระคุณที่ท่านได้เลี้ยงและดูแลเรามาตั้งแต่เล็ก จึงถือได้ว่างานดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นงานที่เหนื่อย แต่สร้างความสุขทางใจที่ได้ทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างครอบคลุม คือ เป็นการดูแลทั้งตัวผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม โดยเป็นการดูแลที่ต้องใช้การมีส่วนร่วม คือ เป็นพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล นั่นเอง

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจและภายนอก อาจทำไปโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว อาจเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ผู้อื่นอาจสังเกตการกระทำนั้นๆ ได้ และสามารถใช้อุปกรณ์ทดสอบได้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554: 573) เช่นเดียวกับมยุรฉัตร จันทรแดง เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และสัญญา คณาภูมิ (2565) กล่าวว่าพฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกของจิตใจทั้งภายในและภายนอก เป็นการกระทำ เพื่อสนองตอบความต้องการของบุคคล สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) ซึ่งเป็นการกระทำที่แสดงออกให้เห็นอย่างชัดเจน

หรืออาจใช้อุปกรณ์ช่วยในการวัดและพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจที่บุคคลภายนอกไม่สามารถสังเกตได้ โดยสรุป พฤติกรรม จึงหมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของจิตใจทั้งภายในและภายนอกที่บุคคลอื่นสังเกตได้หรือใช้อุปกรณ์ประเมินได้

การมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการกระทำที่เปิดโอกาสให้บุคคลและสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาเพื่อการตัดสินใจ การร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ การเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น การร่วมเสนอปัญหา การร่วมคิดหาแนวทาง ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งร่วมตัดสินใจและเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาโดยการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงในสถานะผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกัน การมีส่วนร่วมนั้นมีความสำคัญ เพราะเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาสิ่งต่างๆ ที่ต้องการให้เกิดผลอย่างยั่งยืน การมีส่วนร่วมนั้นเป็นกระบวนการที่ใช้ความเท่าเทียมกันในการแก้ปัญหาบุคคลที่เกี่ยวข้องในปัญหานั้นๆ จึงต้องรับรู้ถึงปัญหาและกำหนดเป้าหมายในการดำเนินการเลือกวิธีการในแก้ปัญหาร่วมกัน และการมีส่วนร่วมยังขึ้นอยู่กับความเต็มใจในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยไม่มีการบังคับขู่เข็ญหรือกดดันใดๆ และผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่มีสิทธิที่จะควบคุมหรือยกเลิกการดำเนินการใดๆ ด้วยตนเอง โดยสรุปการมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนได้ร่วมตัดสินใจในการวางแผนดำเนินกิจกรรมต่างๆ และการประเมินติดตามผลกิจกรรมนั้น (พระครูปริยัติวรเมธี, 2565)

พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพฤติกรรมของญาติผู้ดูแลในการกระทำกิจกรรมร่วมกัน 2 ประการ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วยให้ถูกสุขลักษณะ และ 2) การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer ; Fleury; & Belyea (2010) โดยเป็นการร่วมกันระหว่างการจัดการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีการจัดการสิ่งแวดล้อม รอบตัวผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกบ้านให้ถูกสุขลักษณะ ซึ่งประกอบด้วยการทำความสะอาดบ้าน อุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ การจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ ปลอดภัย การกำจัดขยะ อย่างถูกวิธี และการป้องกันสัตว์นำโรคต่างๆ โดยการจัดสภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะนั้น เพื่อการบรรลุเป้าหมาย ดังต่อไปนี้

1.1 การป้องกันและลดการติดเชื้อ โดยทั่วไปการติดเชื้ออาจมาจากการแพร่ระบาดของอากาศ (airborne) เป็นการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายทางการหายใจ เช่น ฝุ่นละออง ละอองเสมหะ การแพร่ระบาดของน้ำ (waterborne) เป็นการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายทางปาก ได้แก่ การดื่ม การรับประทาน และการสัมผัสทางผิวหนัง (contact) เช่น การเข้าสู่ทางผิวหนังหรือทางบาดแผล โดยในผู้ป่วยติดเตียงจะเกิดแผลกดทับได้ง่าย ดังนั้นการจัดสภาพแวดล้อมให้บริเวณที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่สะอาด มีการระบายถ่ายเทอากาศได้ดี ทำให้เกิดการหมุนเวียนอากาศที่มีประสิทธิภาพ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2562) ได้กำหนดเป้าหมายมุ่งสร้างระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ปลอดภัย ส่งเสริมให้ทุกชุมชนมีการจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น มีแหล่งกำจัดขยะที่ถูกหลักอนามัย รวมถึงการจัดการกำจัดสารเคมีอันตรายต่างๆ ที่ประชาชนนำมาใช้ในการประกอบอาชีพอย่างถูกวิธี ลดการแพร่กระจายสูวงกว้าง อีกทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยหลังจากได้รับผลกระทบจากภัยธรรมชาติต่างๆ ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากผลกระทบหรือความเสี่ยงของปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

1.2 การดูแลสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่จะเคยหกล้มและได้รับอันตรายจนไม่สามารถเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ การดูแลจัดวางสิ่งของ เครื่องใช้ต่างๆ ภายในบ้านให้เป็นระเบียบจะช่วยให้เกิดความปลอดภัยด้านร่างกาย และป้องกันอาการ เจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นได้

1.3 การจัดให้มีอุปกรณ์และเครื่องอำนวยความสะดวกภายในบ้านอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ทำให้การดูแลผู้ป่วยต้องออกแรงหรือใช้กำลังค่อนข้างมาก จึงจำเป็นต้องสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องอำนวยความสะดวกแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระการฟื้นฟูแรงในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

2) พฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วย หมายถึง ญาติผู้ดูแลดูแลช่วยกระทำกิจกรรมต่างๆ ให้ กับผู้ป่วย โดยเป็นการดูแลสุขภาพโดยรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพร่างกาย หมายถึง ญาติผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรม ต่าง ๆ เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันให้แก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการในทุกระบบของร่างกายและได้รับความสุขสบาย โดยมีกิจกรรมต่างๆ ที่กระทำ ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ โดยญาติผู้ดูแลต้องช่วยจัดเตรียมอาหาร และช่วยป้อนอาหารให้แก่ผู้ป่วย การดูแลความสะอาดร่างกาย ช่วยอาบน้ำ สระผม การจัดเตรียมยา ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลในระบบขับถ่าย โดยญาติผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยขับถ่ายทุกวัน ระวังระวังไม่ให้ท้องผูก ช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่ายทุกครั้งไม่ให้อับชื้น การดูแลในระบบหายใจ ต้องดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในที่มีการระบายอากาศที่ดี ไม่ให้ได้รับฝุ่นละอองที่สกปรก และช่วยออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วย โดยช่วยบริหารแขนขา ช่วยพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุกสองชั่วโมง รวมทั้งส่งเสริมให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ รวมทั้งการอำนวยความสะดวกต่างๆ โดยเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ ก็คือ ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย สภาพอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงมากขึ้น และไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆ เกิดขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่กับลูกหลานได้ต่อไปอีกเป็นระยะเวลาานาน

2.2 พฤติกรรมการดูแลจิตใจและอารมณ์ หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจ สนใจเอาใจใส่ดูแลสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในขณะที่เจ็บป่วย เนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยด้านร่างกายที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมากในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นภาระที่หนักสำหรับญาติผู้ดูแล ดังนั้นญาติผู้ดูแลต้องยอมรับสภาพการเจ็บป่วยทั้งกายและใจของผู้ป่วย และพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่ต้องการการตอบแทนใดๆ จากผู้ป่วย รวมทั้งญาติผู้ดูแลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความในใจ ความคับข้องใจ ความกลัว วิดกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยที่เป็นอยู่และเรื่องอื่นๆ การช่วยแก้ปัญหาพร้อมกับผู้ป่วย

รวมทั้งการสังเกตอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามเรื่องต่างๆ ได้ทุกเรื่องและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้กระทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่ต้องการตามความเชื่อของผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติกิจกรรมความเชื่อของหลักศาสนา ประเพณี หรือ วัฒนธรรมต่างๆ ที่เคยปฏิบัติมา

2.3 พฤติกรรมการดูแลด้านสังคม หมายถึง ญาติผู้ดูแลให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว ชุมชนและกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย โดยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงนั้นเป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมภายนอกบ้านหรือในชุมชนได้ด้วยตนเอง จึงจำเป็นต้องอาศัยให้ญาติผู้ดูแลเป็นผู้จัดการช่วยพาไป

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล

ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยเป็นการดูแลร่วมกันของการดูแลสุขภาพและการดูแลสิ่งแวดล้อมเนื่องจากอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงจนเกิดการติดเชื้อของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงนั้นมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ซึ่งประการแรกจะเป็นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยจากการศึกษาของชอทิพย์ จันทรา (2559) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลด้านโภชนาการและการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุติดเตียง ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการให้พยาบาลช่วยสอนให้อาหารทางสายยางและในการป้องกันการเกิดแผลกดทับนั้น ผู้ดูแลต้องการดูแลสุขภาพสะอาดร่างกายของผู้ป่วยตามความต้องการของตนเองเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ วสันต์ วิเชียร (2559) ที่พบว่าการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงต้องอาศัยความร่วมมือจากลูกหลานหรือสังคมในการช่วยกระตุ้นการออกกำลังกาย การส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการพักผ่อนที่เพียงพอและต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมศักยภาพของทั้งผู้ป่วย ญาติและชุมชน ทำให้เกิดความร่วมมือกันในการฟื้นฟูสุขภาพ (วสันต์ วิเชียร, 2559) และจากการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริม สุขภาพ ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุ ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมคุณภาพชีวิต กิจกรรมธรรมบำบัด กิจกรรมช่วงฝน กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมอาชีพเสริม โดยผู้สูงอายุให้ความร่วมมือ ทำให้การดำเนินการบรรลุเป้าหมายทุกกิจกรรม (ฤทธิชัย และสุภัชชา, 2559)

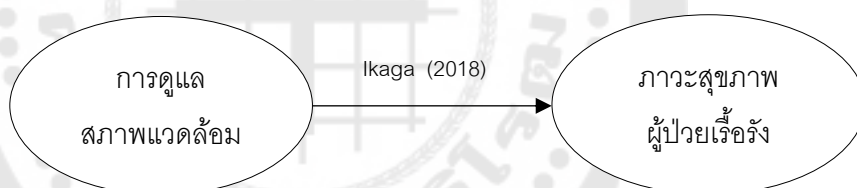
เช่นเดียวกับการศึกษาของนิสาชล นาคกุล (2561) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ควรได้รับการพัฒนา ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพของทีมดูแลเนื่องจากยังขาดความพร้อมของทีมให้บริการดูแลสุขภาพ 2) การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมเนื่องจากขาดความต่อเนื่องจากการติดตามเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน และ 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมเครือข่ายช่วยดูแล ผู้ป่วย เพราะทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเป็นทีมเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทั้งหมด ขาดการมีส่วนร่วมเครือข่าย เช่น องค์กรในชุมชน อาสาสมัครและผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลในระยะยาว จึงจำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการส่งเสริมให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยญาติผู้ดูแลร่วมกับทีมสุขภาพในการช่วยดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น

จากการศึกษาของอารีย์ พุ่มประไพ และจรรยา เสียงเสนาะ (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน โดยผลการศึกษาพบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับมาก และกิจกรรมการพัฒนา พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การให้คำแนะนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การค้นหาปัจจัยเสี่ยงด้วยการตรวจเลือดและการตรวจร่างกายเพิ่มจากการได้รับสิทธิตามปกติ การสร้างความอบอุ่นด้านจิตใจรวมทั้งการสร้างสุขภาพดีรอบด้าน และจากการศึกษาของจิราภรณ์ สุวะมาตย์, มาลินี อยุ่ใจเย็น , ซาลินี หนูชูสุข และปิยะนาฏ ช่างเสียง (2563) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางกาย พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพจิตสิ่งแวดล้อมของชุมชนริมทางมักะสัน กรุงเทพฯ พบว่าภาวะสุขภาพทางกาย พฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่ต่ำกว่ามาตรฐานและด้านสุขภาพจิตสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่มีบ้านที่อยู่อาศัยคงทน ดังนั้นการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของชุมชน และจากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับรูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม พบว่าความต้องการได้รับการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การมีบริการการตรวจรักษาที่บ้าน การมีผู้ช่วยเหลือพาเข้าห้องน้ำ พาไปตรวจที่โรงพยาบาล การได้รับความรู้เรื่องผลข้างเคียงของยา การออกกำลังกาย การให้มีแพทย์ประจำมารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการมีองค์กรบริหารส่วนตำบลวังตะกู มา



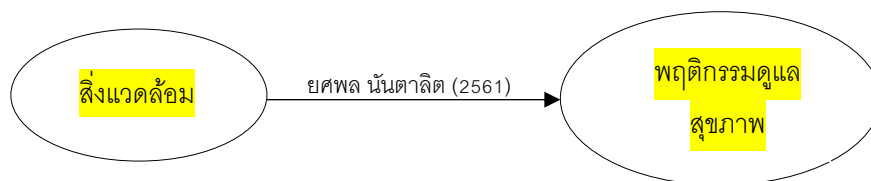
เยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นและ ให้มีพระมาโปรดที่บ้าน (วิไล ตาปะสี ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์ และสินวล รัตนวิจิตร, 2560)

นอกจากนี้พฤติกรรมมีส่วนร่วมอีกประการหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง คือ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยจากการรวบรวมผลการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลสุขภาพที่ผ่านมาพบว่าสมรรักษ์ นัยรัมย์ (2565) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยและความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอิกากา (Ikaga, 2018) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยทางสังคมและสภาพสิ่งแวดล้อมที่มีต่อภาวะสุขภาพและความคาดหวังของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าการดูแลสภาพสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ระดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.08 ซึ่งสามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ดังแผนภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 แสดงเส้นอิทธิพลของสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง

เช่นเดียวกับยศพล นันทาลิต (2561) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย พบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงสูงสุดต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแผนภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 แสดงเส้นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

จากการศึกษาผลการวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังและมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้น้อยมาก จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากญาติผู้ดูแลในการช่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันให้เกือบทุกอย่างและกิจกรรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ก็คือ การดูแลสุขภาพแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะและปลอดภัยร่วมกับการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์และสามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยได้

#### 4. งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพ

งานอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะให้ถูกสุขลักษณะ ได้แก่ การกำจัดมูลฝอย การจัดการแหล่งน้ำให้สะอาดปลอดภัย การกำจัดขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล สารปนเปื้อนต่างๆ เพราะสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะจะทำให้เกิดการสะสมของเชื้อโรคและแพร่กระจายเชื้อโรคเข้าสู่คนได้ง่าย อีกทั้งสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะเป็นสาเหตุของการเกิดทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขในฐานะองค์กรหลักในการดูแลจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ต้องมีการดำเนินการจัดการสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและถูกหลักอนามัย เพื่อเป็นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพประชาชนให้มีความปลอดภัย จึงมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ โดยมีการกำหนดการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ซึ่งมีการขับเคลื่อนและนำความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าบรรจุในแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เพื่อให้สังคมตระหนักรู้และเห็นความสำคัญในการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health literacy: EHL) มาบูรณาการกันในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นแนวคิดใหม่ที่ทำให้ความสำคัญกับความรู้ความเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ โดยมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผสมผสานกับการสื่อสาร ความเสี่ยง และวิทยาศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน (อังคินันท์ อินทรกำแหงร่วมกับสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย (2562) และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนในการป้องกันความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งระดับบุคคลและชุมชนด้วยการนำข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และลดความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม งานอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภาวะ

เจ็บป่วย และกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ถูกหลักสาธารณสุขมูลฐานจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ และทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงได้ ดังนั้นการจัดการสภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ จึงเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยป้องกันอาการแทรกซ้อนเมื่อเจ็บป่วย และช่วยส่งเสริมสุขภาพในภาวะที่ไม่เจ็บป่วย ซึ่งหลักการหรือแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมที่นำมาใช้การดูแลผู้ป่วย พอสรุปได้ ดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2560)

### 1. การลดความเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัย

1.1. การลดการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของเชื้อโรคในทุกมิติ ซึ่งการติดเชื้อสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งการแพร่ระบาดทางอากาศ (airborne) การแพร่ระบาดทางน้ำ (waterborne) และการสัมผัส (contact) การจัดการสภาพแวดล้อมให้มีระบบการระบาย เพื่อถ่ายเทอากาศได้ดี จะช่วยให้มีการหมุนเวียนอากาศได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) พบว่าความเสี่ยงของการสภาวะแวดล้อมที่ปนเปื้อนมลพิษล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ทั้งสิ้น โดยเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมภายในบ้าน ภายนอกบ้านจนออกสู่ชุมชนและสังคม ดังนั้นการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ถูกหลักอนามัยจึงควรเริ่มจากการดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะภายในบ้าน เพื่อป้องกันและช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดผลกระทบต่าง ๆ ออกสู่ชุมชน โดยจากการศึกษาของ Yan. et al. (2022) พบว่าระดับระดับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้ที่อยู่ในชนบทน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในชุมชนเมือง

1.2 การลดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ โดยมีการวางแผนและนำสู่การปฏิบัติ เพื่อการดูแลสุขภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ถูกสุขลักษณะ ได้แก่ การจัดให้มีที่ถ่ายเทหรือระบายอากาศอย่างเพียงพอ การทำความสะอาดสิ่งของเครื่องใช้อย่างสม่ำเสมอ การจัดการขยะภายในบ้านอย่างถูกวิธี การดูแลจัดการน้ำดื่มน้ำใช้ที่สะอาดปลอดภัย รวมถึงการกำจัดแหล่งสะสมของเชื้อโรคต่างๆ ที่อาจนำไปสู่การแพร่กระจายของเชื้อโรคตามมา โดย โสมศิริ เดชารัตน์, พิริยะลักษณ์ เพชรห้วยลึก, ธนวรรณ บัวเจริญ และ ดุสิต พรหมอ่อน (2563) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่าการส่งเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความจำเป็นและช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และ Andrew et. al. (2022)

1.3. การลดภาวะแทรกซ้อนจากอุบัติเหตุ โดยการเกิดอุบัติเหตุที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง คือ การพลัดตกจากเตียงนอน การลื่นล้มในห้องน้ำ โดยปัญหาการลื่นล้มส่วนใหญ่เกิด จากพื้นลื่นหรือเปียกแฉะ หรือมีสิ่งกีดขวางบนพื้น การติดมือจับประคองไม่เหมาะสมและมีเฟอร์นิเจอร์หรือสุขภัณฑ์ที่มีส่วนสูงไม่เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุ

1.4. การลดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเผชิญกับอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า การจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมจะช่วยลดผลกระทบต่อสภาวะจิตใจได้ โดยจากการศึกษาของ John and Remo (2020) พบว่าความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและภาวะเครียดของผู้ป่วย

1.5. การทำให้ออนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น การเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้น้อยลง ซึ่งอาจเกิดจากการนอนหลับไม่สนิท และผลจากการนอนหลับได้ไม่เพียงพอจะส่งผลให้เกิดความเครียด ภูมิคุ้มกันลดลง อ่อนเพลียและความจำเสื่อม ซึ่งสาเหตุของการนอนหลับไม่สนิท นั้นเป็นผลมาจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ โดยการมีเสียงรบกวนก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ออนหลับได้น้อยลง รวมทั้งการมีแสงสว่างจากไฟเพดานที่ส่องมาถึงเตียงผู้ป่วย ดังนั้นการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมการนอนหลับ ได้แก่ การจัดให้มีเสียงรบกวนให้น้อยที่สุด แสงสว่างจากไฟบนเพดานต้องไม่จ้าเกินไป

2. การส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทางสังคม การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จัดสรรบทบาทการช่วยเหลือโดยสมาชิกในครอบครัว เช่น การมีช่วงเวลาการรับประทานอาหารร่วมกัน การจัดหาเก้าอี้ที่นั่งสบาย ๆ เพื่อให้ญาติได้สนทนากับผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และจากการศึกษาของ Areti, Nicos, Andreas and Evridiki (2021) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ Dessyka, Zulfan, Nofrizal and Agrina (2020) ได้ศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

จะเห็นได้ว่าการจัดการสภาพแวดล้อมสำหรับให้ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือบางรายช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ญาติผู้ดูแลจึงมีหน้าที่หลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากการดูแล

สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกสุขลักษณะ ดังนั้นการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงเป็นสิ่งสำคัญของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตต่อไปได้

## 5. แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

ทฤษฎีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al. (2010) เป็นทฤษฎีใหม่ที่ยังมีความทันสมัย การวิจัยครั้งนี้จึงมีการนำทฤษฎีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al. (2010) มาประยุกต์ใช้และมีการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมาร่วมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อเป็นการต่อยอดทฤษฎีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al. (2010) ให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ที่มีความสมบูรณ์และชัดเจนในการสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างปลอดภัยในระยะยาว

### 5.1 ทฤษฎีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment Theory)

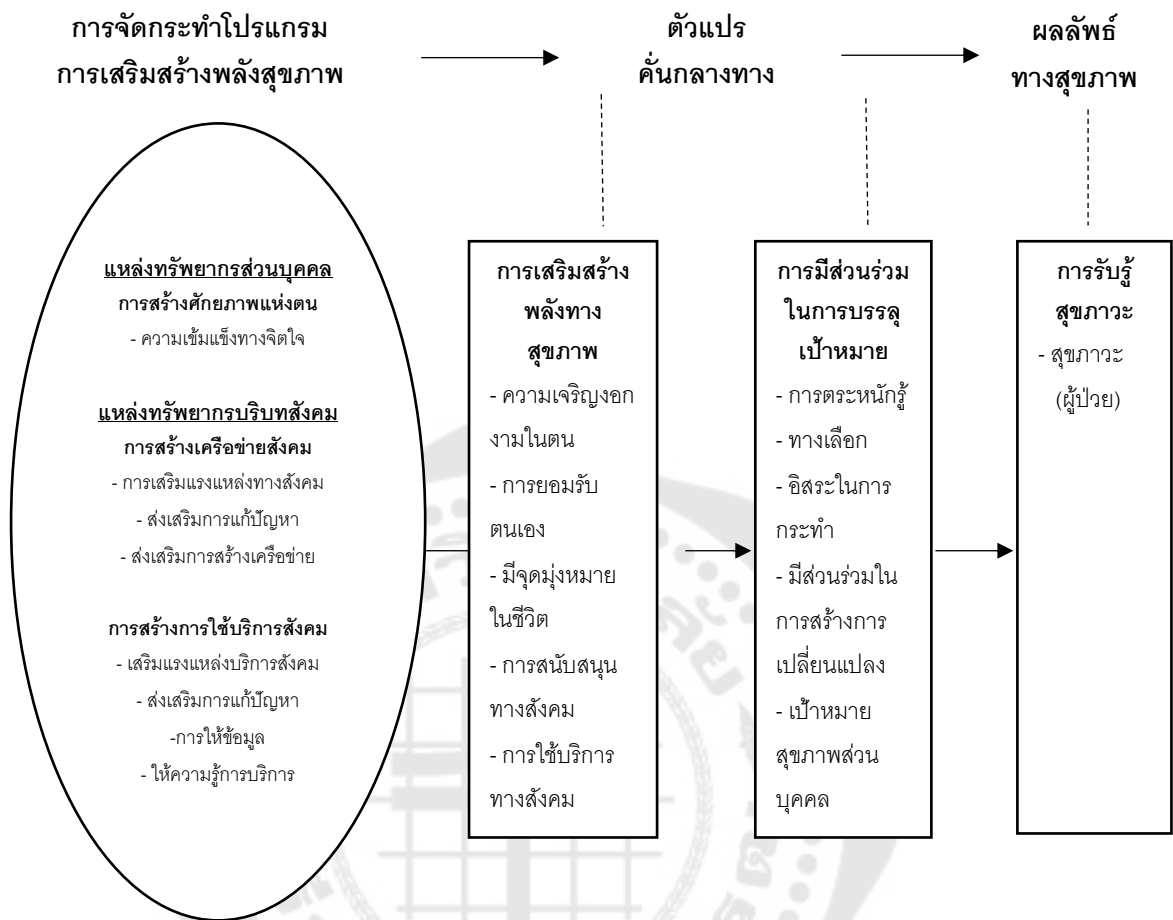
ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health empowerment) เป็นการรวมกันของแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล (Personal resources) และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (Social contextual resources) โดยแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ ได้แก่ การสร้างศักยภาพแห่งตน ซึ่งก็คือ ความเข้มแข็งทางจิตใจ (Strength) ส่วนแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ได้แก่ การสร้างเครือข่ายทางสังคม (Social network) และการสร้างการใช้บริการสังคม (Social service utilization) (Shearer, 2007)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการทางสุขภาพที่เป็นพลวัต (Dynamic concepts) มีการขับเคลื่อนตลอดเวลา มุ่งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในกระบวนการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีแบบแผน โดยใช้แหล่งทรัพยากรภายในตัวบุคคล เพื่อพัฒนาการมีสุขภาวะที่ดี (Shearer; & Reed, 2004) การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพจะมุ่งเน้นการส่งเสริมการตระหนักรู้ของบุคคลต่อความสามารถในการที่จะมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพและการตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพ (Shearer, 2004) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เป็นการแสดงออกของแบบแผนพฤติกรรมในมนุษย์เกี่ยวกับสุขภาวะและมองว่าการแสดงออก เป็นกระบวนการความสัมพันธ์ที่เกิดมาจากแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (Shearer, 2004; Shearer; & Reed, 2004) โดยกระบวนการดังกล่าวก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างมีเป้าหมาย เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาวะของบุคคล (Shearer, 2009)

การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามแนวคิดของเชียเรอร์ (Shearer, 2009) ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 4 ประการ คือ

- 1) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นพลังที่มีอยู่ในตัวบุคคลตั้งแต่กำเนิดจนปัจจุบัน
- 2) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการความสัมพันธ์ เป็นกระบวนการร่วมกันระหว่างตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม
- 3) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องและมีลักษณะที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนในสิ่งใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา
- 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการแสดงออกถึงแบบแผนทางสุขภาพของมนุษย์เกี่ยวกับสุขภาวะของตน

เชียเรอร์ (Shearer, 2009) ให้ความสำคัญในการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพไปใช้ปฏิบัติในเชิงการ จัดกระทำโปรแกรม (Intervention) โดยการ จัดกระทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment Intervention: HEI) เป็นการ จัดกระทำโปรแกรมทางทฤษฎีที่ได้รับการออกแบบในการส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคม ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาวะที่ดีเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าการเพิ่มการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยสร้างเสริมพลังของการมีส่วนร่วมให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังภาพประกอบ 6



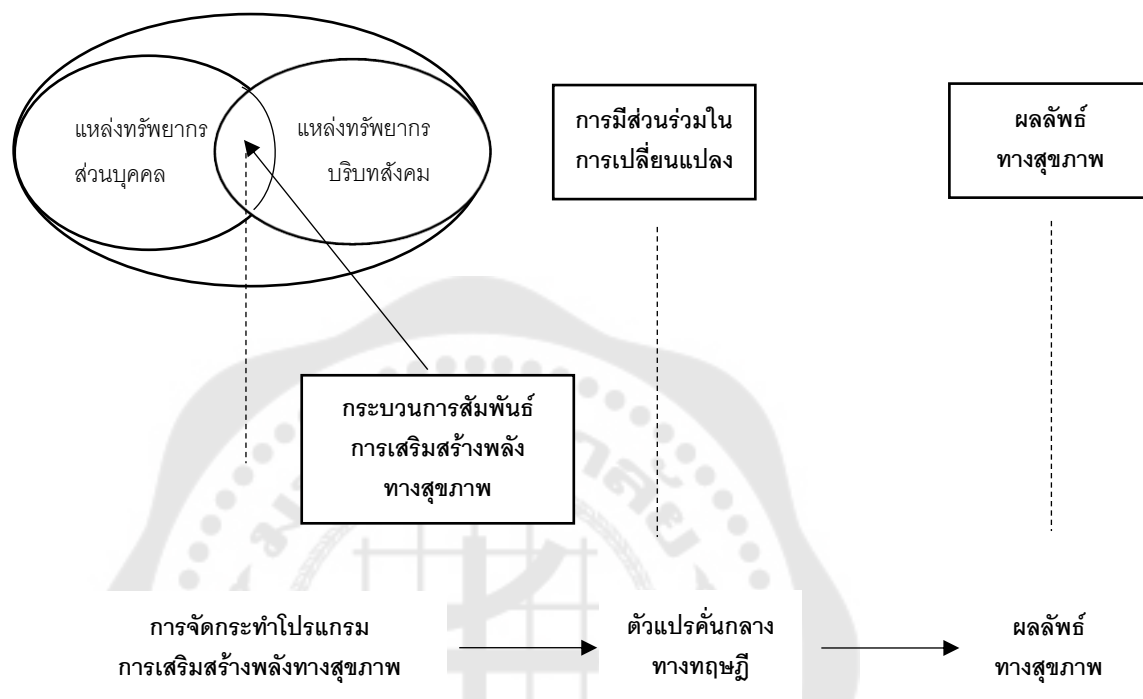
ภาพประกอบ 6 กรอบแนวคิดการจัดการกระทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

ที่มา: Shearer (2009)

สำหรับการจัดการกระทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ถูกมองว่าเป็นตัวแปรคั่นกลางของทฤษฎีที่มีลักษณะเป็นกระบวนการภายใต้การจัดการกระทำของโปรแกรมนั้นเกิดขึ้นจากการรับรู้และเข้าใจในแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ซึ่งจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมเพื่อการบรรลุเป้าหมายซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (Shearer, 2009)

ต่อมา Shearer; et al. (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับกรอบแนวคิดการจัดการกระทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพเพิ่มเติม โดย Shearer; et al. (2010) มองว่ากรอบแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพนั้นเกิดขึ้นจากกระบวนการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Transformation) โดยการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพประกอบด้วยแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล (Personal resources) และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

(Social contextual resources) และการเสริมสร้างพลังสุขภาคนำไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย นั่นคือ การส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะที่ดี ภาพประกอบ 7



ภาพประกอบ 7 กรอบแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

ที่มา: Shearer; Fleury; & Belyea (2010)

จากภาพประกอบกรอบแนวคิดทฤษฎีทั้ง 2 แผนภาพ ผู้วิจัยได้นำไปประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุหรือโมเดลเชิงสาเหตุ เพื่อศึกษาว่าตัวแปรต่างๆ มีอิทธิพลต่อกันทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างไร และนำผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุนี้ไปทดลองใช้ในการวิจัยระยะที่ 2 เพราะการวิจัยเชิงทดลองจะช่วยยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรต่างๆ ที่มีหลายตัวแปรได้อย่างชัดเจน โดยมีการพิจารณาใช้ตัวแปรเสริมสร้างพลังทางสุขภาพในฐานะที่เป็นกระบวนการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ (Health Empowerment Relational Process) ซึ่งตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพประกอบด้วยตัวแปรแฝง 2 ตัว คือ 1) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล (Personal Resources) ประกอบด้วยตัวแปรการวัด คือ ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเจริญงอกงามในตน การยอมรับตนเองและการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต 2)



แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (Social Contextual Resources) ประกอบด้วยตัวแปรการวัด ได้แก่ การรับรู้เครือข่ายทางสังคมและการใช้บริการทางสังคม โดยทั้งทรัพยากรส่วนบุคคลและทรัพยากรบริบทสังคมส่งผลต่อการมีส่วนร่วมอย่างมีเป้าหมายในการสร้างการเปลี่ยนแปลง (Purposeful Participation In Change) และในการวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมายในการสร้างการเปลี่ยนแปลง คือ 1) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งสามารถประเมินได้จากตัวแปรการวัด ได้แก่ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม 2) พฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งผู้วิจัยได้นำโมเดลการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al. (2010) และมีการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy) ของ Finn; & O' Fallon (2018) มาศึกษาพร้อมกัน ซึ่งเป็นการพัฒนาต่อยอดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพให้มีความชัดเจน และเกิดองค์ความรู้ใหม่ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างสมบูรณ์และชัดเจน โดยความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสามารถประเมินได้จากตัวแปรการวัด ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 2) การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 3) การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมและ 4) การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy) นั้น เป็นการใช้กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมของแต่ละบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจ ตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยเกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลนี้ประกอบด้วยพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงทั้งการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์และด้านสังคม เพื่อการบรรลุเป้าหมายในผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) คือ สุขภาวะของญาติผู้ดูแล (Well-being)

ในการวิจัยครั้งนี้มีการประยุกต์กรอบแนวคิดทฤษฎีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยหลัก 2 ประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง คือ แหล่งทรัพยากรบุคคล (Personal resources) และแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (Social contextual resources) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

### 5.1.1 แหล่งทรัพยากรบุคคล

ตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment theory) ของ Shearer (2009) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้เกิดการสร้างพลังสุขภาพซึ่งเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล นั่นก็คือ แหล่งทรัพยากรบุคคล (Personal resources) ได้แก่ ความสามารถแห่งตน (Self-capacity) เป็นการรับรู้ศักยภาพตนเอง ซึ่งเป็นจุดแข็งของบุคคล

#### ความหมายของแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล

Kerksieck, Bauer & Brauchli (2019) กล่าวว่า แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล จัดเป็นคุณลักษณะทาง ด้านจิตใจ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของแต่ละบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงทางสุขภาพ เช่นเดียวกับ Limmer and Schutz (2021) กล่าวว่า แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล เป็นคุณลักษณะของตัวตนที่เชื่อมโยงกับการฟื้นคืนกลับสภาพ (resiliency) เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมและมีผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล

โดยทั่วไปแหล่งทรัพยากร (Resource) หมายถึง สิ่งที่ช่วยสนับสนุนตามความต้องการหรือความขาดแคลน โดยแหล่งทรัพยากรจะมีประโยชน์ในแง่ของการจัดการกับสถานการณ์และปัญหา ช่วยทำให้สถานการณ์ดีขึ้นและบรรลุเป้าหมาย โดยแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล (Personal Resources) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อมในการแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและสามารถแก้ไขสภาพปัญหาหรืออุปสรรคนั้นๆ ได้ โดยเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาหรือมีความเครียดเกิดขึ้น แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลจะทำหน้าที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคคลในการต่อสู้หรือเผชิญกับอุปสรรคต่าง ๆ ซึ่งแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้และปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาหรือแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น (Kerksieck, Bauer & Brauchli, 2019) ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้

**ความเข้มแข็งทางจิตใจ (Strength)** ซึ่งเป็นศักยภาพในตัวบุคคลและเป็นคุณลักษณะ ของบุคคลที่แสดงถึงความสามารถของญาติผู้ดูแลในการยอมรับและสร้างความเข้มแข็ง สร้างพลังใจให้กับตนเอง ร่วมกับการใช้บริบททางสังคมที่มี เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างปลอดภัย สามารถแก้ปัญหาและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้ ซึ่งสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงนั้น เป็นสถานการณ์ที่เครียดและส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยไม่สามารถ

ช่วยเหลือตนเองในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ดังนั้นการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมพลังที่ช่วยทำให้บรรลุเป้าหมายและสามารถดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างต่อเนื่อง โดยจากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางจิตใจกับการทำหน้าที่ ภาวะสุขภาพ และเหตุการณ์ทางลบของชีวิตในผู้สูงอายุ พบว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.10 (Viglund, Olofsson, Lundman, Norberg and Lovheim, 2022)

**ความเจริญงอกงามในตน (Personal Growth)** เป็นความความรู้สึกของบุคคลที่ต้องการจะพัฒนาตนเองอยู่เรื่อยๆ โดยมองว่าตนเองนั้นสามารถเจริญเติบโตได้ เปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ อยู่เสมอ ยอมรับการปรับปรุงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่องและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อให้ตนเองมีความรู้และมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) โดยมีความเชื่อว่าเมื่อบุคคลบรรลุเป้าหมายหนึ่งแล้ว บุคคลย่อมต้องการเป้าหมายใหม่เพิ่มขึ้น ซึ่งการพยายามไปสู่เป้าหมายใหม่นั้น บุคคลจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพของตน เพื่อให้มีความพร้อมต่อการเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่พัฒนาขึ้น โดยบุคคลที่มีความเจริญงอกงามในตนสูง จะเป็นผู้ที่มีความรู้สึกต้องการพัฒนาตนเองตลอดเวลาและมองตนเองว่าสามารถเติบโต พร้อมเปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ รับรู้ถึงศักยภาพของตน รับรู้ถึงการพัฒนาตนเอง เมื่อเวลาผ่านไปและมีการเปลี่ยนแปลงตัวเองไปในทางที่ดีขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลที่มีความเจริญงอกงามในตนต่ำ จะเป็นผู้ที่มีความคิดปรับปรุงตนเองหรือพัฒนาตนเองต่ำและรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถที่จะพัฒนาได้ ซึ่งจากการศึกษาของพระมหาสมชาย (2562) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความงอกงามแห่งตนในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความงอกงามแห่งตนในระดับปานกลาง และ Woerkom and Meyer (2019) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งและความเจริญงอกงามในตนส่งผลต่อการเพิ่มระดับความสามารถในตนเอง นอกจากนี้จากการศึกษาของ Gladman (2018) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเจริญงอกงามในตนของผู้สูงอายุ โดยพบว่าการจัดให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆ และมีการสะท้อนกลับหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการพัฒนาตนเอง และจากการศึกษาของ Patha and Singh (2018) พบว่าความเจริญงอกงามในตนของแต่ละบุคคลแตกต่างกันและส่งผลต่อภาวะสุขภาพต่างกัน

จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีความเจริญงอกงามในตน เป็นบุคคลที่ต้องการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบเจอปัญหาจะมองปัญหานั้นว่าเป็นสิ่งที่ต้องแก้ไขและควรมีการพัฒนาอย่างหนึ่ง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการดูแล

ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องสร้างความสำเร็จองกงามในตน เพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาด่าง ๆ ในขณะที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ดังนั้นความสำเร็จองกงามในตนของญาติผู้ดูแล ก็คือ การที่ญาติผู้ดูแลมีความต้องการที่จะพัฒนาตนเองอยู่เสมอ พร้อมรับประสบการณ์ใหม่ๆ มีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

**การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in life)** คือ การที่บุคคลมีเป้าหมายต่างๆ ในชีวิตและรับรู้ว่าเป็นเป้าหมายนั้นๆ มีทิศทาง มีความหมายทั้งในอดีตและปัจจุบัน รวมถึงการมีจุดมุ่งหมายของการใช้ชีวิตของตนเอง เรียกว่า จุดมุ่งหมายในชีวิต (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) อีกทั้งการมีวุฒิภาวะก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญของการสร้างเป้าหมายต่างๆ ในชีวิตจะช่วยสนับสนุนให้สามารถเข้าสู่ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ได้ ดังนั้นบุคคลที่มีเป้าหมาย ความตั้งใจและการรับรู้ถึงเป้าหมายนั้นๆ ชัดเจน จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความตระหนักและรับรู้ชีวิตหรือการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่มีความหมาย โดยบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายในชีวิตสูง จะเป็นผู้ที่มีการกำหนดเป้าหมายในชีวิตและมีการวางแผนทางที่ชัดเจน เพื่อกำหนดไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ส่วนบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายในชีวิตต่ำจะเป็นผู้ที่มีความรู้สึกว่าการดำเนินชีวิตนั้นไม่ค่อยมีความหมาย มีการวางแผนในชีวิตบ้างแต่ไม่ทราบว่าจะไปสู่เป้าหมายนั้นอย่างไร

จะเห็นได้ว่าการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงได้มีการกำหนดเป้าหมายในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ รวมทั้งช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีการกำหนดเป้าหมายชีวิตตนเองด้วย ซึ่งจากรายงานวิจัยของ Musich et. al. (2018) พบว่าจุดมุ่งหมายในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และ AshaRani, Lai, Koh and Subramaniam (2022) ได้ศึกษาพบว่าการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นพลังบวกที่ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

**การยอมรับตนเอง (Self-acceptance)** คือ การที่บุคคลมีเจตคติทางบวกต่อตนเอง ยอมรับมุมมองที่หลากหลายทั้งลักษณะที่ดีและไม่ดี และมีความรู้สึกทางบวกเกี่ยวกับชีวิตในอดีตที่ผ่านมา (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) โดยการยอมรับตนเองถูกจัดเป็นหัวใจหลักของสุขภาวะทางจิตใจและเป็นส่วนหนึ่งของการบรรลุถึงศักยภาพแห่งตน (Self-actualization) บ่งบอกถึงการมีวุฒิภาวะและเกี่ยวข้องกับระยะเวลาของชีวิตทั้งอดีตและปัจจุบัน ดังนั้นบุคคลที่มีเจตคติเชิงบวกกับตนเองจะส่งผลต่อจิตใจทาง บวกได้อย่างเหมาะสม โดยบุคคลที่มีการยอมรับตนเองสูง จะเป็นผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับตนเองได้ทุกประการทั้งด้านดีและไม่ดี ในขณะที่บุคคลที่มีการยอมรับตนเองต่ำ จะรู้สึกไม่พึงพอใจในตนเอง ไม่พอใจในสิ่งที่ตนเองมี

รู้สึกผิดหวังกับอดีตที่ผ่านมาและมีความหวังอยากจะเป็นเหมือนคนอื่น และจากการศึกษาของ Shanshan et. al. (2021) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง พบว่าการยอมรับตนเองของผู้สูงอายุส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.32

จะเห็นว่าการยอมรับตนเอง เป็นความคิดความรู้สึกของการมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง การยอมรับสิ่งต่างๆ เกี่ยวกับตนเองได้ทั้งด้านดีและไม่ดีทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยในการวิจัยครั้งนี้ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้สึกยอมรับตนเองในเรื่องต่างๆ เช่น ยอมรับในบทบาทการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ยอมรับในความสามารถของตน ยอมรับและพร้อมที่จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

### การประเมินแหล่งทรัพยากรบุคคล

จากการรวบรวมเกี่ยวกับการประเมินแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล โดยใช้แบบวัดของกมล อัจฉี (2563) ได้พัฒนาแบบประเมินแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลด้านกายภาพ (Physical) จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” 2) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลทางด้านจิตใจ (Mental) จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึงระดับ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” และ 3) แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลทางด้านสังคม (Social) จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึงระดับ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” และมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.87 ถึง 0.93

นอกจากนี้ Ryff (1989) ได้พัฒนาแบบประเมินสุขภาวะทางจิตใจ (Psychological well-being) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของบุคคล ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีอิสระ ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม การมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผู้อื่น และการมีความเจริญงอกงามในตน โดยแต่ละองค์ประกอบจะมีข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา ระหว่าง 0.87- 0.93 เช่นเดียวกับการ ศึกษาของปิยะทิพย์ ประดู่พรม และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาการประเมินความเจริญงอกงามทางจิตใจ จำนวน 15 ข้อ ความเจริญงอกงามทางปัญญา จำนวน 15 ข้อ ความเจริญงอกงามทางสังคม จำนวน 15 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.93 นอกจากนี้ Shanshan et. al. (2021) มีการพัฒนา

แบบประเมินการยอมรับตนเอง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง จำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “จริงมากที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.88

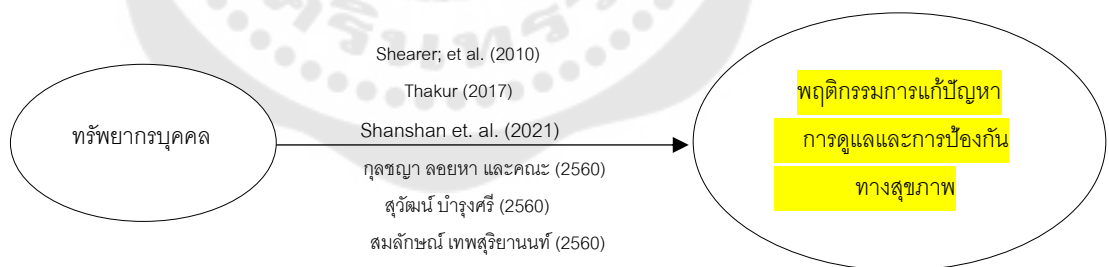
จะเห็นได้ว่าแบบประเมินการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer (2009) และ Shearer; et al. (2010) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาแบบประเมินการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดหลัก 2 ด้าน มี 5 องค์ประกอบ คือ ด้านที่ 1 แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคล ได้แก่ 1) ความเข้มแข็งทางจิตใจ 2) ความเจริญงอกงามในตน 3) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต 4) การยอมรับตนเอง และด้านที่ 2 แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ได้แก่ 1) การรับรู้เครือข่ายทางสังคม และ 2) การใช้บริการทางสังคม โดยใน 5 องค์ประกอบแรก เป็นพลังสุขภาพทางจิตใจตามแนวคิดของ Ryff (1989) มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ส่วนทรัพยากรบริบททางสังคม ได้พัฒนาแบบประเมินจาก Thakur (2017) โดยทาเกอร์ได้มีการพัฒนาแบบประเมินการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al. (2010) มาใช้ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ และมีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาอยู่ระหว่าง 0.63 ถึง 0.75

### **งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งทรัพยากรบุคคล**

จากการรวบรวมรายงานการวิจัยเกี่ยวกับทรัพยากรส่วนบุคคลกับพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วย โดยญาติผู้ดูแล ซึ่งจากการศึกษาของกุลชญา ลอยหา และคณะ (2560) ได้มีการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพบทบาทของนักจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลบุญเปื่อย อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นการกระตุ้นการ แสดงศักยภาพในบทบาทของการเป็นนักจัดการสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหมู่บ้านหรือตำบลมีการจัดการสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยของ Thakur (2017) พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพมีการเข้ามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05เช่นเดียวกับ Shanshan et. al. (2021) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง พบว่าการยอมรับตนเองของผู้สูงอายุส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.32 ( $r = .32$ ) และ กมลรัตน์ นุ่นคง (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพของนักศึกษา พบว่าศักยภาพของนักศึกษาในภาพรวม ( $r = .67$ ) ด้านบูรณาการ

( $r = .62$ ) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ( $r = .54$ ) ด้านเป้าหมายในชีวิต ( $r = .51$ ) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( $r = .51$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้สมลักษณะ เทพสุริยานนท์ (2560) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันกระจกตาอักเสบของนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ใส่คอนแทคเลนส์ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันกระจกตาอักเสบของนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ใส่คอนแทคเลนส์ ได้แก่ เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันกระจกตาอักเสบ การเข้าถึงทรัพยากรสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันกระจกตาอักเสบและการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันกระจกตาอักเสบ ซึ่งสามารถพยากรณ์ร่วมกันได้ ร้อยละ 25.6 และสุวัฒน์ บำรุงศรี (2560) ศึกษาแบบจำลองสมการโครงสร้างปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าแหล่งทรัพยากรบุคคลเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพและการป้องกันทางสุขภาพและความสามารถในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสามารถใช้เป็นหลักฐานที่ทำให้ผู้วิจัยคาดว่าแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความสามารถในการดูแลสุขภาพ และสามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงเส้นความสัมพันธ์ได้ ดังภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทรัพยากรบุคคลและพฤติกรรม  
การแก้ปัญหาการดูแลและการป้องกันทางสุขภาพ

### 5.1.2 แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

Shearer (2009) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพเป็นกระบวนการที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพเกิดมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ แหล่งทรัพยากรบริบทสังคม (Social resources)

#### ความหมายของแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

ความหมายของแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม ตามที่ Bulatao; & Anderson (2004) กล่าวว่า แหล่งทรัพยากรสังคม (Social resources) มีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมสภาพแวดล้อมที่มีศักยภาพซึ่งจะมีอิทธิพลต่อลักษณะประชากร สุขภาพและวิถีชีวิตของมนุษย์ เช่น การสนับสนุนทางสังคม เช่นเดียวกับ Tsounis & Tarvasaros (2019) กำหนดคำนิยามของแหล่งทรัพยากรทางสังคม คือ เป็นมุมมองทางสภาพแวดล้อมทางสังคมที่หลากหลายของบุคคล ได้แก่ การศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย การติดต่อทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ในส่วนของ Shearer (2009) กล่าวว่า แหล่งทรัพยากรบริบทสังคมจัดเป็นคุณลักษณะของแต่ละบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดทางสุขภาพ เป็นแหล่งทางสังคมที่มีและได้รับการสนับสนุน เพื่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือเรียกว่า การสร้างเครือข่ายสังคม (Social network) ได้แก่

#### การรับรู้เครือข่ายทางสังคม

เครือข่ายทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงระหว่างสมาชิกซึ่งอาจเป็นบุคคลต่อบุคคล บุคคลต่อกลุ่ม หรือกลุ่มต่อกลุ่ม เครือข่ายต่อเครือข่าย กลายเป็นเครือข่ายย่อยภายใต้เครือข่ายใหญ่โดยมีเป้าหมายเดียวกัน เพื่อการทำกิจกรรมร่วมกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งการทำกิจกรรมนั้นอาจทำเป็นครั้งคราวหรือต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่เชื่อมโยงสมาชิกเข้าด้วยกัน เพราะสมาชิกทุกคนต่างต้องการทำให้บรรลุผลวัตถุประสงค์และได้รับประโยชน์ร่วมกัน (สนธยา พลศรี, 2550: 207)

เครือข่ายทางสังคม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กัน มีความร่วมมือและทำกิจกรรมร่วมกันตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ ดังนั้น การรับรู้เครือข่ายทางสังคม คือ การมีข้อมูลของกลุ่มบุคคลที่มีเป้าหมายในเรื่องเดียวกัน และร่วมมือกันในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน (น้ำทิพย์ วิภาวิน, 2558)

สรุปได้ว่า การรับรู้เครือข่ายทางสังคม หมายถึง การมีข้อมูลของกลุ่มสมาชิกชมรม หรือองค์กรต่างๆ ในสังคมที่มีแนวคิดในการทำกิจกรรมต่างๆ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อเป้าหมายและผลประโยชน์ร่วมกัน



Shearer (2009) กล่าวว่า การรับรู้เครือข่ายทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงแหล่งบริการทางสุขภาพที่มีปฏิสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ทางสังคมและสามารถเข้าไปรับบริการ เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง บุคคลในครอบครัว ชุมชนและสังคม

การรับรู้เครือข่ายทางสังคม โดย Ryff (1989) และ Ryff; & Keye (1995) เชื่อว่าการมีสัมพันธภาพที่อบอุ่น ความเชื่อใจระหว่างบุคคล เป็นส่วนประกอบหลักของการมีสุขภาพจิตที่ดีและบุคคลที่มีการตระหนักรู้ตัวตนนั้น จะเป็นบุคคลที่สามารถเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น มีความเห็นอกเห็นใจเพื่อนมนุษย์ด้วยกันและยังมีความสามารถในการสร้างความรักที่ดีและสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นกับผู้อื่น โดยบุคคลที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นสูง จะเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้างให้ความเป็นห่วงใยในความเป็นอยู่ของผู้อื่น สามารถที่จะแสดงอารมณ์และพฤติกรรมต่อผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมและเข้าใจถึงการให้และการรับ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นต่ำ จะเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับคนรอบข้างน้อย ไม่ชอบสูงส่งกับใคร มักแยกตัวออกจากผู้อื่นและจะรู้สึกหงุดหงิดเมื่อต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ไม่ยอมปรับเปลี่ยนตัวเองในการรักษาหรือสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น โดยจากการศึกษาของ วรรณภาทิพย์มาลัยและสุวรรณยา ธรรมอภิพล (2562) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากการพูดคุยกับเพื่อนหรือคนรู้จัก และจากการศึกษาของณิศาชล นาคกุล (2561) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในเขตเทศบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงต้องการการพัฒนาศักยภาพที่สมดุล ที่มติดตามเยี่ยมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเอง

### การใช้บริการทางสังคม

การใช้บริการทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้เข้าไปใช้ประโยชน์จากแหล่งบริการทางสังคมของหน่วยบริการชุมชน (Thakur, 2017) และจากข้อกำหนดคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติว่าด้วยมาตรฐานการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2550 ในหมวดที่ 1 ข้อ 6 การจัดบริการสวัสดิการสังคมต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการสวัสดิการ การให้ผู้รับบริการสวัสดิการสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้อย่างทั่วถึงเหมาะสมและเป็นธรรม โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การรักษาสิทธิที่ประชาชนจะต้องได้รับและการมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการสังคมทุกระดับ นอกจากนี้การจัดบริการสวัสดิการสังคมต้องคำนึงถึงความหลากหลายของการจัดสวัสดิการสังคม อาทิเช่น การบริการทางสังคม การบริการทางการศึกษา การบริการทางสุขภาพอนามัย การบริการของที่อยู่อาศัย การฝึกอาชีพ

นันทนาการ และกระบวนการยุติธรรม โดยการบริการทางสังคมแต่ละด้านล้วนมีความสำคัญทั้งสิ้น

- บริการสังคมด้านการศึกษ ได้แก่ การจัดสวัสดิการให้เรียนฟรี 15 ปี การให้สิทธิคนพิการให้ได้รับการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การจัดให้มีกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา การจัดทำโครงการนักเรียนและแอร์โฮสเทลเพื่ออาหาร โครงการหนังสือคอมพิวเตอร์เพื่ออาหาร โครงการละ 1 อำเภอ 1 ทุน และโครงการสนับสนุนให้การศึกษาสำหรับบุตรผู้มีรายได้น้อย

- บริการสังคมด้านสุขภาพอนามัย เป็นการสร้างระบบการจัดสวัสดิการทางสุขภาพ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างเท่าเทียมกันในทุกระดับ ทุกอาชีพ ได้แก่ การให้สิทธิในการรักษาพยาบาลสำหรับระบบสวัสดิการข้าราชการ การจัดให้มีการรักษาพยาบาลในระบบประกันสังคม และการสนับสนุนการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการจัดหาน้ำดื่มเพื่ออาหารในชุมชน การจัดสวัสดิการด้านสาธารณสุข การส่งเสริมการจัดการดูแลสุขภาพอนามัยในครอบครัวและการสนับสนุนแหล่งบริการรักษาพยาบาลในชุมชน

- บริการสังคมด้านที่อยู่อาศัย การบริการด้านที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งจำเป็นในสังคมปัจจุบัน เพื่อสร้างความเท่าเทียมแก่ประชาชนฐานราก โดยรัฐบาลได้จัดโครงการสวัสดิการต่าง ๆ ได้แก่ โครงการพัฒนาที่อยู่อาศัยในเขตชนบทตามแนวพระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียง โครงการบ้านเอื้ออาทร โครงการบ้านมั่นคง โครงการปรับปรุงพัฒนาแหล่งชุมชนแออัด การจัดการระบบความปลอดภัยของที่อยู่อาศัยอย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท

- บริการสังคมด้านการทำงานและการมีรายได้ โดยเหตุผลของการจัดสวัสดิการด้านการสร้างรายได้ขึ้นสืบเนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจที่ยากจน จะเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพทั้งปวงตามวงจร โง่ จน เจ็บ โดยรัฐบาลได้มีการริเริ่มการจัดสวัสดิการต่าง ๆ ได้แก่ โครงการฟื้นฟูอาชีพเกษตรกร โครงการแท็กซี่เอื้ออาทร โครงการส่งเสริมการฝึกอบรมและการพัฒนาอาชีพ การจัดการบริการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแรงงาน เพื่อการจัดหางานและสร้างรายได้แก่ประชาชน

Shearer (2009) กล่าวว่า การใช้บริการทางสังคม หมายถึง การที่ญาติ ผู้ดูแลมีการเลือกใช้บริการสุขภาพหรือแหล่งสนับสนุนด้านสุขภาพในชุมชน โดยญาติผู้ดูแลสามารถเข้าถึงและได้รับการบริการ เพื่อการดูแลสุขภาพ จากการรวบรวมรายงานผลการศึกษาทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยยิวดี รอดจากภัย และกุลวดี ไรจน์ไพศาลกิจ (2562) ที่ได้

ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่ากระบวนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม เป็นสิ่งที่ทำให้เครือข่ายเกิดการขยายเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดกิจกรรมที่หลากหลายเป็นประโยชน์และเกิดการพัฒนาระบบเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของกิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2562) พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุสามารถช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทั้งทางกาย จิตและสังคมเพื่อให้ชีวิตมีคุณค่ามีคุณภาพประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแล นอกจากนี้จากการศึกษาของ Alshammari; et al. (2017) ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาหรือผล กระทบของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพในขณะดูแลผู้สูงอายุที่บ้านคิดเป็น ร้อยละ 58.4 และต้องการให้ทีมสุขภาพมาเยี่ยมบ้านร้อยละ 72.9 เช่นเดียวกับงานวิจัยของจักรี บัดพี และนวนลฉลิ ประเสริฐสุข (2559) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขได้ร้อยละ 23.4

### **การประเมินแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม**

ในการประเมินการใช้บริการทางสังคม ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินบริบทสังคมตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al. (2010) โดยมีการประเมินใน 4 องค์ ประกอบแรกตามกรอบนิยามของ Ryff (1989) ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยข้อความทางบวกจะมีระดับความคิดเห็นตั้งแต่ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) ซึ่งข้อความทางบวกจะมีค่าคะแนนความคิดเห็นเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนข้อความทางลบค่าคะแนนความคิดเห็นจะตรงข้ามกัน ต่อมา Thakur (2017) ได้นำแบบวัดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al. (2010) มาปรับใช้ โดยลดข้อความเป็นองค์ประกอบละ 7 ข้อ มีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาอยู่ระหว่าง 0.69 ถึง 0.79

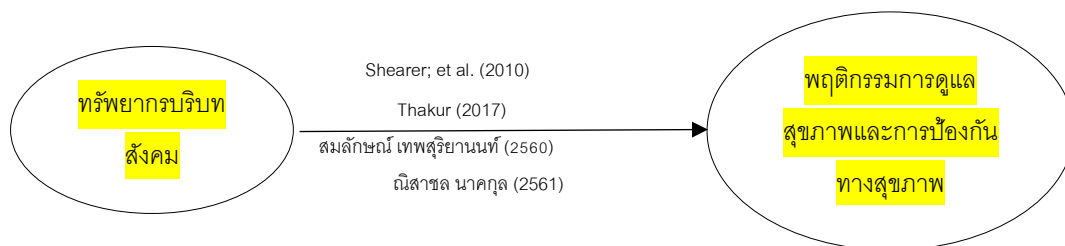
ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมาจากแบบประเมินการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al, (2010) ร่วมกับของ ทาเกอร์ (Thakur. 2017) ในส่วนของการใช้บริการทางสังคม ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัด

ประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยมากที่สุด” ถึง “เห็นด้วยน้อยที่สุด” และเพื่อความเหมาะสมของแบบประเมินในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการปรับลักษณะการวัดขององค์ประกอบการใช้บริการทางสังคมเป็นมาตรวัดของความถี่ในการใช้บริการทางสังคม คือ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติมากที่สุด” ถึง “ปฏิบัติน้อยที่สุด” โดยญาติผู้ดูแลที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม มากกว่าญาติผู้ดูแลที่ได้คะแนนต่ำกว่า

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม

จากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมกับการดูแลสุขภาพ โดยจากการศึกษาของณิสาชล นาคกุล (2561) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในเขตเทศบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียงต้องการการพัฒนาศักยภาพทีมดูแล ทีมติดตามเยี่ยม การมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของยุวดี รอดจากภัย และกุลวดี ใจจณีไพศาลกิจ (2562) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่ากระบวนการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม เป็นสิ่งที่ทำให้เครือข่ายเกิดการขยายเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดกิจกรรมที่หลากหลายเป็นประโยชน์และเกิดการพัฒนาระบบเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของกัตติกา ธนะกว้าง (2560) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับกลไกของเครือข่ายทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่าเครือข่ายเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ

จากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการป้องกันทางสุขภาพ จึงเป็นหลักฐานที่ช่วยให้ผู้วิจัยคาดการณ์ว่าแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการป้องกันทางสุขภาพ โดยสามารถเขียนเป็นแผนภาพแสดงเส้นความสัมพันธ์ได้ ดังภาพ ประกอบ 9



ภาพประกอบ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและการป้องกันทางสุขภาพ

## 5.2 แนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy: EHL) ประกอบด้วยคำว่าความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL) และอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health: EH) โดยมีความหมาย ดังนี้

### 5.2.1 อนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health)

อนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) เป็นการจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและภาวะการเจ็บป่วยของประชาชน โดยงานอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ เพื่อต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังสามารถป้องกันตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้ปลอดภัยจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ การมีสุขภาพกายดีย่อมส่งผลต่อความสุขทางจิตใจและสังคมตามมา โดยการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจะให้ความสำคัญกับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ที่มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นงานด้านสาธารณสุขจึงมุ่งแสวงหาวิธีการในการแก้ไขปรับปรุง รวมทั้งการพัฒนากลไก หรือพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่สามารถช่วยควบคุมองค์ประกอบต่าง ๆ ของสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ (WHO, 1998)

จากความหมายของอนามัยสิ่งแวดล้อมตามที่องค์การอนามัยโลกได้อธิบายไว้ดังกล่าวข้างต้น การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การจัดการน้ำดื่ม น้ำใช้ที่อยู่อาศัย สัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค ขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลต่าง ๆ รวมทั้งการควบคุมมลพิษทางน้ำ ทางอากาศและมลพิษอื่น ๆ ให้สะอาด ปลอดภัย เพื่อให้มนุษย์มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจปราศจากโรคและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

โดยงานอนามัยสิ่งแวดล้อมกระทรวงสาธารณสุข (2562) มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนให้ความสำคัญกับการรักษา ควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อมรวมทั้งมลพิษต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพของประชาชน

#### 5.2.2 องค์ประกอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามหลักสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วยองค์ประกอบตามพื้นฐานการดำรงชีวิตของบุคคลในชุมชน มีดังนี้ (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2560)

- 1) การจัดการขยะในครัวเรือนและชุมชน
- 2) การสวม หน้ากากและสิ่งปกคลุม
- 3) การจัดบ้านหรือที่อยู่อาศัยให้สะอาด ถูกสุขลักษณะ เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อลดความเสี่ยง ป้องกันแหล่งสะสมเชื้อโรคและสัตว์นำโรคต่างๆ และป้องกันการติดเชื้อมากขึ้นในผู้ป่วย

- 4) การเฝ้าระวังและดูแลคุณภาพอาหารและน้ำดื่ม

- 5) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน การจัดการมลพิษทางอากาศ รวมทั้งการจัดการเหตุรำคาญต่างๆ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

หลักการพื้นฐานในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน ชุมชน และการจัดการด้านสุขภาพ โดยมีพิจารณาแหล่งกำเนิดเส้นทางเข้าสู่ร่างกายและผู้รับสัมผัส งานอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นการเชื่อมต่อกับด้านสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ โดยในการดำเนินการต้องคำนึงถึงจุดกำเนิดของปัญหา เพื่อป้องกันตั้งแต่ต้นทางและหาวิธีป้องกันการส่งผ่านความเสี่ยงเข้าสู่ผู้รับสัมผัส สำหรับผู้รับสัมผัสควรมีความสามารถในการป้องกันความเสี่ยงก่อนเข้าสู่ร่างกายด้วยการป้องกันที่ระบบการหายใจ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ และการสัมผัสทางผิวหนัง ซึ่งในงานวิจัยนี้องค์ประกอบของอนามัยสิ่งแวดล้อมที่นำมาศึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ตัดบ้านติดเตียงด้วยการจัดการขยะในครัวเรือน การจัดการสวมและสิ่งปกคลุม และการจัดบ้านหรือที่อยู่อาศัยให้สะอาด ถูกสุขลักษณะและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในบ้านที่พักอาศัย

#### 5.2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) นั้นเป็นความสามารถของบุคคลในการใช้ ทักษะทางปัญญาและทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพื่อการคิดพิจารณาอย่างเข้าใจ สมเหตุสมผล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ทั้งการดูแลสุขภาพและการตัดสินใจเลือกใช้บริการด้าน

สุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง รวมทั้งสามารถเลือกตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ และสามารถคงไว้ซึ่งสภาวะการมีสุขภาพดี (กองสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และองค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นกระบวนการทางปัญญาและ ทักษะทางสังคมทำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจการใช้ข้อมูลเพื่อ การติดต่อสื่อสาร สำหรับการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ความรอบรู้ด้าน สุขภาพยังหมายถึง การกระทำอย่างต่อเนื่องของบุคคล ซึ่งเป็นการใช้ทักษะด้านการคิดด้วยปัญญา และ ทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการ บริการทาง สุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจให้มีการ ตัดสินใจเลือกวิถีใน การดูแลสุขภาพตนเอง จัดการตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของ ตนเองไว้ได้เสมอ (อังคินันท์ อินทรกำแหง 2560) สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพื่อการ คิดพิจารณาอย่างเข้าใจสมเหตุสมผลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งการดูแลสุขภาพและการตัดสินใจ เลือกรับบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถดูแลหรือแนะนำบุคคลในครอบครัว เพื่อการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ และสามารถคงไว้ซึ่งสภาวะการมีสุขภาพดี โดยจากการ รวบรวมรายงานการวิจัยพบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ การศึกษาของชนวนทอง ธนสุกาญจน์ (2560) ซึ่งได้ศึกษาถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ประชาชนไทยพบว่าประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน เกณฑ์เฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 50 และขาดข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของธัญชนก ชุมทองและคณะ (2559) พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีระดับความ รอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.7 เช่นเดียวกับ Yuen, Knight, Ricciardelli, & Burney (2018) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลและผู้รับการดูแลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลและผู้รับการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระมาก ขึ้นในการดูแลผู้ป่วย สำหรับผู้รับการดูแลพบว่าผู้รับการดูแลมีปัญหาในการจัดการตนเองด้าน สุขภาพ ผู้รับบริการจึงต้องการได้รับการบริการสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของ Deviani; et al., (2020) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการค้นหาและการยอมรับความรอบรู้ด้าน สุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ผลการ ศึกษาพบว่าผู้ดูแลต้องมีทักษะเกี่ยวกับความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะได้รับผลกระทบจากการ ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมน้อย

สำหรับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy) ได้มีผู้กำหนด ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความรู้และทักษะที่บุคคลใช้ในการตัดสินใจเพื่อป้องกันสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่เพื่อป้องกันการสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (Gray, 2018)

ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึงความเข้าใจในการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจ โดยมีพื้นฐานจากความรู้ เจตคติและพฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งสิ่งแวดล้อมด้านอากาศ อาหาร น้ำและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ทั่วไป (Lichtveld et al., 2019)

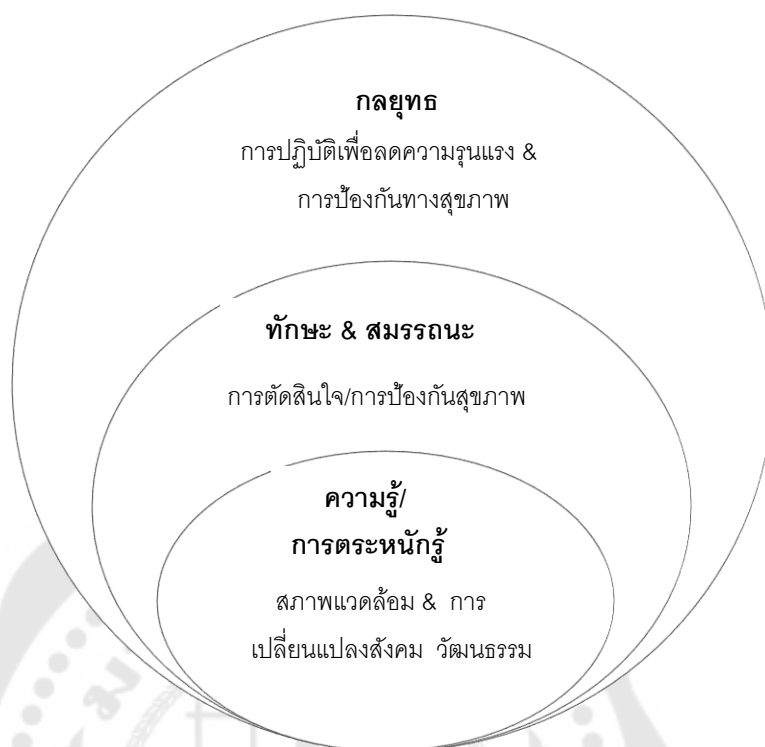
ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมาให้ความหมายร่วมกัน โดยให้ความหมายว่าความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการสืบค้น ทำความเข้าใจและประเมินข้อมูลที่ได้ เพื่อนำข้อมูลเกี่ยวกับด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ไปใช้ในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลและป้องกันสุขภาพของตนเองจากปัญหาสิ่งแวดล้อมต่างๆ ให้ปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (อังศินันท์ อินทรกำแหงและสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

โดยสรุปความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ เพื่อการตัดสินใจในการจัดการดูแลรักษาสุขภาพแวดล้อมที่เป็นต้นเหตุของการเกิดโรคหรือทำให้มีการสะสมของเชื้อโรค แพร่กระจายเชื้อโรคและทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อลดปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดจากสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะและไม่ปลอดภัย

จากการศึกษาด้านสาธารณสุข (Society for Public Health Education, 2015) มีความเชื่อว่าสุขภาพมนุษย์มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมและสังคม อีกทั้งสิ่งแวดล้อมยังเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย โดยแหล่งกำเนิดของสิ่งแวดล้อมต่างกันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระดับความรุนแรงที่ต่างกันจึงมีการริเริ่มแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy: EHL) ตามที่ Nicholson (2000) ได้อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นการนำเอาแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและแนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมมารวมอธิบายภาวะสุขภาพของบุคคลได้ตามความเชื่อที่ว่าสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลด้วยการศึกษาทำความเข้าใจ ประเมินและใช้ข้อมูลเกี่ยวกับด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ป้องกันสิ่งแวดล้อมและเพิ่มคุณภาพชีวิต



ต่อมา Finn; et al. (2018) ได้มีการศึกษาเพิ่มเติมพบว่าความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและมีความเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายสาขาจึงจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ การตัดสินใจ การแก้ปัญหาทางสุขภาพและการแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและชุมชน ต่อมาในปี 2018 Gray (2018) ได้ศึกษาเพิ่มเติมและรายงานว่าความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ เนื่องจากสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกหลักอนามัยเป็นปัจจัยเสี่ยงในการทำให้โรคลุกลามและเป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดต่อแพร่เชื้อโรคในชุมชน ซึ่งแนวคิดหลักของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย 3 ประการ คือ 1) การส่งเสริมความเข้าใจ ความตระหนักของบุคคลให้เห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมลักษณะสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ 2) ความสามารถในตนเองของบุคคลในการดูแลสุขภาพ (Self-efficacy) เพื่อช่วยป้องกันอันตรายจากสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ภาวะเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น 3) พฤติกรรมการลดความเสี่ยงและป้องกันสุขภาพของบุคคล บุคคลที่มีการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันตนเองจากภาวะเจ็บป่วยอย่างสม่ำเสมอจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพของชุมชนตามมา จากแนวคิดทั้ง 3 ประการดังกล่าว เป็นการส่งเสริมสร้างความเข้าใจความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพแวดล้อมของครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างต่อเนื่องเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้น ดังภาพประกอบ 10



ภาพประกอบ 10 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม: บริบทการเรียนรู้

ที่มา: Gray (2018)

จะเห็นได้ว่าองค์ความรู้ของศาสตร์สาขาต่างๆ หลายสาขาไม่ว่าจะเป็นวิทยาศาสตร์ สังคม วิทยา วิทยาศาสตร์สุขภาพและจิตวิทยา ล้วนมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะวิทยาศาสตร์ สุขภาพ โดยภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมนั้นมีความสัมพันธ์กัน สิ่งแวดล้อมจะเป็นปัจจัยส่งเสริมในการทำให้เกิดโรค การติดต่อและการแพร่เชื้อโรค ซึ่งแนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนั้นประกอบด้วย 1) การตระหนักรู้และความเข้าใจของบุคคล 2) ความสามารถหรือทักษะการตัดสินใจด้านการป้องกันสุขภาพ 3) กลยุทธ์ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อลดความรุนแรงและป้องกันสุขภาพ โดยทั้งสามองค์ประกอบเป็นแนวคิดสำคัญของการจัดการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม (Finn & O' Fallon, 2019) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การตระหนักรู้และความรู้ความเข้าใจของบุคคล ซึ่งเป็นการตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเป็นอันตรายทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เกิดภาวะเจ็บป่วยตามมา อีกทั้ง Finn & O' Fallon (2018) อธิบายว่าการดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งในภาวะปกติและภาวะ

เจ็บป่วย และมีความเชื่อมโยงกับลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมในชุมชนนั้นๆ โดยสังคมวัฒนธรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ยังมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น การใช้น้ำจากแหล่งน้ำที่มีสารเคมีซึมผ่านจากใต้ดิน การไม่รักษาความสะอาดของเครื่องอุปโภคบริโภคต่างๆ ล้วนส่งผลต่ออาการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆตามมาโดยเฉพาะผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ยังมีโอกาสได้รับความเสี่ยงนี้มากขึ้นทำให้กลายเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อเป็นวงกว้างทั้งครอบครัว ชุมชนและสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการกระตุ้นเตือนหรือนำเสนอให้บุคคลในชุมชนเข้าใจถึงอันตรายของสภาพแวดล้อมที่เป็นมลพิษที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง บุคคลในครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการตระหนักรู้ความเข้าใจถึงความเสี่ยงต่างๆ นั้นแตกต่างกัน การพัฒนาการตระหนักรู้ของบุคคลจะเกิดขึ้นเมื่อได้เห็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงปัจจัยเสี่ยงและอันตรายของสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมยอมส่งผลกระทบต่อสุขภาพ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาค้นคว้าวิจัยอย่างต่อเนื่อง เพื่อการตอบสนองที่ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน และเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีการเตรียมการวางแผนในการป้องกันปัญหาสุขภาพต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมและเพื่อประโยชน์ในการเพิ่มสุขภาวะที่ดี

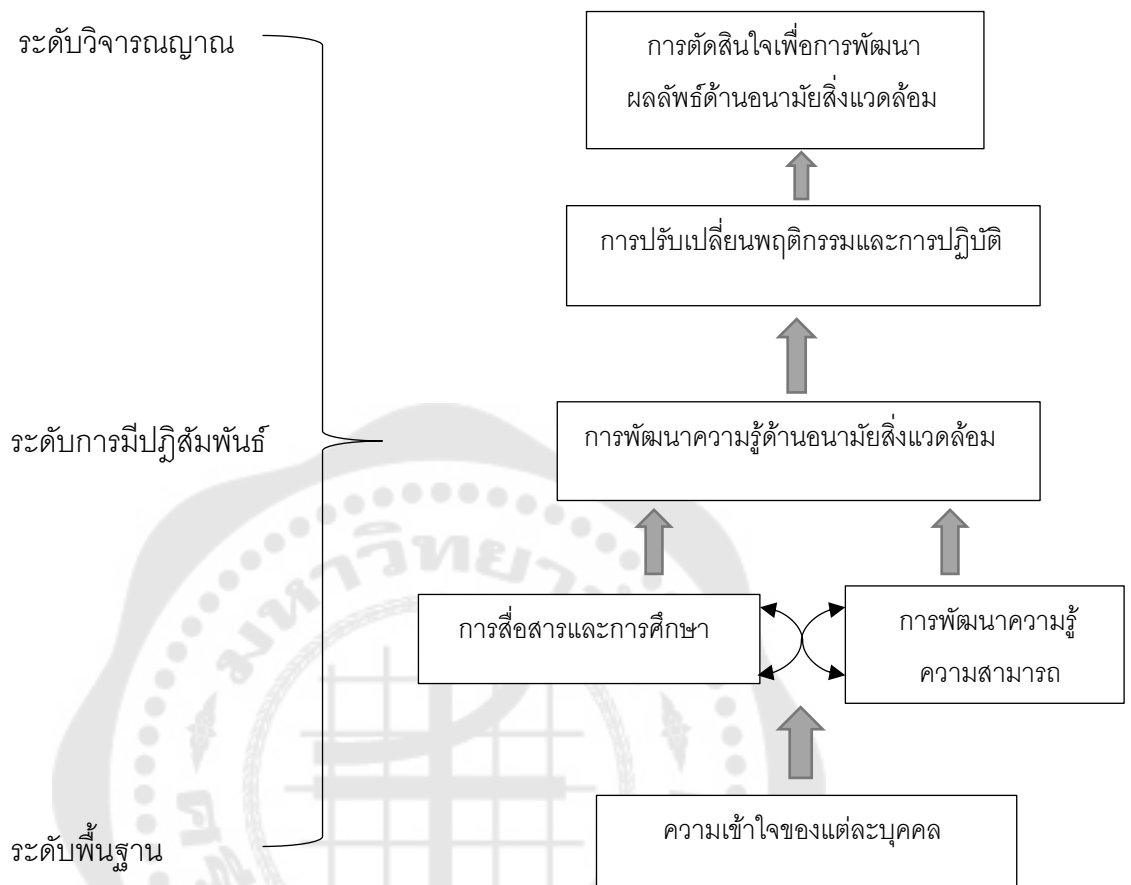
2. ความสามารถหรือทักษะการตัดสินใจ โดยเฉพาะการพิจารณาข้อมูลทางสุขภาพเพื่อเลือกแนวทางที่เป็นประโยชน์และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพมากที่สุด ความสามารถหรือทักษะการตัดสินใจเป็นความสามารถของแต่ละบุคคล เป็นการตัดสินใจตามการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อลดอันตรายจากปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยบุคคลมีความเชื่อในศักยภาพ ของตนว่ามีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่คาดหวังที่จะเกิดขึ้น เช่น ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลและการทำความเข้าใจในข้อมูลทางสุขภาพ วิทยาศาสตร์ รวมทั้งความสามารถในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของชุมชน (To participate in community decision-making) หรือเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความเสี่ยงเฉพาะโรค เช่น ความสามารถในการลดปัจจัยกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมในบ้านที่ก่อให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบ และการตัดสินใจเลือกแนวทางเกี่ยวกับการดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกหลักอนามัยและปลอดภัย นอกจากนี้ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่ง จำเป็นสำหรับผู้ดูแลและผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จึงมีโอกาสได้รับผลกระทบจากการดูแลสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เพราะการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่ไม่ถูกหลักสุขลักษณะ ไม่สะอาดจะเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคและทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อโรคเข้าสู่ตัวผู้ป่วยได้ง่าย ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ซึ่งส่งผลให้อาการขอโรครุนแรงขึ้น

จนอาจเสียชีวิตได้ ดังเช่นจากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (2562) อธิบายว่าการละเลยไม่สนใจจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกหลักอนามัยแก่ผู้ป่วยอัมพาตย่อมส่งผลให้อัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและที่พบมากเป็นการติดเชื้อในระบบหายใจ รองลงมาคือ การติดเชื้อที่แผลกดทับและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะตามลำดับ โดยการติดเชื้อนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตติดเตียงจากการ ติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด

3. การปรับเปลี่ยนของชุมชนหรือการลงมือปฏิบัติ เพื่อเป็นการลดหรือเป็นการเคลื่อนย้าย ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพให้ห่างไกลจากบุคคล โดยเป็นความร่วมมือกันทั้งในระดับบุคคล กลุ่มคนในชุมชน และนำไปสู่สังคม โดยการนำความรู้และทักษะที่มีไปใช้ตามการรับรู้ความสามารถของตน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้เกิดขึ้นในชุมชน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายและเพิ่มการมีภาวะสุขภาพที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่าผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนในชุมชนที่เกิดขึ้นได้นั้นสามารถนำเสนอذجกรอบทฤษฎีในการจูงใจให้ผู้เข้าร่วมกระบวนการวิจัยเพื่อพัฒนา EHL ของบุคคลและชุมชน ก่อเกิดเป็นคลังความรู้และความเชื่อมั่นในตนเองหรือเป็นทุนทางสังคม ดังแสดงในภาพประกอบ เป็นการบูรณาการการวัดในระดับบุคคลและระดับชุมชน โดยมีพื้นฐานความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ (Science Literacy) ความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Literacy) และความรู้ด้านสาธารณสุข (Public Health Literacy) ที่ตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการปฏิบัติร่วมกันในชุมชนเพื่อขจัดสิ่งอันตรายจากการปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม จึงควรมีการสร้างเครื่องมือวัดในชุมชน (EHL Scale) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบพัฒนาฝึกอบรมทักษะและกลยุทธ์ในการลดอันตรายจากสิ่งปนเปื้อนสารอันตรายต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมต่อไป

ความรู้รอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยลักษณะองค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความเกี่ยวข้องกัน โดยมีกรอบแนวคิด ดังภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 ประโยชน์ของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ที่มา: Neubeem, 2000 & Finn and O' Fallon, 2017

จากลักษณะโครงสร้างตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมดังกล่าวข้างต้นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือมีโรคประจำตัวจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถดูแลสุขภาพร่วมกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมกันแบบบูรณาการ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมดีจะส่งผลต่อการปฏิบัติตน เพื่อการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้เกิดสุขภาวะที่ดีอย่างต่อเนื่อง (Finn & O' Fallon, 2019) โดย Parkes; et al. (2003) ได้กล่าวว่าในการดูแลสุขภาพป่วยเรื้อรังควรนำหลักการดูแลสุขภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่ถูกหลักอนามัยและมีความปลอดภัยมาใช้วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยจะสามารถ

ช่วยลดอัตราการติดเชื้อและลดอาการรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยได้ทั้งผู้ป่วยที่อาศัยในเขตเมืองและชนบทและส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลลดลงและมีรายงานว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้หรือเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยเมื่ออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมไม่ถูกหลักอนามัยจะเกิดอาการแทรกซ้อน คือ การติดเชื้อเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นการติดเชื้อจากภายนอกเข้าสู่ภายในร่างกาย ทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นและต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันมากขึ้น

จะเห็นว่าความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยและเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ให้ดีขึ้น มีคุณภาพมากขึ้น โดยช่วยป้องกันความเสี่ยงหรืออันตรายต่าง ๆ จากภาวะแทรกซ้อน โดยจากการศึกษา เอกสารวิชาการของ Catedraticos (2018) พบว่าการส่งผ่านความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสามารถเป็นตัวส่งผ่านตัวแปรเชิงสาเหตุสู่ตัวแปรผลได้และสำหรับในประเทศไทยการศึกษายังไม่ครอบคลุมถึงการศึกษาระดับเชิงทดลองโดยมีการส่งผ่านความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่พฤติกรรมตามบทบาทของญาติผู้ดูแล การวิจัยในครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมาใช้เป็นตัวแปรส่งผ่านเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมตามบทบาทของญาติผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในการทำหน้าที่ในบทบาทญาติผู้ดูแลต่อไป และจากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของวิชัย ศรีนา (2565) พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกันฝุ่นละอองพีเอ็ม 2.5 ของอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอาสาสมัครสาธารณสุข สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมส่งผลให้เกิดความเข้าใจข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สามารถตรวจสอบข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและตัดสินใจเลือกแนวทางในการป้องกันสุขภาพได้เช่นเดียวกับ McLain; et al. (2018) ได้ศึกษาโดยนำหลักการความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไปทดลองใช้ในจัดการแหล่งน้ำในชุมชน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น

สำหรับเครื่องมือที่ใช้การประเมินความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินของอังคินันท์ อินทรกำแหง ร่วมกับสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย (2562) เพื่อวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ แนวคิด

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมากำหนดนิยามปฏิบัติการของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ เป็นความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมิน และสามารถใช้อินโฟมูด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่สร้างทางเลือกในการตัดสินใจเพื่อดูแลและป้องกันสุขภาพของตนเอง ครอบครัว นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและรักษาสิ่งแวดล้อม จำนวน 28 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบคือ 1) การมีความเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 2) การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม 3) การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 4) การตัดสินใจเพื่อการดูแลและป้องกันสุขภาพ องค์ประกอบละ 7 ข้อ แบบวัดเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ จริงมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง จริงน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ การวิจัยและการวัดจำนวน 3 ท่าน ซึ่งทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.89 - 0.93 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง 0.31- 0.89

จะเห็นว่าความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนั้น จะมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การจัดสภาพแวดล้อม โดยจากการศึกษาของสุชน ยัมรัตน์บวร (2560) ได้ทำการวิจัยเรื่องการเสนอแนะการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งได้เสนอหลักการออกแบบที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Aging in place design) นั้นควรให้ความสำคัญและคำนึงถึงความปลอดภัย ความสะดวกสบายในการใช้สอยความเข้าใจในการใช้งาน จึงได้พัฒนาโครงการจัดบ้านยัมเพื่อประชาชนระยะที่ 3 ของสำนักโยธา กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้ คือ 1) ขจัดอุปสรรค (Barrier-Free Design) เช่น หลีกเลี่ยงพื้นต่างระดับ 2) สร้างทางเลือก เช่น มีบันไดสำหรับบุคคลอื่น ๆ ใช้ และสร้างทางลาดไว้ด้านข้างของอาคารสำหรับผู้สูงอายุ 3) ออกแบบจัดสภาพแวดล้อมที่เปิดกว้าง เพื่อให้ทุกคนใช้ร่วมกัน (Universal Design) โดยการตีความจากหลัก 7 ประการ ในการออกแบบ เพื่อคนทั้งมวล ได้แก่ ความเสมอภาค ความยืดหยุ่นในการใช้งาน สามารถใช้งานได้ง่าย/เข้าใจง่าย ข้อมูลชัดเจน มีระบบป้องกันอันตราย ใช้แรงน้อยและขนาดพื้นที่ใช้งานเหมาะสมกับการเข้าถึงและการใช้สอย โดยเฉพาะผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การจัดสภาพแวดล้อมต่างๆ จึงเป็นหน้าที่หลักของญาติผู้ดูแล ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของญาติผู้ดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยและเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นมีคุณภาพมากขึ้น โดยช่วยป้องกันความเสี่ยงหรืออันตรายต่าง ๆ จากภาวะแทรกซ้อน โดยจากการศึกษาเอกสารวิชาการของ Catedraticos (2018) พบว่าการส่งผ่านความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสามารถเป็นตัวส่งผ่านตัวแปรเชิงสาเหตุสู่ตัวแปรผลได้ และสำหรับประเทศไทย

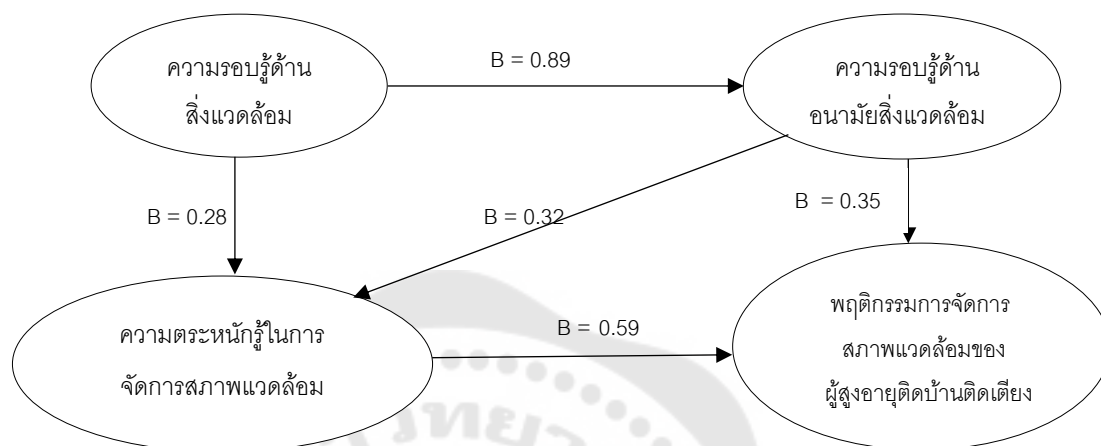
การศึกษาที่ผ่าน มาจะเน้นที่การจัดสภาพที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุที่ยังพอสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ โดยผลกระทบจากการดูแลสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกหลักอนามัย ไม่สะอาดและไม่ปลอดภัย จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงลดลง และพบว่าการฝึกทักษะเกี่ยวกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจะส่งช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง แมคเคลน และคณะ (McLain; et al. 2018)

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

จากแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จะเห็นว่ามนุษย์นั้นมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพซึ่งมีโรคหลายโรคที่มีอาการรุนแรงขึ้นจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยองค์การอนามัยโลกได้กล่าวว่อนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นการจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและภาวะการเจ็บป่วยของประชาชน โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ เพื่อต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังสามารถป้องกันตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้ปลอดภัยจากการจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ โดยจากรายงานการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและความตระหนักรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อม โดยมีการประเมินผ่านตัวแปร คือ 1) ความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ระดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.89 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อความตระหนักรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่ระดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.28 และ 0.32 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 3) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความตระหนักรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการจัดการสภาพแวดล้อมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ระดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.35 และ 0.59 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (อังสินันท์ อินทรกำแหง ร่วมกับสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2562) สามารถเขียนแผนภาพแสดงเส้นอิทธิพล ดังแผนภาพประกอบ 12 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุบล จันท์เพชร (2564) พบว่าความรู้ด้าน



สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001



ภาพประกอบ 12 แสดงเส้นอิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ที่มา: Intarakamhang, Sepsuk, Suwanwong and Intarakamhang, 2020

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและการนำแนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมดังกล่าวข้างต้น เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงสำหรับญาติผู้ดูแล โดยการพัฒนาให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลสุขภาพช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จึงมีการบูรณาการโดยนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังทางสุขภาพและความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมาศึกษาร่วมกัน เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเพื่อการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมที่เหมาะสม ซึ่งสามารถนำไปสู่สุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป

## 6. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาประเด็นที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลซึ่งประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างพลังทาง

สุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล 2) รูปแบบการเรียนรู้ด้วยการฝึกทักษะ 3) ร่างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

### 6.1 การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Fung; et al., 2016) สำหรับประเทศไทยยังไม่พบที่มีการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพพร้อมกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลของญาติผู้ดูแลโดยตรงในการช่วยเหลือผู้ป่วย ตัดบ้านติดเตียง โดยงานวิจัยต่างๆ ที่พบเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังนั้น มีดังต่อไปนี้

Fung; et al. (2016) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพกับครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองซึ่งโปรแกรมนี้ประกอบ ด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) ความสามารถในการดูแลตนเอง และ 4) สื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง คือ ครอบครัวที่ใช้โปรแกรมนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับบริการสุขภาพที่เหมาะสม เพิ่มขึ้น มีความสามารถในการดูแลตนเองและมีความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปมากขึ้น รวมทั้งมีความในการใช้บริการสื่อสุขภาพหรือทีมสุขภาพมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gray (2018) พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่ำจะมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสูงกว่า ซึ่งทำให้เกิดปัญหาทั้งในระดับรายบุคคลและชุมชน และสุภาพร แนวบุตร (2558) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ในเขตอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว จำนวน 30 คน ซึ่งใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยโปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวรายด้านและโดยรวมหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นทั้งด้านออกกำลังกาย โภชนาการจิตใจ สังคมและช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อีกทั้งยังมีงานวิจัย

เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ สุภาพ; นิจฉราและนันท์พัฒน์ (2559) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมลดน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมลดน้ำหนักได้มากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งมีพฤติกรรมลดน้ำหนักร้อยละ 100 โดยน้ำหนักลดลงหลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาของบุคลากรในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและความตระหนักรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อม โดยมีการประเมินผ่านตัวแปร คือ 1) ความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ระดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.89 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อความตระหนักรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่ระดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.28 และ 0.32 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 3) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความตระหนักรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ระดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.35 และ 0.59 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (อังศิรินทร์ อินทรกำแหง ร่วมกับสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, 2562) และ Musthafa et al. (2015) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การจัดการสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

## 6.2 รูปแบบการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

สำหรับรูปแบบการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพนั้น เป็นการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพตามแนวคิดของ Shearer; et al. (2010) ร่วมกับกลวิธีของ Miller (1992) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการกระตุ้นสร้างพลังทั้งพลังกายพลังใจด้วยการสร้างพลังบวก การสะท้อนคิด สร้างความมั่นใจ และสร้างพฤติกรรมแสดงออกให้เห็นถึงความสามารถของญาติผู้ดูแลในการช่วยดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และรูปแบบการเสริมสร้างความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นตาม

แนวคิดของ Finn; et al. (2018) ด้วยการฝึกทักษะ โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยในขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพและการสร้างความเข้าใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพ โดยเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับญาติผู้ดูแลและญาติผู้ดูแลแต่ละคนทำความเข้าใจกับค่านิยมซึ่งกันและกัน และผู้วิจัยเน้นให้ความสำคัญกับบทบาทของญาติผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในกลุ่มจะช่วยให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความกล้าที่จะบอกข้อมูลต่างๆ ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย

2) การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยมีการอธิบายถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงการบอกประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมในโปรแกรมฯ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในโปรแกรมฯ

**ขั้นตอนที่ 2** การค้นหาสาเหตุของปัญหา ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

1) การค้นหาสาเหตุของการสูญเสียพลังกายพลังใจในการดูแลสุขภาพ โดยการทำให้อาสาสมัครหรือผู้ดูแลยอมรับปัญหาหรือเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพความเป็นจริง และส่งเสริมให้อาสาสมัครและระบายความรู้สึกของตนเองที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะร่างกายและจิตใจ เปิดโอกาสให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิดความรู้สึกอย่างเต็มที่และสนับสนุนให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนถึงสาเหตุที่ทำให้หมดพลังกายพลังใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ญาติผู้ดูแลทุกคนในกลุ่มรับรู้ถึงปัญหาของญาติผู้ดูแลคนอื่น และกล้าที่จะบอกปัญหาของตน เพื่อให้มีการวิเคราะห์พิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาในแต่ละคน

2) การค้นหาสาเหตุของปัญหาที่มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านไม่ถูกสุขลักษณะ โดยการซักถาม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลบอกปัญหาหรือปัจจัยที่ไม่สามารถดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมของที่บ้านผู้ป่วยให้ถูกต้องตามสุขลักษณะได้และส่งเสริมให้อาสาสมัครระบายความรู้สึกของตนเองที่ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะร่างกายและจิตใจของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมทั้งเปิดโอกาสให้อาสาสมัครมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกอย่าง

เต็มที่ และสนับสนุนให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนถึงสาเหตุของการไม่ดูแลสิ่งแวดล้อมในขณะดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลทุกคนในกลุ่มรับรู้ถึงปัญหาของญาติผู้ดูแลคนอื่น และกล้าที่จะบอกปัญหาของตน เพื่อให้เกิดการวิเคราะห์พิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาร่วมกัน

### ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความรู้ความเข้าใจ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

1) การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ แนวทางการสร้างพลังใจแก่ญาติผู้ดูแล ในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเสริมสร้างพลังใจให้ตนเองนั้น ควรมีการปรับความคิด อารมณ์และความรู้สึกให้ยอมรับและยอมเปิดใจในการบอกปัญหาที่เกิดขึ้น และพร้อมที่จะนำไปวางแผนพัฒนาความคิด ความรู้สึกให้เกิดพลังและกำลังใจในการทำงานให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพราะการสร้างพลังกายใจที่เข้มแข็งจะช่วยให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ต่อไป

2) การสร้างความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมตามสุขลักษณะ โดยใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง โดยสาระความรู้ คือ หลักการจัดการสภาพแวดล้อมให้ถูกหลักอนามัยร่วมกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เนื้อหาสาระการเรียนรู้ ได้แก่ แนวทาง การเข้าถึงข้อมูล สร้างความเข้าใจ มีการตรวจสอบ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดการสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เช่น การดูแลความสะอาด ห้องน้ำ ห้องส้วม การกำจัดของเสียและสิ่งปฏิกูล ความสะอาดห้องครัว การระบายอากาศ เป็นต้น

### ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการสร้างพลังสุขภาพ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่

1) การฝึกทักษะสร้างพลังสุขภาพ การฝึกทักษะสร้างพลังสุขภาพ เป็นการฝึกปฏิบัติสร้างพลังกายและพลังใจตามแนวคิดของ Shearer; et al. (2010) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับวิธีการสะท้อนคิดและการสร้างความมั่นใจให้กับตนเองตามแนวคิดของ Miller (1992) เนื่องจาก การวิจัยครั้งนี้ เป็นการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพให้แก่ญาติผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถลุกเดินไปในที่ต่างๆได้ด้วยตนเอง ดังนั้นญาติผู้ดูแลจึงต้องใช้พลังกายพลังใจอย่างมากในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การนำกลวิธีการสร้างพลังใจด้วยการสะท้อนคิดและการสร้างความมั่นใจของ Miller (1992) มาร่วมสร้างพลังสุขภาพด้วยจะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีการวิเคราะห์และมองเห็นคุณค่า ความสำคัญของตนเองที่มีต่อผู้อื่นได้อย่างชัดเจน และช่วยสร้างความมั่นใจในตนเองมากขึ้น จึงเป็นแรงผลักดันให้ญาติผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ในระยะเวลายาวได้ต่อเนื่อง โดยในขั้นตอนการฝึกสร้างพลังสุขภาพนี้ เป็นการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแล

และสมาชิกคนอื่นๆในกลุ่มได้ระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนความรู้สึกของแต่ละคน ทำให้เกิดการรับรู้ร่วมกัน อีกทั้งการสร้างพลังบวกโดยการให้ญาติผู้ดูแลบอกข้อดีของตนเองจะเป็นการสร้างกำลังใจในการวางแผนให้การทำงานประสบความสำเร็จในทุกๆวัน และให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้บอกถึงวิธีที่ใช้ในการสร้างพลังใจลงกาย และมีการนำวิธีเพิ่มพลังใจที่ได้กลุ่มมาฝึกสร้างพลังใจแก่ตนเอง นำมาแก้ไขปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง มีการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด นำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นหากญาติผู้ดูแลสามารถเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมแก่ตนเองและเลือกที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกแล้วและเกิดประโยชน์แก่ญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความรู้สึกทางบวกต่อตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง นอกจากนี้การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติงานตามที่ตั้งใจไว้ จะเป็นการเสริมสร้างพลังในตนเอง

2) ฝึกทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะ โดยในขั้นตอนนี้จะมีการสาธิตวิธีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะภายในบ้านและรอบๆบ้าน และให้ญาติผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตาม พร้อมทั้งการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์ผลดีผลเสียของการจัดสภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อช่วยญาติผู้ดูแลเห็นภาพชัดเจนในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และให้ญาติผู้ดูแลทุกคนได้ทดลองฝึกการจัดการสิ่งแวดล้อมตามลักษณะที่บ้านของตน โดยคำนึงผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

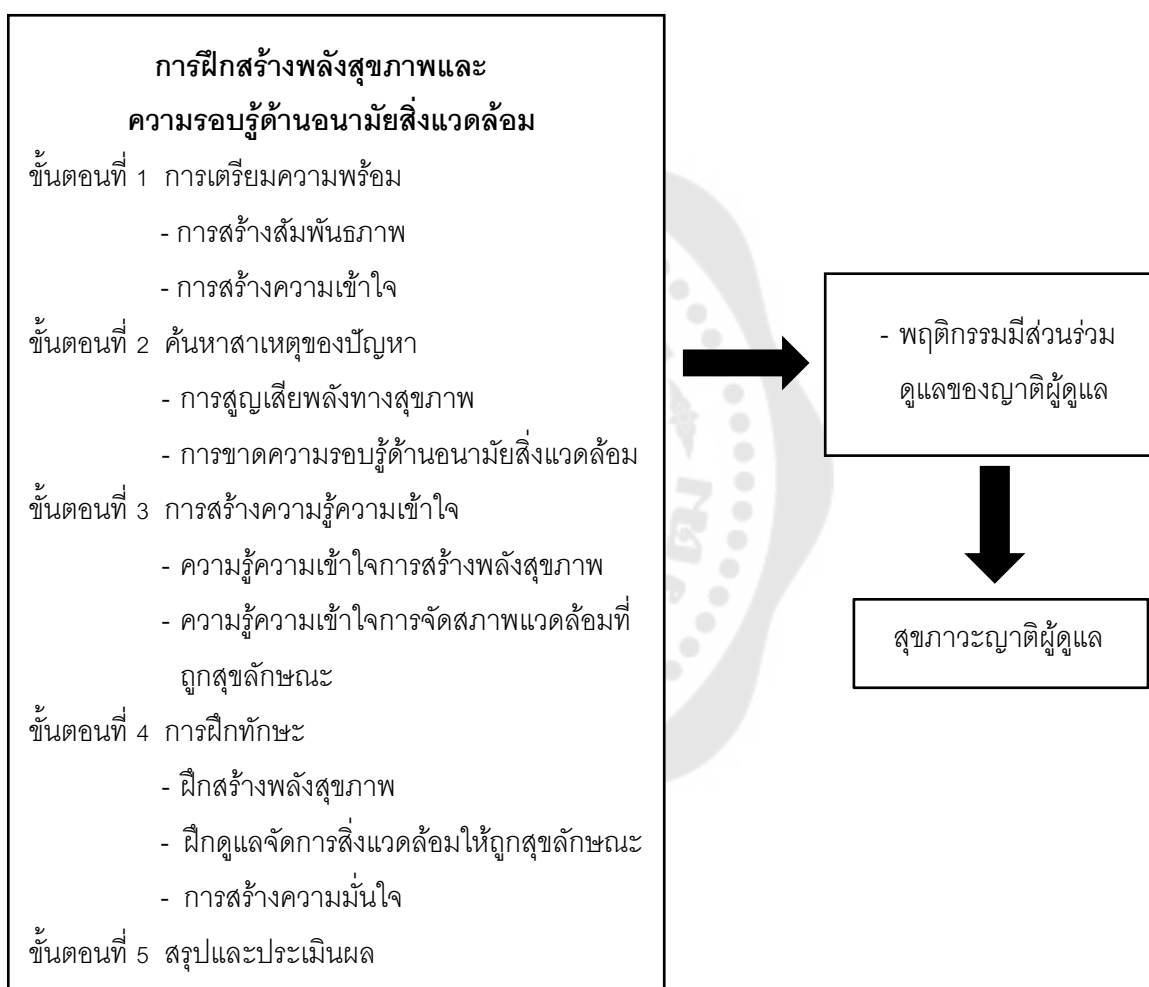
3) การสร้างความมั่นใจ เป็นการฝึกให้ญาติผู้ดูแลได้มีการพัฒนาตนเอง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลนำสิ่งที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับหลักการจัดสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไปใช้จริงได้อย่างเหมาะสมถูกสุขลักษณะ และมีการนำเสนอให้สมาชิกในกลุ่มรับทราบเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พร้อมรับข้อเสนอแนะต่างๆ จากสมาชิกในกลุ่ม เพื่อการพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

### ขั้นตอนที่ 5 สรุปและประเมินผล

ในการสรุปผลจะใช้กิจกรรมการสะท้อนคิด เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้มองตนเองด้วยการสะท้อนความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับข้อดีหรือประโยชน์ของกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับแนวทางการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยวิธีการให้สมาชิกในกลุ่มมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อการวิเคราะห์ปัญหา การสร้างพลังกาย พลังใจ พลังความคิดร่วมกันอย่างสมเหตุสมผล เพื่อสนับสนุนการการสร้างพลังกายพลังใจ ความรอบรู้ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างต่อเนื่อง

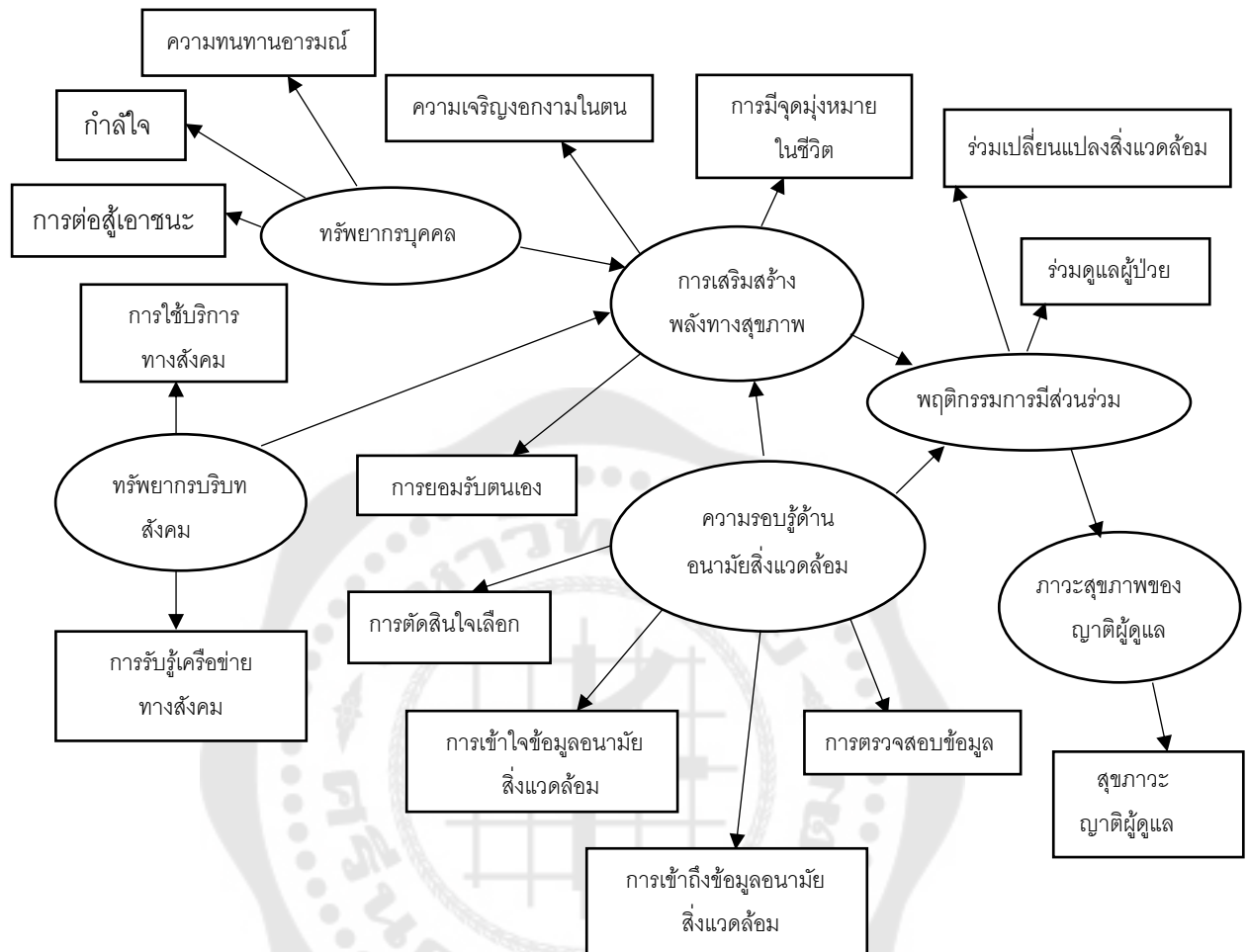
และบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด นำมาซึ่งประโยชน์แก่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พร้อมทั้งมีการทดสอบหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

โดยสรุป รูปแบบกิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ประกอบด้วยขั้นตอนและกิจกรรม ดังภาพประกอบที่ 13



ภาพประกอบ 13 แสดงแผนกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ  
และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

## 7. โมเดลสมการโครงสร้างเชิงสาเหตุ

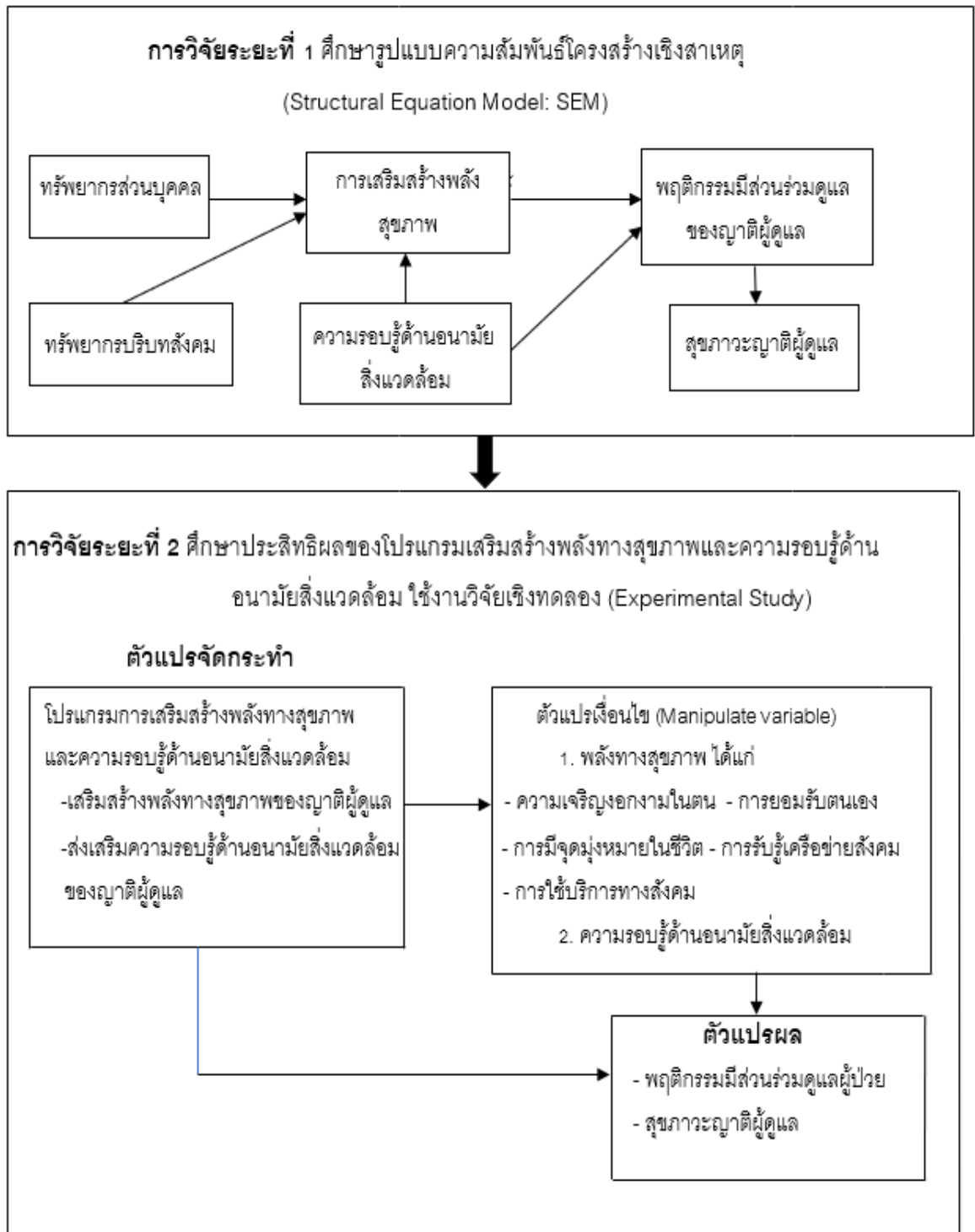


ภาพประกอบ 14 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรบริบทสังคมของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลตามสมมติฐานการวิจัย

## 8. กรอบแนวคิดในการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็นงานที่ต้องใช้กำลังกาย กำลังใจอย่างมากในการทำหน้าที่นี้ เพื่อเป้าหมายที่สำคัญ คือ ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง การวิจัยครั้งนี้จึงได้มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Empowerment Health Theory) และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy) มาประยุกต์ใช้โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้





ภาพประกอบ 15 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

## สรุปความสัมพันธ์ของการวิจัยระยะที่ 1 และ 2

การวิจัยในครั้งนี้แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเหตุของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ส่วนในระยะที่ 2 เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ช่วยพัฒนาพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งการดำเนินการวิจัยทั้ง 2 ระยะ มีความสัมพันธ์กัน โดยที่การวิจัยระยะที่ 1 ทำให้ทราบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงสาเหตุและขนาดของอิทธิพลที่มีผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และในระยะที่ 2 จะนำข้อค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 ที่เป็นตัวแปรเชิงสาเหตุที่มีความสำคัญมาสร้างโปรแกรมฯ ให้เกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

### สมมติฐานการวิจัย

#### การวิจัยระยะที่ 1

1. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านทรัพยากรบุคคล บริบทสังคมของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีสมมติฐานย่อย ดังนี้

1.1 ทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างพลัง สุขภาพของญาติผู้ดูแล

1.2 การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

1.3 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

1.4 พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาพะวะของญาติผู้ดูแล

1.5 ทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรบริบทสังคม มีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วม ดูแลของญาติผู้ดูแล โดยส่งผ่านตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

## การวิจัยระยะที่ 2

1. ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ระยะสิ้นสุดการทดลองทันทีและติดตามผล ญาติผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ทั้งด้านกาย อารมณ์ สังคม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ระยะสิ้นสุดการทดลองทันทีและติดตามผล ญาติผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ทั้งด้านกาย อารมณ์ สังคม สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม



### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณพหุวิธี (Multi-Methods) ซึ่งแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านทรัพยากรบุคคล บริบททางสังคมของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยประชากรที่ศึกษา คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งเป็นผู้ป่วยในเขตจังหวัดจันทบุรี โดยมีการดำเนินการวิจัยของแต่ละระยะการวิจัย ดังนี้

#### วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ 1

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านทรัพยากรบุคคล บริบททางสังคมของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตเมืองจังหวัดจันทบุรี โดยจากการรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสงเคราะห์จังหวัดจันทบุรี (2563) พบว่ามีจำนวนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตเมืองประมาณ 355 คน โดยในแต่ละครอบครัวจะมีญาติผู้ดูแล 1-2 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มจากจำนวนประชากรญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตเมืองทั้งหมดจำนวน 355 คน โดยมีวิธีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model) ซึ่งการวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (SEM) มีข้อตกลงเบื้องต้นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้นั้นจะต้องเหมาะสมและเพียงพอกับสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ความเพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นที่ว่า การวิเคราะห์ข้อมูลควรมีขนาดตัวอย่างต่อจำนวนตัวแปรสังเกตในสัดส่วน 10 - 20 ต่อหนึ่งตัวแปรสังเกต 1 ตัวแปร (Randall & Richard

2004: 61-78) ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 19 ตัวแปร ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างควรอยู่ระหว่าง 190 - 380 คน และตามแนวคิดของ เคนนี่ (Kenny. 2011) และ ทาบาซนิค (Tabachnic. 2007) ได้แนะนำว่าในการวิเคราะห์ด้วย SEM ควรจะมีขนาดตัวอย่าง 200 คน ดังนั้นจากข้อมูลของสำนักงานสังคมสงเคราะห์จังหวัดจันทบุรี พบว่าในเขตเมืองมีจำนวนประชากรญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจากทุกตำบลในเขตเมืองรวม 11 ตำบล รวม 355 คน (ข้อมูลจากสำนักงานสังคมสงเคราะห์จังหวัดจันทบุรี, 2563) ดังนั้นในการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 200 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นอีก 25% ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 250 คน มีความน่าเชื่อถือและสอดคล้องกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยมีตำบลเป็นตัวแบ่งชั้นภูมิให้มีตัวอย่างครบทั้ง 11 ตำบล โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่คัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- เพศชายหรือเพศหญิง อายุ 20 ปี ขึ้นไป
- สามารถอ่าน / เขียนภาษาไทยได้
- ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
- มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 2 เดือนขึ้นไป เนื่องจากเป็นระยะเวลาเริ่ม

ยอมรับ เมื่อเปลี่ยนบทบาท (Jeali. et. al. 2021)

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- เมื่อญาติผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงต้องการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ไม่ว่าจะ

ด้วยเหตุผลใดก็ตาม

- เมื่อญาติผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมได้

ตาราง 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงรายตำบลในเขตเมือง  
จังหวัดจันทบุรี

ตำบลในเขต อำเภอเมือง	จำนวนประชากร ผู้ป่วยติดบ้านติด เตียงทั้งหมด (คน)	จำนวน ญาติผู้ดูแล (คน)	จำนวนตัวกลุ่มอย่าง (จำนวนประชากรx250) / 355 คน
ตำบลตลาด	21	31	22
ตำบลวัดใหม่	22	33	23
ตำบลคลองนารายณ์	14	21	15
ตำบลเกาะขวาง	14	21	15
ตำบลคมบาง	28	42	30
ตำบลจันทนิมิตร	28	42	30
ตำบลพลับพลา	19	39	27
ตำบลบางกะจะ	12	18	13
ตำบลท่าช้าง	26	39	27
ตำบลหนองบัว	24	36	25
ตำบลแสง	22	33	23
รวม	230	355	250

### การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 11 ตอน ซึ่งใช้วัดตัวแปร  
ทั้งหมด 19 ตัวแปร โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง
- ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม
- ตอนที่ 4 แบบวัดความเข้มแข็งทางจิตใจ
- ตอนที่ 5 แบบวัดความเจริญงอกงามในตน

ตอนที่ 6 แบบวัดการยอมรับตนเอง

ตอนที่ 7 แบบวัดการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

ตอนที่ 8 แบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ตอนที่ 9 แบบวัดการรับรู้เครือข่ายทางสังคม

ตอนที่ 10 แบบวัดการใช้บริการทางสังคม

ตอนที่ 11 แบบวัดสุขภาวะญาติผู้ดูแล

โดยการสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาลักษณะแนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ต้องการศึกษาใน การวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ แนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลทั้งในและต่างประเทศ เพื่อทำความเข้าใจและใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้

2. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางในการวัดตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยการพิจารณาถึงความสอดคล้องและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งบริบทในการวิจัยครั้งนี้ และนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับงานวิจัยนี้มากที่สุด

3. สร้างแบบวัดตัวแปรทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

4. นำแบบวัดแต่ละตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบโดยอาจารย์ที่ปรึกษา และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์

5. นำแบบวัดทั้งหมดที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือด้านเนื้อหาทางพฤติกรรมศาสตร์ ผู้มีประสบการณ์ด้านสุขภาพและด้านสิ่งแวดล้อม รวม 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้แบบวัดมีความสมบูรณ์มากขึ้น

6. นำแบบวัดที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

7. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยใช้การวิเคราะห์คุณภาพรายข้อ โดยการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item Discrimination) เพื่อวิเคราะห์ ค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ด้วยวิธีการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) ร่วมกับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดด้วยค่าสัม

ประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's  $\alpha$  -Coefficient) ผู้วิจัยใช้ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดดังกล่าวในการปรับปรุงแก้ไขแบบวัดให้สมบูรณ์มากขึ้นก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง และมีการพิจารณาตัดหรือปรับปรุง ข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Item-Total Correlation) ต่ำกว่า 0.30 (Aiken, 2003)

8. หาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกฉบับมาตรวจ สอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง โดยเลือกเฉพาะข้อคำถามที่คัดไว้จากการวิเคราะห์รายข้อ เพื่อยืนยันว่าเครื่องมือวัดที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบตามโครงสร้างที่กำหนดไว้ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) ในการหาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง เกณฑ์พิจารณาความกลมกลืนระหว่างโมเดลการวัดที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ใช้ดัชนีความกลมกลืน ได้แก่ ค่าไคสแควร์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือสัดส่วนไค-สแควร์ ต่อค่าองศาความเป็นอิสระมีค่าไม่เกิน 3 (Hair, & et al. 2010) ซึ่งแสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ยังมีดัชนีอื่นที่ใช้ร่วมในการพิจารณา ได้แก่ ค่า Comparative Fit Index (CFI) มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 0.95 ค่า Tucker-Lewis Index (TLI) มีค่าเท่ากับหรือสูงกว่า 0.95 ค่า Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) มีค่าเท่ากับหรือต่ำกว่า 0.08 ค่า Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) มีค่าเท่ากับหรือต่ำกว่า 0.07 สำหรับเกณฑ์ในการพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Hair, & et al, 2010) และค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐานมีค่าไม่เกิน 1 (Schumacker; & Lomax, 2004) และค่าสัมประสิทธิ์องค์ประกอบคะแนนมาตรฐานควรสูงกว่า 0.30 (Tabachnick, & Fidell, 2007) โดยการสรุปรายละเอียดของการสร้างและการตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยรวมถึงตัวอย่างแบบวัดของแต่ละตัวแปร ดังนี้



### ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

การสร้างแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วยลักษณะข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งขอเสนอเป็นตัวอย่าง ดังนี้

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

อายุ ..... ปี เพศ ..... หญิง ..... ชาย

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ : .....

ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ..... ปี ..... เดือน

ระดับการศึกษา  ต่ำกว่าประถมศึกษา  ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลาย

ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี

### ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

พฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เป็นการแสดงออกของญาติผู้ดูแลในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งในการสร้างแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดโดยปรับมาจากแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยของ Ferrell and Coyle (2006) และ WHO (2002) โดยการปรับภาษาและข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของงานวิจัย ซึ่งลักษณะข้อคำถามประกอบด้วยการดูแล 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพด้านร่างกาย จำนวน 12 ข้อ การดูแลด้านจิตใจ และอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ การดูแลด้านสังคม จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งสิ้น 32 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ สำหรับข้อคำถามทางบวกจะมีระดับคะแนนของคำตอบ คือ ปฏิบัติประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อยมาก (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามทางลบค่าคะแนนของคำตอบจะเป็นตรงข้ามกัน และผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

## ตัวอย่างข้อคำถามในแบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วย

พฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วย	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติ น้อยมาก	ไม่ปฏิบัติ เลย
<b>ด้านร่างกาย</b>					
( ) ท่านดูแลให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง					
( ) ท่านดูแลให้รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ					
<b>ด้านจิตใจ อารมณ์</b>					
( ) ท่านชวนผู้ป่วยสวดมนต์หรือฟังธรรมะ					
( ) ท่านเต็มใจรับฟังเรื่อง que ผู้ป่วยบอกเล่า					
<b>ด้านสังคม</b>					
( ) ท่านพาผู้ป่วยไปเที่ยวนอกบ้าน					
( ) ท่านมีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น					

**ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม**

พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เป็นการแสดงออกของญาติผู้ดูแลในการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกบ้านให้ถูกสุขลักษณะ เหมาะสมกับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม โดยการปรับปรุงมาจากแบบวัดการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560) โดยการปรับแก้ข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยมีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ และสามารถนำไปใช้ได้ จำนวน 5 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ สำหรับข้อคำถามทางบวกจะมีระดับคะแนนของคำตอบ คือ ปฏิบัติประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อยมาก (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามทางลบ ค่าคะแนนของคำตอบจะเป็นตรงข้ามกัน และผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่าแสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมดีกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างข้อคำถามในแบบวัดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม

พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม	ความถี่ในการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติ น้อย มาก	ไม่ปฏิบัติ เลย
( ) ท่านเช็ดทำความสะอาดห้องนอน					
( ) ท่านแยกขยะก่อนนำไปทิ้ง					
( ) ท่านนำขยะไปทิ้งทุกวัน					

#### ตอนที่ 4 แบบวัดความเข้มแข็งทางจิตใจ

จากลักษณะความเข้มแข็งทางจิตใจ เป็นความสามารถของญาติผู้ดูแลในการยอมรับและสร้างพลังใจช่วยให้ตนเองสามารถผ่านพ้นปัญหาและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต

ในการประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจ ผู้วิจัยได้พัฒนาสร้างแบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตใจตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; Fleury & Belyea (2010) ร่วมกับการใช้แบบประเมินความเข้มแข็งทางจิตของกระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, (2562) เพื่อให้เหมาะสมกับคนไทย โดยแบบประเมินประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความทนทานทางอารมณ์ กำลังใจหรือพลังใจ และการต่อสู้เอาชนะต่อปัญหาที่เผชิญ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง จริงน้อยที่สุด (1 คะแนน) ซึ่งผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

## ตัวอย่างข้อคำถามในแบบวัดความเข้มแข็งทางจิตใจ

ความทนทานทางอารมณ์	ระดับความคิดเห็น				
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
( ) ฉันไม่สนใจคนที่หัวเราะเยาะฉัน					
( ) ฉันจะไม่จดจำเรื่องไม่ดีในอดีต					
<b>กำลังใจหรือพลังใจ</b>					
( ) ฉันจะนึกถึงเรื่องดีๆในชีวิต เมื่อรู้สึกเหนื่อยใจ					
( ) ฉันตั้งใจที่จะทำชีวิตดีขึ้น					
( ) ฉันรู้สึกความมั่นใจเมื่อแก้ปัญหาได้					
ความทนทานทางอารมณ์	ระดับความคิดเห็น				
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
<b>การต่อสู้เอาชนะปัญหา</b>					
( ) ฉันคิดว่าการแก้ปัญหาทำให้ฉันมีประสบการณ์					
( ) ฉันคิดหาแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง					

## ตอนที่ 5 แบบวัดความเจริญงอกงามในตน

ความเจริญงอกงามในตน เป็นการที่ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกในการพัฒนาตนเองอยู่เรื่อยๆ โดยมองว่าตนเองสามารถเติบโตได้ มีการเปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ อยู่เสมอ ตระหนักใน ศักยภาพของผู้อื่น พร้อมให้มีการปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองตลอดเวลา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่แสดงว่าตนเองมีความรู้ มีประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น และพยายามพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของตนเอง เพื่อเข้าสู่เป้าหมายใหม่

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดมาจากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al, (2010) และ Ryff; & Keyes (1995) ร่วมกับการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเจริญงอกงามในตนที่ผ่านมาสามารถนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ เพื่อสร้างแบบวัดความเจริญงอกงามในตน ซึ่งมีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ สามารถนำไปใช้ได้ จำนวน 5 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง จริง

น้อยที่สุด (1 คะแนน) ซึ่งผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างคำถามในแบบวัดความเจริญงอกงามในตน

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
( ) ฉันต้องการงานที่รับผิดชอบให้ดีขึ้น					
( ) ฉันยินดีรับฟังคำแนะนำจากผู้อื่น					

#### ตอนที่ 6 แบบวัดการยอมรับตนเอง

การยอมรับตนเอง คือการที่ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเอง มีการยอมรับมุมมองต่างๆ ที่หลากหลายทั้งลักษณะที่ดีและไม่ดีเกี่ยวกับชีวิตในอดีตที่ผ่านมา โดย Shearer; et al, (2010), Ryff (1989) และ Ryff; & Keyes (1995) มีความเห็นว่าการยอมรับตนเองถือเป็นหัวใจหลักของสุขภาพทางจิตใจและเป็นส่วนหนึ่งของการบรรลุถึงศักยภาพแห่งตน (Self-actualization) ซึ่งการยอมรับตนเองจะเกี่ยวข้องกับระยะเวลาของชีวิตที่ผ่านมา ดังนั้นการที่เรามีความรู้สึกเชิงบวกกับตนเองจะช่วยให้การทำหน้าที่ของจิตใจด้านบวกเป็นไปอย่างเหมาะสม ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีการยอมรับตนเองต่ำจะรู้สึกไม่พึงพอใจกับตนเอง รู้สึกผิดหวังกับอดีตของตนและไม่พอใจในสิ่งที่ตนเองมี

ในการการวัดการยอมรับตนเองนั้น ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดโดยการพัฒนาและปรับปรุงมาจากแบบวัดตามแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al, (2010) และ Ryff; & Keyes. (1995) โดยมีข้อคำถามซึ่งผ่านเกณฑ์ และสามารถนำไปใช้ได้จำนวน 5 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง จริงน้อยที่สุด (1 คะแนน) ซึ่งผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

## ตัวอย่างคำถามในแบบวัดการยอมรับตนเอง

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
( ) ฉันรู้สึกพึงพอใจในหน้าที่ที่รับผิดชอบ อยู่ขณะนี้					
( ) ฉันยอมรับผลการกระทำในอดีตที่ผ่านมา					

## ตอนที่ 7 แบบวัดการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นการที่ญาติผู้ดูแลมีการตั้งเป้าหมายในชีวิตทั้งในอดีตและปัจจุบัน และรู้สึกว่าเป็นเป้าหมายนั้นมีทิศทางมีความหมาย ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายในการใช้ชีวิตของตนเองให้ไปสู่ความสำเร็จในจุดมุ่งหมายนั้นๆ ได้ (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) บุคคลที่มีเป้าหมายจะมีความตั้งใจและรับรู้ว่าคุณชีวิตนั้นมีเป้าหมาย จึงมีการดำเนินชีวิตที่ชัดเจน โดยเห็นว่าบุคคลที่มีความคิดด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตต่ำ จะมีความรู้สึกว่าคุณชีวิตนั้นไม่มีความหมายหรือมีเป้าหมายเพียงเล็กน้อยและไม่ทราบว่าจะไปสู่เป้าหมายนั้นได้อย่างไร

ในการวัดการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต โดยใช้แนวคิดแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al, (2010) และ Ryff; & Keyes (1995) ซึ่งมีข้อที่ผ่านเกณฑ์ สามารถนำไปใช้ได้ จำนวน 5 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง จริงน้อยที่สุด (1 คะแนน) ซึ่งผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างคำถามในแบบวัดการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
( ) ฉันแสวงหาวิธีในการทำงานให้สำเร็จตามเวลา					
( ) ฉันตั้งใจทำงานวันนี้ให้ดีกว่าเมื่อวาน					

### ตอนที่ 8 แบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม คือความสามารถของญาติผู้ดูแลในการใช้ทักษะในการคิดวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสมเหตุสมผลเกี่ยวกับการดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้สะอาด มีการจัดการน้ำ อากาศ ฝุ่นละออง เครื่องใช้ต่างๆ ภายในบ้านให้สะอาดถูกหลักสุขลักษณะ มีความปลอดภัย รวมทั้งการกำจัดขยะอย่างถูกหลักอนามัย ปลอดภัยรวมทั้งมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลสุขภาพและดูแลสิ่งแวดล้อมให้ถูกหลักอนามัย เพื่อให้เกิดผลดีต่อต่อภาวะสุขภาพ

ในการวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2562) ซึ่งมีวัดตามองค์ประกอบด้วยทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ 2) การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ 3) การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ และ 4) การตัดสินใจเลือกวิธีจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง จริงน้อยที่สุด (1 คะแนน) ซึ่งผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

โดยแบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหากับผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ การวิจัยและการวัดจำนวน 3 ท่าน ซึ่งทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และได้ปรับแก้ข้อคำถามบางข้อเพื่อให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยนำร่องเครื่องมือไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 50 คน พบว่ามีค่าความ

เชื่อมั่นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.89-0.93 โดยผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่า เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างคำถามในแบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

คำถาม	ระดับความเป็นจริง				
	จริงมากที่สุด	จริงมาก	จริงปานกลาง	จริงน้อย	จริงน้อยที่สุด
<b>การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม</b>					
ฉันสามารถค้นหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้จากหลายแหล่งเกี่ยวกับผลเสียของการจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกหลักอนามัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอาการเจ็บป่วย					
<b>การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม</b>					
ฉันเข้าใจในคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการลดผลกระทบต่อสุขภาพจากการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ถูกวิธี					
<b>การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม</b>					
ฉันสามารถสอบถามผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อยืนยันความคิดของฉัน					
<b>การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม</b>					
ฉันใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกวิธีทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนซึ่งภาวะเจ็บป่วยได้					



### ตอนที่ 9 แบบวัดการรับรู้เครือข่ายทางสังคม

การรับรู้เครือข่ายทางสังคม คือการที่ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ามีหน่วยงานหรือบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่พร้อมจะสนับสนุนและให้การช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพเมื่อร้องขอหรือเข้าไปรับบริการ เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง บุคคลในครอบครัวและชุมชนได้ (Shearer; et al, 2010)

ในการประเมินการรับรู้เครือข่ายทางสังคม ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดขึ้นเอง โดยใช้ตามแนวคิดทฤษฎี เสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al, (2010) ซึ่งมีจำนวนข้อที่ผ่านเกณฑ์ และสามารถนำไปใช้ได้ จำนวน 5 ข้อ แบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง จริงน้อยที่สุด (1 คะแนน) ซึ่งผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

#### ตัวอย่างคำถามในแบบวัดการรับรู้เครือข่ายทางสังคม

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
( ) ฉันสามารถบอกแหล่งบริการสุขภาพในชุมชนแก่ผู้อื่นได้					
( ) ฉันทราบว่าเมื่อเจ็บป่วยฉันต้องไปพบหมอที่อยู่ใกล้ที่สุด					

### ตอนที่ 10 แบบวัดการใช้บริการทางสังคม

การใช้บริการทางสังคม คือ การที่ญาติผู้ดูแลมีการเลือกใช้บริการสุขภาพในสังคมหรือแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่อยู่ใกล้บ้าน

ในการประเมินการใช้บริการทางสังคม ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดขึ้นมาเอง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al, (2010) มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ และสามารถนำไปใช้ได้ จำนวน 5 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง จริงน้อยที่สุด (1 คะแนน) ซึ่งผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างคำถามในแบบวัดการใช้บริการทางสังคม

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
( ) ฉันไปขอรับคำปรึกษาเรื่อง สุขภาพกับแหล่งบริการในชุมชน					
( ) ฉันจะไปพบเจ้าหน้าที่ที่สถานี อนามัยใกล้บ้าน เมื่อรู้สึกไม่สบาย					

### ตอนที่ 11 แบบวัดสุขภาวะญาติผู้ดูแล

สุขภาวะญาติผู้ดูแล คือการที่ญาติผู้ดูแล มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การที่เปลี่ยนแปลงได้

ในการประเมินสุขภาวะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงนั้น ผู้วิจัยได้มีสร้าง โดยปรับมาจากแบบวัดการพัฒนาแบบประเมินสุขภาวะขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นแบบวัดมาตรฐานซึ่งมีความเชื่อถือได้ โดยมีการวัดสุขภาวะด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ สุขภาวะด้านสังคม มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์สามารถนำไปใช้ได้ ด้านละ 5 ข้อ รวมเป็น 15 ข้อ เป็นการประเมินแบบองค์รวม (WHO, 1998) และคณะอนุกรรมการสถิติสาขาสุขภาพ (2557) ซึ่งเป็นสุขภาวะโดยรวมประกอบด้วยการประเมินสุขภาวะร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึง จริงน้อยที่สุด (1 คะแนน) ซึ่งผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำกว่า

การหาคุณภาพของแบบวัดสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยแบบวัดสุขภาวะของญาติผู้ดูแลประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาวะด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ เป็นแบบ สอบถามประมาณค่า 5 ระดับ การหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามไปให้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) และหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 30 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ผ่านเกณฑ์ทั้งหมดทุกข้อ ค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.64 ส่วนการค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficients of Alpha) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .89

ตัวอย่างคำถามในแบบวัดสุขภาวะของญาติผู้ดูแล

คำถาม	ระดับความเป็นจริง				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>สุขภาวะด้านร่างกาย</b>					
( ) ฉันสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองเหมือนเมื่อ 2 ปีที่แล้ว					
( ) ฉันนอนหลับอย่างเพียงพอทุกวัน					
<b>สุขภาวะด้านจิตใจ</b>					
( ) ฉันรู้สึกเหนื่อยกับการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย					
( ) ฉันกังวล เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยกำเริบ					
<b>สุขภาวะด้านอารมณ์</b>					
( ) ฉันรู้สึกโกรธ เมื่อผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ					
( ) ฉันรู้สึกเสียใจ เมื่อตำหนิผู้ป่วย					
<b>สุขภาวะด้านสังคม</b>					
( ) ฉันมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน					
( ) ฉันทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้					

### ผลการตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ตัวแปร	ทดลองใช้		ฉบับจริง	
	ค่าอำนาจ จำแนกรายข้อ	Cronbach's Alpha	ค่าอำนาจ จำแนกรายข้อ	Cronbach's Alpha
1. ความเข้มแข็งทางจิตใจ	.235-.806	.768	.201-.750	.729
2. ความเจริญงอกงามในตน	.232-.780	.758	.254-.758	.750
3. การยอมรับตนเอง	.250-.796	.792	.242-.783	.763
4. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	.262-.802	.783	.221-.754	.759
5. การใช้บริการทางสังคม	.432-.795	.801	.309-.702	.812
6. การรับรู้เครือข่ายทางสังคม	.285-.784	.756	.251-.701	.732
7. ความรอบรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม	.425-.735	.856	.386-.755	.832
8. พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง สิ่งแวดล้อม	.289-.765	.739	.315-.728	.781
9. พฤติกรรมดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง	.258-.801	.762	.229-.763	.744
10. สุขภาวะญาติผู้ดูแล	.248-.785	.814	.302-.758	.845

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือเพื่อขออนุมัติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ 121/2564

2. ติดต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อออกหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยไปยังสำนักงานสังคมสงเคราะห์ จังหวัดจันทบุรี ที่ต้องการเก็บข้อมูลในแต่ละระยะการวิจัย

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยประสานกับหัวหน้างานสังคมสงเคราะห์จังหวัด เพื่อขอความช่วยเหลือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการนำแบบวัดตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดด้วยตนเองตามกำหนดเวลาที่นัดหมายไว้ และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบ โดยผู้วิจัยมีการใช้ผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยนี้จะได้รับการฝึกทักษะการใช้แบบวัดที่ถูกต้อง โดยให้ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยได้ทดลองใช้แบบวัดทั้งหมด พร้อมทั้งให้คำแนะนำจนผู้ช่วยวิจัยสามารถใช้แบบวัดได้อย่างถูกต้อง โดยในการไปเก็บข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเดินทางไปด้วยกัน เมื่อผู้ช่วยวิจัยมีข้อสงสัย ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำได้ทันที

5. ผู้วิจัยทำการรวบรวมแบบวัดทั้งหมดและทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบวัดแต่ละฉบับมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การทดสอบสมมติฐาน และรายงานผลการวิจัยต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรและการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ทราบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง

2. การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปร เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) เพื่อให้ทราบลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรสังเกตและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย เป็นการวิเคราะห์แบบจำลองเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล

ผู้วิจัยติดบ้านติดเตียง โดยใช้สถิติวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model) ด้วยโปรแกรมลิสเรล (LISREL) เพื่อตรวจสอบความกลมกลืนของแบบจำลองสมมติฐานเชิงทฤษฎีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ (Jöreskog & Sörbom, 1993; Kelloway, 1998)

3.1 กำหนดข้อมูลจำเพาะของแบบจำลอง (Specification of the Model) เพื่อศึกษาว่าปัจจัยเชิงสาเหตุใดส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลโดยรูปแบบการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ประกอบด้วย ตัวแปรสังเกตและตัวแปรแฝง มีข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลองว่าความสัมพันธ์ต้องเป็นความสัมพันธ์ทางเดียว (Recursive) ระหว่างตัวแปรภายนอก (Exogenous Variable) และตัวแปรภายใน (Endogenous Variable) ทั้งนี้เนื่องจากแบบจำลองที่สร้างขึ้นไม่ซับซ้อนและมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์ทางเดียว จะทำให้แบบจำลองมีลักษณะเฉพาะ (Identified)

3.2 การระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของแบบจำลอง (Identification of the model) เป็นการระบุว่าแบบจำลองนั้นสามารถนำมาประมาณค่าพารามิเตอร์เป็นค่าเดียวได้หรือไม่ ทั้งนี้โมเดลที่สามารถประมาณค่าพารามิเตอร์ได้จะต้องมีจำนวนพารามิเตอร์ที่จะทำการประมาณค่ามากกว่าหรือเท่ากับจำนวนสมการที่ใช้ในการหาค่าพารามิเตอร์ ซึ่งหาได้จากสูตร  $(1/2)(NI)(NI+1)$  โดย NI คือ จำนวนตัวแปรสังเกต

3.3 การประมาณค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลอง (Parameter estimation from the model) ผู้วิจัยใช้การประมาณค่าด้วยวิธี Maximum Likelihood (ML) วิธีนี้เป็นที่นิยมและมีความคงเส้นคงวา มีประสิทธิภาพและมีความเป็นอิสระจากมาตรฐาน ในกรณีที่การแจกแจงของตัวแปรเป็นโค้งปกติ (สุวิมล ตรีภานนท์, 2555: 279) การประมาณค่าพารามิเตอร์ควรคำนึงถึงสิ่งสำคัญ 2 ประการคือ 1) เรื่องความลำเอียงหรือค่าที่ประมาณได้เท่ากับค่าพารามิเตอร์จริงๆหรือไม่ พิจารณาจากค่าสถิติทดสอบนัยสำคัญของค่าพารามิเตอร์ ค่าสถิติทดสอบนัยสำคัญเหล่านั้นชี้ว่าค่าพารามิเตอร์ที่ประมาณได้มีโอกาสผิดพลาดเท่าใด 2) ประสิทธิภาพในการประมาณค่าพารามิเตอร์วิธีที่ใช้ในการประมาณค่าพารามิเตอร์มีประสิทธิภาพมากที่สุดแล้วหรือยัง หรือโมเดลองค์ประกอบสอดคล้องกับข้อมูลดีหรือยัง หรือยังมีโมเดลทางเลือกอื่นที่สอดคล้องกับข้อมูลมากกว่าหรือไม่ พิจารณาจากค่าสถิติวัดความสอดคล้องของโมเดล

3.4 การตรวจสอบความสอดคล้องของแบบจำลอง (Goodness-of-fit measures) เป็นการประเมินความสอดคล้องของโมเดลองค์ประกอบ โดยพิจารณาค่าสถิติต่างๆ ในผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่า สถิติเหล่านี้ใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิง

ประจักษ์หรือไม่ หรือแนะนำว่าโมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูลอย่างไร หากโมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูล ต้องปฏิเสธโมเดลองค์ประกอบตามสมมติฐาน หรืออาจใช้ค่าสถิติที่มาจากผลการวิเคราะห์มาประกอบการตัดสินใจกำหนดข้อมูลจำเพาะของโมเดลหรือปรับโมเดลใหม่ โดยค่าสถิติที่ใช้พิจารณาหรือตัดสินใจในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้แก่

3.4.1 ดัชนีวัดความกลมกลืนแบบสมบูรณ์ (Absolute Fit Index) ประกอบด้วย ค่าไค-สแควร์ (Chi-Square Statistics:  $\chi^2$ ) โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้ 1) พิจารณาจากค่านัยสำคัญทางสถิติ (p-value) หากค่านัยสำคัญทางสถิติมีค่ามากกว่า .05 แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และ 2) พิจารณาจากค่าไคสแควร์สัมพันธ์ ( $\chi^2/df$ ) หากมีค่าน้อยกว่า 3.00 แสดงว่าข้อมูลแบบจำลองมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ 3) ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root Mean Square Residual Error of Approximation: RMSEA) โดยมีเกณฑ์การพิจารณาค่า RMSEA ที่ควรมีค่าน้อยกว่า .08 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ และค่าดังกล่าวเมื่อผ่านการทดสอบ Closeness of Fit แล้วควรจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ 4) ค่าดัชนีวัดความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI) โดยมีเกณฑ์การพิจารณาค่า GIF ที่ค่าเข้าใกล้ 1 สูง แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกลมกลืนสูง ซึ่งจะใช้เกณฑ์การพิจารณาค่า GIF ที่มากกว่า .90 เป็นค่าที่ยอมรับได้ เพื่อแสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

3.4.2 ดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index) ประกอบด้วย 1) ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ CFI (Comparative Fit Index) โดยมีเกณฑ์การพิจารณาค่า CFI ที่มากกว่า .90 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ที่แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

3.4.3 ดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงประหยัด (Parsimony Fit Index) ประกอบด้วย 1) ค่าดัชนีวัดความกลมกลืนเชิงประหยัดอิงเกณฑ์ (Parsimony Normed Fit Index: PNFI) โดยมีเกณฑ์การพิจารณาค่า PNFI ที่มากกว่า .50 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ที่แสดงว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

## วิธีดำเนินการวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

## การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในการศึกษาค้างนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยเฉลี่ยครอบครัวที่มีญาติเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงครอบครัวละ 1-2 คน ในทั้งหมด 11 ตำบล ซึ่งมีจำนวนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงรวม 355 คน (ข้อมูลจากสำนักงานสงเคราะห์จังหวัดจันทบุรี, 2563)

### กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคุณลักษณะตาม เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

#### กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคุณลักษณะตาม ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- เพศชายหรือเพศหญิง อายุ 20 ปี ขึ้นไป
- สามารถอ่าน / เขียนภาษาไทยได้
- ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

- มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 2 เดือนขึ้นไป เนื่องจากเป็นระยะเวลาเริ่มยอมรับ เมื่อเปลี่ยนบทบาท ( Jeali. et. al. 2021)

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- เมื่อญาติผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงต้องการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม

- เมื่อญาติผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไม่สามารถดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมได้



### แบบแผนการวิจัย

การวิจัยในระบะยะที่ 2 นี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) โดยมีโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นตัวแปรจัดกระทำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาพะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และมีตัวแปรปัจจัยทรัพยากรบุคคลและบริบทสังคม ซึ่งเป็นตัวแปรที่ได้จากผลการวิจัยระบะยะที่ 1 และมีการวัดผลตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และสุขภาพะญาติผู้ดูแล ในระบะยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลองสิ้นสุดไปแล้ว 1 เดือน โดยมีขั้นตอนในการจัดญาติผู้ดูแลเข้ากลุ่มการทดลอง ดังนี้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระบะยะที่ 2 ประกอบด้วย แบบวัดตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. แบบวัดตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบวัดชุดเดียวกับแบบวัดตัวแปรในการวิจัย ระบะยะที่ 1 ที่มีการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอนการวิจัยระบะยะที่ 1 ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และการมีส่วนร่วมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม และแบบวัดสุขภาพะญาติผู้ดูแล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

### การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดกรอบแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล

#### 1.1 แนวคิดในการพัฒนาการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

ผู้วิจัยมีการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดตัวแปรเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการพิจารณาสาเหตุที่สำคัญของการเกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลจากข้อค้นพบในการวิจัยระบะยะที่ 1 ซึ่งเป็นการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลร่วมกับการใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างพลังทางสุขภาพของ Shearer; et al. (2010) ซึ่งตัวแปรสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล ประกอบด้วย ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความเจริญงอกงามในตน การ

ยอมรับตนเอง และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต จึงนำตัวแปรดังกล่าวมาเป็นตัวแปรเป้าหมายของการพัฒนาโปรแกรม โดยการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพจะมุ่งเน้นการส่งเสริมการตระหนักรู้ของบุคคลต่อความสามารถในการที่จะมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพและการตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพ (Shearer, 2004) เป็นการแสดงออกของแบบแผนพฤติกรรมของมนุษย์ เป็นกระบวนการความสัมพันธ์ที่เกิดมาจากแหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและแหล่งทรัพยากรบริบทสังคม เป็นการส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคมที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดี ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy) ของ Finn & O' Fallon. (2018) มาศึกษาร่วมกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ซึ่งเป็นการพัฒนาต่อยอดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพให้มีความชัดเจน สมบูรณ์และเกิดองค์ความรู้ใหม่ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของญาติผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ดังนั้นโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

### 1. การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการประเมินความคิดความรู้สึกของญาติผู้ดูแลในการทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและประเมินเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแล เป็นการใช้กระบวนการคิด รับรู้วิเคราะห์สถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจในทั้งในสภาวะปกติและ เมื่อเผชิญกับปัญหาในขณะที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงตลอดเวลาที่ผ่านมา โดยมีการประเมินว่าเหตุการณ์ใดส่งผลต่อจิตใจ เหตุการณ์ใดส่งผลให้หมดกำลังใจหรือพลังใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และมีวิธีการแก้ไขความรู้สึกนั้นอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนเสริมสร้างส่วนที่บกพร่องให้แก่ญาติ

### 2. การค้นหาสาเหตุของการสูญเสียพลังสุขภาพ

การค้นหาสาเหตุของการสูญเสียพลังสุขภาพ เป็นการพยายามทำให้ญาติผู้ดูแลยอมรับเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพความเป็นจริง ในขั้นตอนนี้จะมีการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการค้นหาความรู้สึกต่อตนเองด้านต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ การแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด การจัดการกับปัญหาต่างๆ ด้วยความร่วมมือของทุกคนทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว จะเป็นการสร้างพลังในตนเองด้วยลักษณะการดำเนินการของการมีผลประโยชน์ร่วมกันเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา

### 3. การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

การฝึกทักษะสร้างพลังสุขภาพ เป็นการฝึกปฏิบัติสร้างพลังกายและพลังใจตามแนวคิดของ Shearer; et all. (2010) ด้วยการฝึกสร้างความคิดเชิงบวก มาประยุกต์ใช้ร่วมกับวิธีการสะท้อนคิดและการสร้างความมั่นใจให้กับตนเองตามแนวคิดของ Miller. (1992) เป็นกระบวนการที่ช่วยปรับความคิดของญาติผู้ดูแลให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การแสดงออกที่เชื่อมสัมพันธ์กับความคิด เพื่อการแก้ปัญหาในหลายแง่มุม สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้หลายรูปแบบซึ่งจะนำไปสู่การค้นพบคำตอบหรือรูปแบบความคิดใหม่ๆ ที่ส่งผลดีต่อสภาวะจิตใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถเผชิญกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิตได้อย่างราบรื่น และเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยอาศัยแนวทางในการพัฒนาความคิดเชิงบวกตามแนวคิดของ Ryff (1989) ที่เชื่อว่าความเจริญงอกงามในตน การยอมรับตนเอง และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ทั้งหมดนี้เป็นคุณลักษณะที่มีอยู่ในตัวบุคคลที่จะสามารถพัฒนาและสามารถปรับสร้างได้ เนื่องจากบุคคลมีความต้องการเป้าหมายใหม่เพิ่มขึ้น และจะพยายามไปสู่เป้าหมายใหม่นั้น ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่พัฒนาขึ้น โดยบุคคลที่มีความเจริญงอกงามในตนสูง จะเป็นผู้ที่มีความรู้สึกต้องการพัฒนาตนเองตลอด เวลาและมองตนเองว่าสามารถเติบโต พร้อมเปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ เมื่อเวลาผ่านไปและมีการเปลี่ยนแปลงตัวเองไปในทางที่ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลที่มีความเจริญงอกงาม ในตนต่ำ จะเป็นผู้ที่มีความคิดในการปรับปรุงตนเองหรือพัฒนาตนเองต่ำ และรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถที่จะพัฒนาได้ (ยรัตน์ดุล เล่าหิวัระพานิช , 2558) และสำหรับความรู้สึกการยอมรับตนเอง ถูกจัดเป็นหัวใจหลักของสภาวะทางจิตและเป็นส่วนหนึ่งของการบรรลุถึงศักยภาพแห่งตน (Self-actualization) บ่งบอกถึงการมีวุฒิภาวะ ดังนั้นการปรับความคิดให้มีเจตคติเชิงบวกกับตนเองจะส่งผลต่อการยอมรับตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยบุคคลที่มีการยอมรับตนเองสูง จะเป็นผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับตนเองได้ทุกประการทั้งด้านดีและไม่ดี Ryff (1989) รวมทั้งการคิดทบทวนเกี่ยวกับปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาของตนเองที่ผ่านมา และให้สมาชิกในกลุ่มมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นวิเคราะห์ปัญหาอย่างสมสมเหตุผลและใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างพลังกาย พลังใจ และพลังความคิด เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองและผู้ป่วย ยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจของตนเองในการแก้ปัญหาต่างๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

#### 4. การสร้างความมั่นใจ

การสร้างความมั่นใจ เป็นการฝึกให้ญาติผู้ดูแลได้มีการพัฒนาตนเอง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลนำสิ่งที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับหลักการจัดสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไปใช้จริงได้อย่างเหมาะสมถูกสุขลักษณะ และมีการนำเสนอให้สมาชิกในกลุ่มรับทราบเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พร้อมรับข้อเสนอแนะต่างๆ จากสมาชิกในกลุ่ม เพื่อการพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

#### 5. การสรุปและประเมินผล

การสรุปและประเมินผล เป็นการสรุปผลของการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้มองเห็นถึงเกี่ยวกับข้อดีหรือประโยชน์ของกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อกาววิเคราะห์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการสร้างพลังกาย พลังใจ พลังความคิดร่วมกันอย่างสมเหตุสมผล นำมาซึ่งประโยชน์ทั้งญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พร้อมทั้งมีการทำแบบประเมินหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

##### 1.2 แนวคิดในการพัฒนาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผู้วิจัยมีการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการพัฒนาญาติผู้ดูแลให้มีความสามารถในการปฏิบัติจัดการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยมุ่งส่งเสริมญาติผู้ดูแลในการเข้าถึงข้อมูล สร้างความเข้าใจ มีการตรวจสอบ และตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยผู้วิจัยได้นำรูปแบบการเรียนรู้ตามแนวคิดของ Shearer; et all. (2010) และทศพร แสงจันทร์ (2558) ศิริพร เสมสารและคณะ (2561) มาปรับใช้ในการจัดกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในการฝึกทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ถูกหลักอนามัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้

##### 1) การเตรียมความพร้อม

การเตรียมความพร้อม เป็นการสร้างความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความสำคัญของจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่ออาการป่วยของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและญาติผู้ดูแลด้วย

## 2) การสร้างความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อม

การสร้างความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลสิ่งแวดล้อมให้  
 ถูกสุขลักษณะตามหลักอนามัยที่ถูกต้อง โดยสาระความรู้ คือหลักการจัดสภาพแวดล้อมให้  
 หลักอนามัยร่วมกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ได้แก่ การป้องกัน  
 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เนื้อหาสาระการเรียนรู้ ได้แก่ แนว  
 ททางการเข้าถึงข้อมูล สร้างความเข้าใจ มีการตรวจสอบ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจเลือกแนวทางการ  
 จัดสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เช่น การดูแล  
 ความสะอาด ห้องน้ำ ห้องส้วม การกำจัดของเสียและสิ่งปฏิกูล ความสะอาดห้องครัว การระบาย  
 ถ่ายเทอากาศ

## 3) การฝึกทักษะการจัดการดูแลสิ่งแวดล้อม

การฝึกทักษะการจัดการดูแลสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้ญาติ  
 ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองจากการได้ลงมือกระทำเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ถูกหลัก  
 อนามัย โดยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในความ  
 เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมของการจัดสภาพแวดล้อมในลักษณะต่างๆ ที่ญาติผู้ดูแลได้กระทำ  
 ออกมา และเมื่อญาติผู้ดูแลสามารถจัดการสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องตามหลักอนามัยได้ จะช่วยเพิ่ม  
 ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง สามารถนำประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนด้วย  
 วิธีการฝึกการกระทำหรือลงมือปฏิบัติเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจ ตรวจสอบข้อมูล  
 และตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัยต่อสุขภาพ เพราะ  
 การฝึกทักษะเป็นกระบวนการพัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์ ซึ่งการได้ลงมือปฏิบัติด้วยการฝึก  
 ทักษะบ่อยๆ จึงเป็นการเสริมความมั่นใจและช่วยให้มีความเข้าใจมากขึ้นจากประสบการณ์จริง

## 4) การพัฒนาตนเองต่อเนื่อง

เป็นการฝึกจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เคยชินจนเกิดเป็นนิสัย ซึ่ง  
 เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ช่วยตัวเองได้เพียงเล็กน้อยและ  
 ไม่สามารถเดินทางไปในที่ต่างๆ ได้ด้วยตนเองจึงต้องอยู่ติดบ้าน

## 5) การสรุปและประเมินผล

การสรุปและประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้าง  
 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้คิดพิจารณา วิเคราะห์ถึงข้อดี  
 ข้อเสีย และประโยชน์ของกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้

เหมาะสมกับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งผลของการฝึกปฏิบัติดังกล่าวส่งผลทั้งตัวญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย

## 2. การสร้างกรอบกิจกรรมในการวิจัยระยะที่ 2

กรอบในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

### 1. ระยะเตรียมการก่อนทดลอง

1.1 จัดเตรียมความพร้อมของสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์และเครื่องใช้

1.2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ถูกสุ่มให้เข้าร่วมใน

โปรแกรมฯ จำนวน 30 คน

### 2. ระยะทดลอง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มญาติผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับสลากเข้ากลุ่มกลุ่มละ 30 คน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ มีการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วย MANOVA ซึ่งหลักการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย MANOVA กำหนดให้ใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 30 คน (Morgan, 2007) โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 เป็นกิจกรรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การค้นหาสาเหตุของการสูญเสียพลังสุขภาพ 3) การสะท้อนคิด 4) การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก 5) การเสริมสร้างพลังด้วยตนเอง 6) การสร้างความมั่นใจ และชุดที่ 2 เป็นกิจกรรมฝึกทักษะสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อม 2) การสร้างความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 3) การฝึกทักษะ 4) การพัฒนาตนเอง 5) การสรุปและประเมินผลการเรียนรู้ ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ญาติผู้ดูแลจะดำเนินกิจกรรมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงตามปกติ

3. ระยะติดตามผล วัดข้อมูลตัวแปรด้วยแบบวัดสุขภาพของญาติผู้ดูแล โดยมีการติดตามหลังเสร็จสิ้นการใช้โปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือน

## 3. การจัดกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

การจัดกิจกรรมในโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จากกรอบแนวคิดของ กัลลาเกอร์ และคณะ (Gallagher; et all. 2007) ร่วมกับ

การศึกษาของทศพร แสงจันทร์ (2558) และศิริพร เสมสารและคณะ (2561) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้วยอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยในขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพและการสร้างความเข้าใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ สร้างความคุ้นเคยกับวิทยากร ผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน และสร้างความเข้าใจถึง วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม โดยกิจกรรมนี้ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 1 ครั้ง โดยมีระยะเวลา 1 ชั่วโมง ชั่วโมง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพ โดยเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับ ญาติผู้ดูแลและผู้ดูแลแต่ละคนทำความรู้จักคุ้นเคยซึ่งกันและกัน และผู้วิจัยเน้นให้ความสำคัญกับบทบาทของญาติ ผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในกลุ่มจะช่วยให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความกล้าที่จะบอกข้อมูลต่างๆ ในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย (ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที)

2) การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยมีการอธิบายถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมายของการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงการบอกประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมในโปรแกรมฯ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในโปรแกรมฯ ซึ่งในขั้นตอนนี้จะใช้การทดสอบความเข้าใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้การซักถามถึงวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเข้าใจดีแล้วจึงจะผ่านกิจกรรมในขั้นตอนนี้เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนต่อไป หากผู้เข้าร่วมกิจกรรมยังไม่ผ่านในขั้นตอนนี้ ก็จะมีการทบทวนอีกรอบจนกว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะมีความเข้าใจในโปรแกรม (ใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที)

**ขั้นตอนที่ 2** การค้นหาสาเหตุของปัญหา ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่

1) การค้นหาสาเหตุของการสูญเสียพลังกายพลังใจในการดูแลสุขภาพ ในขั้นตอนนี้โดยการทำให้ญาติผู้ดูแลยอมรับปัญหาหรือเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพความเป็นจริง และส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลระบายความรู้สึกของตนเองที่ต้องเผชิญ

กับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะร่างกายและจิตใจ เปิดโอกาสให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกอย่างเต็มที่และสนับสนุนให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนถึงสาเหตุที่ทำให้หมดพลังกายพลังใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ญาติผู้ดูแลทุกคนในกลุ่มรับรู้ถึงปัญหาของญาติผู้ดูแลคนอื่นและกล้าที่จะบอกปัญหาของตน เพื่อให้มีการวิเคราะห์พิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาในแต่ละคน

2) การค้นหาสาเหตุของปัญหาที่มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านไม่ถูกสุขลักษณะ โดยการซักถาม เพื่อให้ญาติผู้ดูแลบอกปัญหาหรือปัจจัยที่ไม่สามารถดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมของที่บ้านผู้ป่วยให้ถูกต้องตามสุขลักษณะได้และส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลระบายความรู้สึกของตนเองที่ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะร่างกายและจิตใจของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกอย่างเต็มที่ และสนับสนุนให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนถึงสาเหตุของการไม่ดูแลสิ่งแวดล้อมในขณะดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลทุกคนในกลุ่มรับรู้ถึงปัญหาของญาติผู้ดูแลคนอื่นและกล้าที่จะบอกปัญหาของตน เพื่อให้เกิดการวิเคราะห์พิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาร่วมกัน

### ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความรู้ความเข้าใจ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

1) การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการสร้างพลังใจแก่ญาติผู้ดูแลในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเสริมสร้างพลังใจให้ตนเองนั้น ควรมีการปรับความคิด อารมณ์และความรู้สึกให้ยอมรับและยอมรับเปิดใจในการบอกปัญหาที่เกิดขึ้น และพร้อมที่จะนำไปวางแผนพัฒนาความคิด ความรู้สึกให้เกิดพลังและกำลังใจในการทำงานให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพราะการสร้างพลังกายใจที่เข้มแข็งจะช่วยให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ต่อไป

2) การสร้างความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมตามสุขลักษณะ โดยใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง โดยสาระความรู้ คือ หลักการจัดสภาพแวดล้อมให้ถูกหลักอนามัยร่วมกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เนื้อหาสาระการเรียนรู้ ได้แก่ แนวทาง การเข้าถึงข้อมูล สร้างความเข้าใจ มีการตรวจสอบ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจเลือกแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เช่น การดูแลความสะอาด ห้องน้ำ ห้องส้วม การกำจัดของเสียและสิ่งปฏิกูล ความสะอาดห้องครัว การระบายอากาศ เป็นต้น



#### ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการสร้างพลังสุขภาพ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่

1) ฝึกทักษะสร้างพลังสุขภาพ การฝึกทักษะสร้างพลังสุขภาพ เป็นการฝึกปฏิบัติสร้างพลังกายและพลังใจ เป็นการให้ญาติผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่นๆในกลุ่มได้ระบายความรู้สึก เกิดการรับรู้ร่วมกัน และให้ข้อดีของตนเอง เพื่อสร้างผลึกต้น เพื่อวางแผนการทำงานให้สำเร็จในทุกๆวัน และให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มได้บอกถึงวิธีที่ใช้ในการสร้างพลังใจพลังกาย และมีการนำวิธีเพิ่มพลังใจที่ได้กลุ่มมาฝึกสร้างพลังใจแก่ตนเอง นำมาแก้ไขปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง มีการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด นำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นหากญาติผู้ดูแลสามารถเลือกแนวทาง แก้ไขปัญหาที่เหมาะสมแก่ตนเอง และเลือกที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกแล้วและเกิดประโยชน์แก่ญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความรู้สึกทางบวกต่อตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง นอกจากนี้การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติงานตามที่ตั้งใจไว้ จะเป็นการเสริมสร้างพลังในตนเอง

2) ฝึกทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยให้ถูกสุขลักษณะ โดยในขั้นตอนนี้จะมีการสาธิตวิธีการจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะภายในบ้านและรอบๆบ้าน และให้ญาติผู้ดูแลฝึกปฏิบัติตาม พร้อมทั้งการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์ผลดีผลเสียของการจัดสภาพแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะของสมาชิกในกลุ่ม เพื่อช่วยญาติผู้ดูแลเห็นภาพชัดเจนในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และให้ญาติผู้ดูแลทุกคนได้ทดลองฝึกการจัดสิ่งแวดล้อมตามลักษณะที่บ้านของตน โดยคำนึงผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

3) การพัฒนาตนเอง เป็นการฝึกให้ญาติผู้ดูแลได้มีการพัฒนาตนเอง เพื่อให้ญาติผู้ดูแลนำสิ่งที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับหลักการจัดสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไปใช้จริงได้อย่างเหมาะสมถูกสุขลักษณะ และมีการนำเสนอให้สมาชิกในกลุ่มรับทราบเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น พร้อมรับข้อเสนอแนะต่างๆ จากสมาชิกในกลุ่ม เพื่อผู้วิจัยจะได้นำไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงการจัดกิจกรรมให้ดีขึ้น

#### ขั้นตอนที่ 5 สรุปและประเมินผล

ในการสรุปผลจะใช้กิจกรรมการสะท้อนคิด เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้มองตนเอง ด้วยการสะท้อนความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับข้อดีหรือประโยชน์ของกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับแนวทางการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยวิธีการให้สมาชิกในกลุ่มมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อการวิเคราะห์ปัญหา การสร้างพลังกายพลังใจ พลังความคิดร่วมกันอย่างสมเหตุสมผล เพื่อสนับสนุนการการสร้างพลังกายพลังใจ ความ

รอบรู้ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างต่อเนื่องและบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด นำมาซึ่งประโยชน์แก่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พร้อมทั้งมีการทดสอบหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพและความเหมาะสมของโปรแกรม ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อสร้างโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเสร็จ จะนำโปรแกรมนี้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ที่ได้ปรับแก้ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของโปรแกรมในรายละเอียดเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม เทคนิค สื่อ อุปกรณ์ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล รวมทั้งความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) .60-1.00 จากนั้นจึงนำข้อเสนอแนะที่ได้มาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้โปรแกรมฯ มีความสมบูรณ์มากขึ้น
2. ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ได้รับการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาอีกครั้ง แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปทดลองใช้
3. ผู้วิจัยนำโปรแกรมบางกิจกรรมที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับญาติผู้ดูแลที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การทดลองกับกลุ่มย่อย จำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนแต่ละขั้นตอน และตรวจสอบความถูกต้องของตัวอักษร การใช้คำพูด ลำดับขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพและปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้มีความเหมาะสม โดยโปรแกรมมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 2 กิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัย  
สิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

การดำเนินการ	วัตถุประสงค์โปรแกรม	การสร้างพลังสุขภาพ	ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	การประเมินผล
<p>ระยะก่อนการเรียนรู้ ขั้นตอนที่ 1</p> <p>การเตรียมความพร้อม (เวลา 1 ชั่วโมง)</p>	<p>-เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมฯ</p>	<p>- การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับญาติผู้ดูแลและระหว่างญาติผู้ดูแลกับญาติผู้ดูแลด้วยกัน</p> <p>2. การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรม</p>	<p>- การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับญาติผู้ดูแลและระหว่างญาติผู้ดูแลกับญาติผู้ดูแลด้วยกัน</p> <p>- การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรม</p>	<p>-การทักทายและแนะนำตนเองของญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรม</p> <p>-บอกวัตถุประสงค์เป้าหมายและประโยชน์ของโปรแกรม</p>	<p>-สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกิจกรรม - การตอบคำถามเกี่ยวกับวัตถุประสงค์เป้าหมายและประโยชน์ของโปรแกรม</p>
<p>ระยะการเรียนรู้ ขั้นตอนที่ 2</p> <p>ค้นหาสาเหตุของปัญหา (เวลา 1 ชั่วโมง)</p>	<p>-เพื่อให้ญาติผู้ดูแลบอกสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้สูญเสียพลังกายพลังใจในการดูแลสุขภาพและไม่สามารถจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกสุขลักษณะได้</p>	<p>-การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลยอมรับปัญหาเหตุการณ์/สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพความเป็นจริง</p>	<p>- การค้นหาสาเหตุที่ไม่สามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกสุขลักษณะได้</p>	<p>-ญาติผู้ดูแลบอกถึงเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้รู้สึกหมดพลังกำลัง ใจในการทำหน้าที่</p> <p>-ญาติผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลและการจัดการสิ่งแวดล้อม</p>	<p>-สังเกตการณ์ตอบคำถามเกี่ยวกับเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้รู้สึกหมดพลัง กำลัง ใจในการทำหน้าที่</p> <p>- สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลและการจัดการสิ่งแวดล้อม</p>

ตาราง 2 (ต่อ)

การดำเนินการ	วัตถุประสงค์โปรแกรม	การสร้างพลังสุขภาพ	ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	การประเมินผล
<p><b>ขั้นตอนที่ 3</b></p> <p>การสร้างความรู้ความเข้าใจ (เวลา 2 ชั่วโมง)</p>	<p>- เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการสร้างพลังสุขภาพด้วยปัจจัยทรัพยากรส่วนบุคคล</p>	<p>- ให้ความรู้ความเข้าใจการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ</p>	<p>- ให้ความรู้ความเข้าใจด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p>	<p>- ศึกษาความสำคัญและแนวทางในการช่วยเสริมสร้างพลังกายพลังใจในการดูแล</p> <p>- บอกปัจจัยที่ช่วยในการเสริมสร้างพลังใจ</p> <p>- บอกกลวิธีที่ช่วยสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ</p> <p>- อธิบายเกี่ยวกับการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต</p>	<p>- การทำแบบฝึกจากใบงาน ความสำคัญและแนวทาง ปัจจัยที่ช่วยในการเสริมสร้างพลังกายพลังใจ วิธีที่ช่วยสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต</p>
<p><b>ขั้นตอนที่ 4</b></p> <p>การฝึกทักษะ-ฝึกการสร้างพลังสุขภาพ (เวลา 2 ชั่วโมง)</p>	<p>- เลือกแนวทางในการดูแลจัดการสิ่งแวดล้อม</p> <p>- เพื่อสร้างจุดมุ่งหมายในชีวิต</p> <p>- เพื่อให้เกิดการยอมรับตนเอง</p> <p>- เพื่อวางแผนพัฒนาตนเอง</p> <p>- เพื่อให้เกิดการยอมรับตนเอง</p> <p>- เพื่อวางแผนพัฒนาตนเอง</p>	<p>- ฝึกสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ</p> <p>- ฝึกให้เกิดความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเอง</p> <p>- วางแผนความต้องการการพัฒนาร่างกายตนเอง</p>	<p>- บอกข้อดีข้อเสียของการจัดสภาพแวดล้อม</p> <p>- ตัดสินใจเลือกวิธีจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม</p>	<p>- ฝึกการตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และยกตัวอย่างประกอบ</p> <p>- กำหนดเป้าหมายของการดูแล</p> <p>- คิดทบทวนเหตุการณ์ที่ทำสำเร็จ</p> <p>- เขียนประสบการณ์ที่ดีของตนเอง</p> <p>- เขียนแผนการพัฒนาร่างกายตนเอง</p> <p>- สนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์</p>	<p>- การทำแบบฝึกจากใบงาน การตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป้าหมายของการดูแล การคิดทบทวนเหตุการณ์ที่ทำสำเร็จ แลกการเขียนประสบการณ์ที่ดีของตนเอง</p>

ตาราง 2 (ต่อ)

การดำเนินการ	วัตถุประสงค์โปรแกรม	การสร้างพลังสุขภาพ	ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	การประเมินผล
-ฝึกทักษะด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (เวลา 2 ชั่วโมง)	เพื่อฝึกปฏิบัติการใช้บริการทางสังคมอย่างเหมาะสม -เพื่อฝึกปฏิบัติการเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม -เพื่อให้ญาติผู้ดูแลนำความเข้าใจไปใช้จัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและถูกสุขลักษณะ	-เรียนรู้การใช้บริการทางสังคมที่ -การรับรู้ของญาติผู้ดูแลที่มีต่อการสนับสนุนจากแหล่งบริการสุขภาพในชุมชนหรือสังคม	-การใช้สื่อทางเทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ -หลักการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน	-ฝึกการขอความช่วยเหลือจากแหล่งบริการทางสังคม -ฝึกปฏิบัติจริง ด้วยการให้โทรศัพท์ ด้วยหมายเลข 1669 -ฝึกปฏิบัติการค้นหาข้อมูลจากสื่อเทคโนโลยีที่มี - ฝึกปฏิบัติการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน	-การทำแบบฝึกหัดจากใบงานและการปฏิบัติจริงในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งบริการทางสังคม - การค้นหาข้อมูลจากสื่อเทคโนโลยีที่มี - การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน
(เวลา 2 ชั่วโมง)	-เพื่อฝึกการประเมินและตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลจัดการสภาพแวดล้อม -เพื่อฝึกการตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดสภาพแวดล้อม		- ตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม - การตัดสินใจเลือกวิธีการอนามัยสิ่งแวดล้อม	-ฝึกใช้ช่องทางในการตรวจสอบข้อมูลการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ -ฝึกปฏิบัติการตรวจสอบข้อมูลการจัดการสิ่งแวดล้อมของตนเอง -บอกถึงข้อดีข้อเสียของการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง	

ตาราง 2 (ต่อ)

การดำเนินการ	วัตถุประสงค์โปรแกรม	การสร้างพลังสุขภาพ	ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	การประเมินผล
ขั้นตอนที่ 5 การสรุปและประเมินผล (เวลา 2 ชั่วโมง)	-เพื่อสรุปผลการเรียนรู้จากการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ	-สรุปหลักการสร้างพลังทางสุขภาพ	-สรุปหลักการความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	-ญาติผู้ดูแลเขียนสรุปหลักสำคัญในการช่วยสร้างพลังกายพลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง -เขียนประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม -เขียนแผนงานเพื่อการนำไปใช้จริงในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง	-การทำแบบฝึกจากใบงานหลักสำคัญในการช่วยสร้างพลังกายพลังใจ -เขียนประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม -การเขียนแผนงานเพื่อการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย
ระยะหลังการเรียนรู้ (หลังสิ้นสุดการทดลองใช้โปรแกรมฯ เป็นเวลา 1 เดือน)	-เพื่อประเมินประสิทธิผลและการคงอยู่ของโปรแกรมฯ ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง	-แบบประเมินสุขภาพของญาติผู้ดูแล	-แบบประเมินสุขภาพของญาติผู้ดูแล	-ทำแบบประเมินสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรม -สรุปและแจ้งผลคะแนนที่ได้เป็นรายบุคคล -เปรียบเทียบค่าคะแนนของผู้เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโปรแกรม	-การทำแบบประเมินหลังเข้าร่วมโปรแกรม

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนทดลอง ระยะทดลองและระยะหลังการทดลอง โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

### ระยะก่อนทดลอง

ระยะก่อนทดลอง ผู้วิจัยมีการดำเนินการตามขั้นตอน คือ

1. ผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัยอีก 1 คน ทำการคัดเลือกญาติผู้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลที่มีคะแนนรวมเฉลี่ยของระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 รวมจำนวน 60 คน ส่วนผู้ที่ได้ระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมากกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 จะถูกคัดออกไป การสุ่มญาติผู้ดูแลเข้ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบ ด้วยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่ม (Group assignment) โดยพิจารณาจากคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ให้มีความคล้ายคลึงกัน จากนั้นสอบถามความสมัครใจที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดทั้งโปรแกรมจนได้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มละ 30 คน โดยเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตเมืองจังหวัดจันทบุรี ซึ่งได้มาจากการรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสงเคราะห์จังหวัดจันทบุรี (2563) ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรม จะต้องมีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

- เพศชายหรือเพศหญิง อายุ 20 ปี ขึ้นไป
- สามารถอ่าน / เขียนภาษาไทยได้
- ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย
- มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย 2 เดือนขึ้นไป เนื่องจากเป็นระยะเวลา

เริ่มยอมรับ เมื่อเปลี่ยนบทบาท (Jeali. et. al. 2021)

- มีคะแนนรวมเฉลี่ยของระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50

และมีเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้

- เมื่อญาติผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงต้องการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม

- เมื่อญาติผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมได้

2. ผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัยอีก 1 คน ทำการจัดเตรียมเครื่องมือ สื่อ อุปกรณ์ และเอกสารต่างๆ ตลอดจนการจัดเตรียมสถานที่ให้มีความพร้อมในการจัดกิจกรรม

3. ผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัยอีก 1 คน ทำการเก็บข้อมูลของตัวแปรตาม โดยใช้แบบวัดข้อมูลของตัวแปร ที่ได้จากการก่อสร้างขึ้นมา และผ่านการดำเนินการหาคุณภาพแล้ว เพื่อเป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยเก็บข้อมูลด้าน ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงสุขภาพะญาติผู้ดูแลและปัจจัยทรัพยากรบุคคลหรือบริบทสังคมที่ได้จากงานวิจัยระยะที่ 1 โดยมีการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับเปรียบเทียบว่าหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว ผู้เข้าร่วมมีคุณลักษณะต่างๆ ในด้านความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงสุขภาพะญาติผู้ดูแลและปัจจัยทรัพยากรบุคคลหรือบริบทสังคม เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

#### ระยะทดลอง

ในระยะทดลอง ผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัยอีก 2 คน มีการดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยผู้วิจัยได้กำหนดแผนการดำเนินการตามขั้นตอนในแผนการทดลอง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) ขั้นเริ่มต้น เป็นขั้นตอนการเริ่มต้นของกิจกรรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การแนะนำตนเอง สร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม และระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน เป็นการกำหนดจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้และวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมในโปรแกรม และการนำเข้าสู่เนื้อหา การทบทวนเนื้อหาจัดการกิจกรรมแต่ละครั้ง และการเตรียมความพร้อมให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรม ก่อนดำเนินการกิจกรรมในขั้นต่อไป

2) ขั้นดำเนินการ เป็นขั้นตอนในการให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้และฝึกทักษะในแต่ละกิจกรรมตามเนื้อหา โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองภายในกลุ่ม และมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน

3) ขั้นยุติ เป็นขั้นตอนของการสรุปเนื้อหาและผลลัพธ์ที่ได้จากการเรียนรู้ โดยให้ผู้วิจัยสรุปและผู้เข้าร่วมกิจกรรมสรุป เพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ซักถามในประเด็นต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ การให้ข้อมูลย้อนกลับระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรม และการมอบหมายงานบางอย่างในการฝึกปฏิบัติ ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการ



อภิปรายหาข้อสรุปสิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้คิดวิเคราะห์และนำเสนอประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการประเมินผลการเรียนรู้ในทุกกิจกรรมของโปรแกรมฯ

### ระยะหลังการทดลอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้วิจัยได้ทำการวัดตัวแปรตาม โดยวัดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และภายหลังการทดลอง โดยวัดผลหลังการทดลองเสร็จสิ้นเป็นระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งมีการวัดผลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเก็บผลการทดลองเป็นคะแนนในระยะหลังการทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเพื่อให้ทราบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์ ค่าสถิติพื้นฐานแต่ละโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ได้แก่

1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ทราบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

1.2 การวิเคราะห์สถิติพื้นฐานของตัวแปรเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) เพื่อให้ทราบลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปร

1.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

.4 การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความเท่ากันของเมทริกซ์ความแปรปรวน – แปรปรวนร่วมของตัวแปรตามระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Box's M Test และการตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนโดยใช้สถิติ Levene's Test

2. การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อทดสอบวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย โดยใช้สถิติ วิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร (MANOVA) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-Way Repeated Measures MANOVA) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

## การพิทักษ์สิทธิและจรรยาบรรณในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและมีการทดลองในมนุษย์ ดังนั้นเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ทำเรื่องขออนุมัติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยมหาวิทยาลักษณ์ศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งมีประเด็นในการรักษาในการรักษาสิทธิของญาติผู้ดูแล ดังนี้

1. การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยมหาวิทยาลักษณ์ศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ 121/2564

2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเข้าร่วมใช้โปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลรวมทั้งความปลอดภัยและประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

3. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงทุกคนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ มีสิทธิ์ขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

4. ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยมีวิธีการปกป้อง ความลับ หรือข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้ ในการบันทึกข้อมูลส่วนตัว ใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการบันทึกข้อมูลในแบบเก็บข้อมูล มีการบันทึกข้อมูลเป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ (ในคอมพิวเตอร์) รูปถ่าย ภาพนิ่ง วิดิทัศน์ ภาพเคลื่อนไหว บันทึกเสียง ซึ่งการบันทึกข้อมูลดังกล่าวมีการป้องกันบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงข้อมูล และมีการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การป้องกันใช้การบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวที่มีรหัสป้องกันบุคคลอื่นไม่ให้สามารถเปิดได้ เก็บเอกสาร ไฟล์ ในตู้ที่มีกุญแจล็อก และผู้วิจัยเท่านั้นที่มีกุญแจสำหรับเปิดหรือปิด การเก็บเอกสาร และไฟล์ไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังสิ้นสุดการวิจัย โดยหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นผู้รับผิดชอบในการรักษาความลับผู้เข้าร่วมการวิจัย และได้แจ้งไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่บันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัว จะเก็บไฟล์ไว้ต่อเป็นเวลา 1 ปี หลังสิ้นสุดการวิจัย และจะทำลายข้อมูลด้วยวิธีการลบไฟล์ออกจากเครื่องในลักษณะที่ไม่สามารถกู้ข้อมูลกลับมาได้

5. มาตรการป้องกันและแก้ไขเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ในโครงการนี้ เตรียมที่ปรึกษา ผู้ช่วยที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย นักจิตวิทยา พยาบาลวิชาชีพ หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

6. ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการแก้ไขหรือรักษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากโครงการวิจัย ทั้งหมด



## บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ โดยแบ่งการวิจัย เป็น 2 ระยะ ได้แก่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1 เพื่อศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรบริบทสังคมของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแล และสุขภาวะของญาติผู้ดูแล ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 2 เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยนำเสนอเป็นขั้นตอนตามแต่ละระยะ ดังนี้



### ผลการวิจัยระยะที่ 1

ผู้วิจัยใช้การกำหนดสัญลักษณ์ อักษรย่อ และตัวแปรที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันตลอดการนำเสนอผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ตาราง 3 สัญลักษณ์ อักษรย่อ ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปรผล

สัญลักษณ์	ความหมาย
M	ค่าเฉลี่ย (Mean)
S.D.	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
Sk	ค่าความเบ้ (Skewness)
Ku	ค่าความโด่ง (Kurtosis)
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)
R <sup>2</sup>	ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณยกกำลังสอง (Squared multiple correlation)
$\chi^2$	ค่าสถิติไค – สแควร์ (Chi - square)
df	องศาแห่งความอิสระ (Degree of freedom)
p	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Statistical Significant)
SE	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error)
F	ค่าอัตราส่วน F ใช้ทดสอบความสัมพันธ์ร่วมของการพยากรณ์ (F-test)
MSE	ค่าความคลาดเคลื่อนกำลังสองเฉลี่ย (Mean square error)
GFI	ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of fit index)
AGFI	ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแล้ว (Adjusted goodness of fit index)
RMSEA	ค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (Root mean square error of approximation)
SRMR	ค่าดัชนีของรากกำลังสองเฉลี่ยมาตรฐานของส่วนที่เหลือ (Standardized root mean square residual)
RMR	ค่าดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน (Root mean square)
TLI	ค่าดัชนีทักเคอร์ลูอิส (Tucker-Lewis index)
DE	อิทธิพลทางตรง (Direct effect)
IE	อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect)
TE	อิทธิพลรวม (Total effect)

ตาราง 4 สัญลักษณ์ อักษรย่อ และตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล

ตัวแปรแฝง	อักษรย่อ	ตัวแปรสังเกต	อักษรย่อ
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ	HE	ความเจริญงอกงามในตน	G
		การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	A
		การยอมรับตนเอง	SA
ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	EHL	การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	IA
		การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	US
การใช้บริการทางสังคม	SS	การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	CI
การรับรู้เครือข่ายทางสังคม	SN	การตัดสินใจเลือกวิถีจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม	MC
ทรัพยากรบริบททางสังคม	SR	การใช้บริการทางสังคม	SS
		การรับรู้เครือข่ายทางสังคม	SN
ทรัพยากรบุคคล	HR	ความเข้มแข็งทางจิตใจ	SE
พฤติกรรมมีส่วนร่วม	BP	ร่วมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม	EP
		ร่วมดูแลสุขภาพ	CP
ภาวะสุขภาพ	WB	สุขภาพะญาติผู้ดูแล	WBC

### ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตอำเภอเมือง จันทบุรี จำนวน 250 คน โดยมีรายละเอียดข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 5

ตาราง 5 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ประเภทข้อมูล	จำนวน (n = 250)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	60	24.00
หญิง	190	76.00
<b>รวม</b>	<b>250</b>	<b>100.00</b>
<b>สถานะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>		
ลูก	6	2.40
หลาน	143	57.20

ตาราง 5 (ต่อ)

ประเภทข้อมูล	จำนวน (n = 250)	ร้อยละ
พี่น้อง	11	4.40
ลุง / ป้า	21	8.40
พ่อ / แม่	25	10.00
ลูกจ้าง	1	0.40
อื่นๆ	43	17.20
<b>รวม</b>	<b>250</b>	<b>100.00</b>
<b>ระยะเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย</b>		
1 ปี	109	43.60
2 ปี	70	28.00
3 ปี	27	10.80
4 ปี	29	11.60
5 ปี	13	5.20
6 ปี	2	0.80
<b>รวม</b>	<b>250</b>	<b>100.00</b>
<b>ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง</b>		
ไม่ได้ศึกษา	16	6.40
ประถมศึกษา	135	54.00
มัธยมศึกษา	82	32.80
ปริญญาตรี	17	6.80
<b>รวม</b>	<b>250</b>	<b>100.00</b>
<b>การอบรม / การเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง</b>		
ไม่ระบุ	6	2.40
ไม่เคย	46	18.40
เคย	198	79.20
<b>รวม</b>	<b>250</b>	<b>100.00</b>

ตาราง 5 (ต่อ)

ประเภทข้อมูล	จำนวน (n = 250)	ร้อยละ
เคยได้รับการอบรม / เรียนรู้ได้จากเรียนรู้จากสื่อใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	จำนวนผู้ที่เคย	ร้อยละของทั้งหมด
โทรทัศน์	114	45.60
วิดีโอ / YouTube	52	20.80
แอปพลิเคชันต่างๆ เช่น Line	44	17.60
Facebook	52	20.80
รายงานเสียงตามสายประจำหมู่บ้าน	28	11.20
บุคลากรที่มสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด	165	66.00
อาสาสมัครสาธารณสุข	114	45.60
ประเภทข้อมูล	Mean	SD.
อายุ	55.50	9.10

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด เป็นเพศหญิง จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 76.00 ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหลานของผู้ป่วย จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 57.20 รองลงมาคือ เป็นพ่อ / แม่ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 และเป็นลุง / ป้า จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 8.40 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1 ปี จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 43.60 รองลงมาคือ 2 ปี จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 28.00 และ 4 ปี จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 11.60 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 54.00 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 32.80 และระดับปริญญาตรี จำนวน 17 คิดเป็นร้อยละ 6.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรม / การเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยที่บ้านติดเตียง จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 79.20 โดยส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรมจากบุคลากรที่มสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 66.00 ของผู้ที่เคยเข้ารับการอบรมทั้งหมด รองลงมาคือ โทรทัศน์ จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 45.60 ของผู้ที่เคยเข้ารับการอบรมทั้งหมด และได้รับการอบรมจากอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 45.60 ของผู้ที่เคยเข้ารับการอบรมทั้งหมด และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 55.50



## ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของตัวแปรก่อนดำเนินการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structure Equation Model: SEM) เพื่อทดสอบสมมติฐานตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

### 1. การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร

ผู้วิจัยตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลของตัวแปรว่าเป็นการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ โดยพิจารณาจากค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) ของตัวแปรทุกตัว ดังตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ความโด่ง ของตัวแปรทั้งหมด

ตัวแปรสังเกต	Mean	SD.	Sk.	Ku.
<b>ทรัพยากรบุคคล</b>				
ความทนทานทางอารมณ์	3.18	0.94	-0.28	-0.73
กำลังใจหรือพลังใจ	3.33	0.86	-0.28	-0.80
การต่อสู้เอาชนะปัญหา	3.24	0.85	-.32	-0.30
<b>ทรัพยากรบริบทสังคม</b>				
การใช้บริการทางสังคม	3.06	1.03	-0.09	-1.00
การรับรู้เครือข่ายทางสังคม	2.97	1.02	-0.15	-1.15
<b>ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</b>				
การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	2.83	1.03	0.00	-1.09
การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.02	1.01	-0.12	-1.03
การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	2.94	1.03	0.06	-1.05
การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม	2.85	1.00	-0.08	-.99
<b>การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ</b>				
การยอมรับตนเอง	3.26	0.84	-0.29	-0.64
ความเจริญงอกงามในตน	3.19	0.90	-0.17	-0.88
การมีจุดหมายในชีวิต	3.35	0.87	-0.19	-0.57
<b>พฤติกรรมการมีส่วนร่วม</b>				
พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม	3.26	0.89	-0.22	-0.58
พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ด้านร่างกาย	3.58	0.92	-0.61	-0.38
พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ด้านจิตใจและอารมณ์	3.40	0.87	-0.33	-0.58
พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ด้านสังคม	2.98	0.98	-0.08	-0.84

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปรสังเกต	Mean	SD.	Sk.	Ku.
<b>สุขภาวะของญาติผู้ดูแล</b>				
สุขภาวะของญาติผู้ดูแล สุขภาวะด้านร่างกาย	3.22	0.83	-0.22	-0.46
สุขภาวะของญาติผู้ดูแล ด้านจิตใจและอารมณ์	3.43	0.89	-0.46	-0.57
สุขภาวะของญาติผู้ดูแล สุขภาวะด้านสังคม	3.16	0.94	-0.29	-0.67

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

จากตาราง 6 พบว่าตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ด้านร่างกาย (Mean = 3.58, SD. = 0.87) รองลงมาคือ ด้านสุขภาวะของญาติผู้ดูแล ด้านจิตใจและอารมณ์ (Mean = 3.43, SD. = 0.89) และด้านพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ด้านจิตใจและอารมณ์ (Mean = 3.40, SD. = 0.87) ส่วนตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม (Mean = 2.83, SD. = 1.03) เมื่อตรวจสอบการแจกแจงปกติ (Normal distribution) ด้วยการพิจารณาจากค่าความเบ้ (Skewness) ของทุกตัวแปร ซึ่งอยู่ระหว่าง - 0.618 ถึง 0.065 และมีค่าความโด่ง (Kurtosis) อยู่ระหว่าง - 1.154 ถึง -0.309 ซึ่งยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ของ พูลพงษ์ สุขสว่าง (2556) คือ มีค่าความเบ้ อยู่ระหว่าง - 3.00 ถึง 3.00 และค่าความโด่งอยู่ระหว่าง - 3.00 ถึง 3.00 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ลำดับต่อไป

## 2. การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างที่ตัวแปรในโมเดลควรมีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง แต่ไม่มากเกินไป ( $r < .85$ ) จนทำให้เกิดปัญหาภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) (Kline, 2005) ดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาแต่ละตัว

Variable	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	
(1) H_Emotion	1																			
(2) H_Motivation	.837	1																		
(3) H_Fight	.725	.782	1																	
(4) Social serv	.426	.431	.511	1																
(5) Social net	.489	.437	.546	.850	1															
(6) Info access	.445	.408	.464	.830	.816	1														
(7) Understand	.425	.415	.452	.812	.799	.851	1													
(8) Check info	.412	.398	.416	.811	.793	.877	.874	1												
(9) Make a choice	.414	.398	.426	.757	.754	.837	.827	.821	1											
(10) Self accept	.772	.761	.706	.498	.547	.485	.489	.470	.488	1										
(11) Growth	.659	.648	.702	.582	.635	.645	.575	.574	.614	.796	1									
(12) Aim	.724	.739	.723	.535	.561	.506	.525	.523	.516	.815	.704	1								
(13) Change	.492	.483	.450	.731	.687	.646	.704	.716	.664	.594	.548	.586	1							
(14) B_Physical	.518	.516	.449	.662	.601	.577	.642	.615	.554	.556	.479	.614	.732	1						
(15) B_Emotion	.750	.762	.655	.471	.479	.422	.442	.434	.384	.756	.628	.740	.593	.623	1					
(16) B_Social	.638	.585	.574	.62	.682	.635	.619	.613	.665	.672	.668	.661	.626	.549	.653	1				
(17) W_Physical	.432	.473	.465	.597	.582	.567	.537	.588	.585	.534	.567	.595	.626	.564	.529	.627	1			
(18) W_Emotion	.741	.765	.722	.546	.551	.487	.486	.486	.471	.792	.707	.789	.632	.614	.813	.670	.604	1		
(19) W_Social	.618	.606	.566	.599	.645	.585	.556	.566	.587	.645	.625	.649	.654	.584	.667	.768	.681	.748	1	

หมายเหตุ	(1) H_Emotion = ความทนทานทางอารมณ์	(11) Growth = ความเจริญงอกงามในตน
	(2) H_Motivation = กำลังใจหรือพลังใจ	(12) Aim = การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต
	(3) H_Fight = การต่อสู้เอาชนะปัญหา	(13) Change = พฤติกรรมร่วมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม
	(4) Social serv = การใช้บริการทางสังคม	(14) B_Physical = พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ด้านร่างกาย
	(5) Social net = การรับรู้เครือข่ายทางสังคม	(15) B_Emotion = พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ด้านจิตใจ และอารมณ์
	(6) Info access = การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	(16) B_Social = พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ด้านสังคม
	(7) Understand = การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	(17) W_Physical = สุขภาวะของญาติผู้ดูแลสุขภาพะ ด้านร่างกาย
	(8) Check info = การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม	(18) W_Emotion = สุขภาวะของญาติผู้ดูแล ด้านจิตใจและอารมณ์
	(9) Make a choice = การตัดสินใจเลือกวิถีการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม	(19) W_Social = สุขภาวะของญาติผู้ดูแลสุขภาพะด้านสังคม
	(10) Self accept = การยอมรับตนเอง	

จากตาราง 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson พบว่า ความสัมพันธ์ของตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร โดยตัวแปรคู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ ตัวแปรการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม กับตัวแปรการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $r = 0.87$ ) รองลงมาคือ ตัวแปรการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม กับตัวแปรการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $r = 0.87$ ) และ ตัวแปรการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม กับตัวแปรการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $r = 0.85$ ) ส่วนตัวแปรคู่ที่มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุด คือ ตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ด้านจิตใจและอารมณ์

กับตัวแปรการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $r = 0.38$ ) เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดภาวะร่วมเส้นตรง พบว่า มีเพียง 2 คู่ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันเกิน 0.85 และพบว่าไม่มีตัวแปรคู่ใดที่มีค่าความสัมพันธ์กันจนเข้าใกล้ 1.00 แสดงให้เห็นว่าข้อมูลจากตัวแปรชุดนี้ มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์หิโมเดลสมการโครงสร้าง (SEM)

### 3. การวิเคราะห์หิโมเดลสมการโครงสร้าง

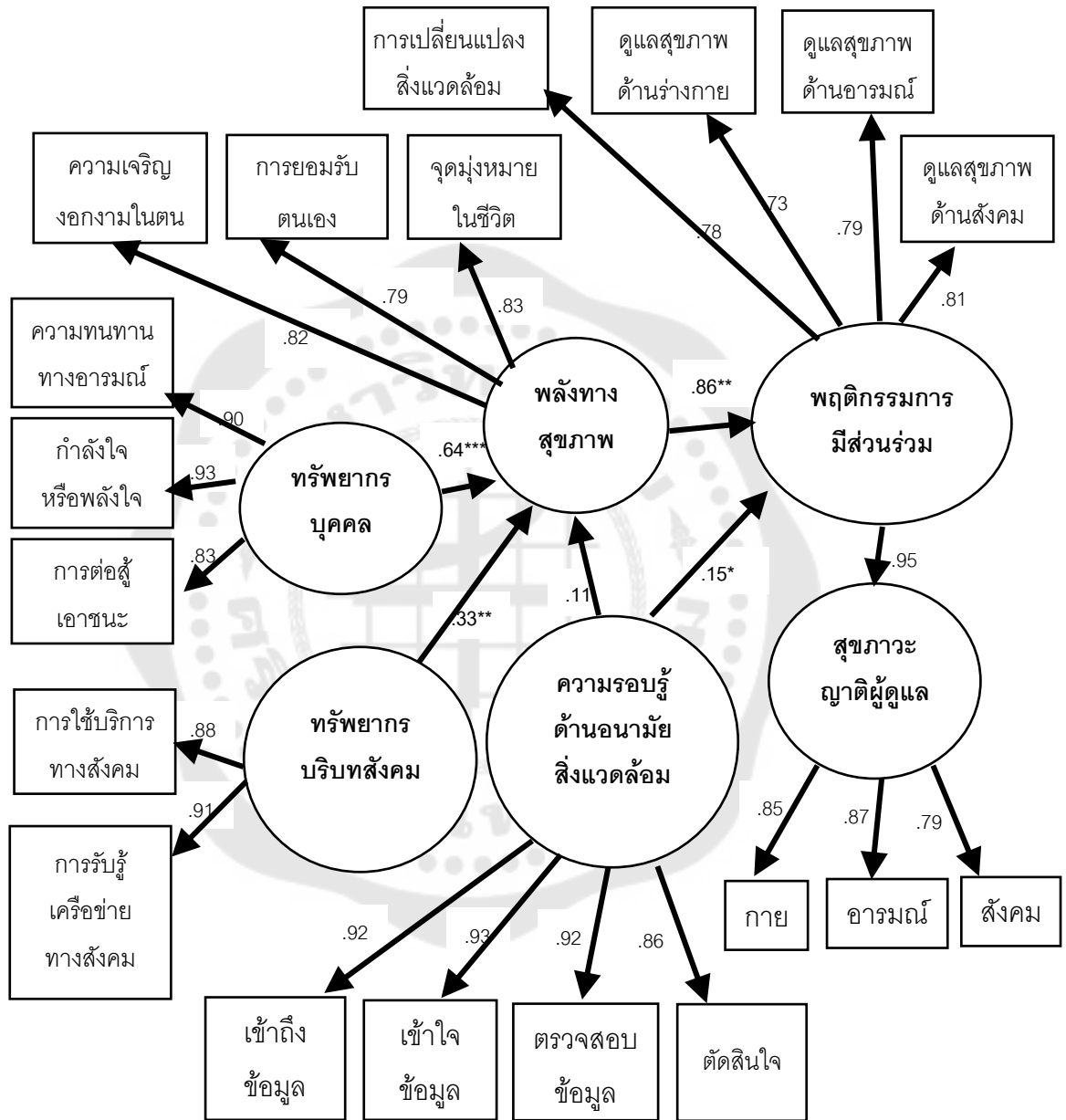
ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบสมมติฐานที่ว่า "โมเดลสมการโครงสร้างสุขภาพของญาติผู้ดูแล มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์" เพื่อแสดงให้เห็นว่าโมเดลสามารถอธิบายสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้ และตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุทั้ง 5 ตัวแปร มีอิทธิพลต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแล โดยมีค่าสถิติที่ใช้เป็นดัชนีแสดงความสอดคล้องของโมเดลสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้แก่ 1) ค่าไคสแควร์ (Chi-square:  $\chi^2$ ) ซึ่งเป็นค่าแสดงผลการตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในภาพรวม (Chi-square Goodness of Fit Test) 2) ค่าไคสแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square) ที่คำนวณจากค่าไคสแควร์หารด้วยค่าองศาความเป็นอิสระ (Chi-square /  $df$ ) ซึ่งเป็นค่าแสดงระดับความสอดคล้อง 3) ดัชนีที่วัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสมบูรณ์ (Absolute Fit Index) ที่นิยมได้แก่ ค่าสถิติที่แสดงความแปรปรวนและความแปรปรวนร่วมที่อธิบายได้ด้วยโมเดล ที่แสดงในรูปแบบของดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI) และค่า GFI ที่ปรับแก้ด้วยค่าองศาความเป็นอิสระ (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) 4) ดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนเชิงสัมพัทธ์ (Relative Fit Index) เป็นค่าที่แสดงว่าโมเดลของการวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรตามทฤษฎีดีกว่าโมเดลที่ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กันเลย คือค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) 5) ค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนในรูปความคลาดเคลื่อนได้แก่ ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือ (Root Mean Square Residual: RMR) และค่าดัชนีรากมาตรฐานของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือ (Standard RMR: SRMR) และ 6) ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของส่วนเหลือมาตรฐาน (Root Mean Square Error of Approximation Index: RMSEA) เป็นค่าดัชนีบอกว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างมากหรือไม่ นำค่าสถิติที่คำนวณได้เปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงตามหลักวิชาการ ถ้าค่าที่คำนวณได้เป็นไปตามเกณฑ์จึงจะแสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์จากโปรแกรมสำเร็จรูป ดังตาราง 8

ตาราง 8 ค่าสถิติการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างของสุขภาวะของญาติผู้ดูแล (n = 250)

ค่าดัชนี	เกณฑ์	ค่าสถิติ	ผลการพิจารณา
Chi-square	-	128.48	-
<i>df</i>	-	104	-
Chi-square / <i>df</i>	<2.00	1.23	ผ่านเกณฑ์
<i>p</i>	>0.05	0.05	ผ่านเกณฑ์
GFI	>0.90	0.99	ผ่านเกณฑ์
AGFI	>0.90	0.84	น้อยกว่าเกณฑ์
CFI	>0.90	0.99	ผ่านเกณฑ์
RMR	<0.05	0.05	ผ่านเกณฑ์
SRMR	<0.05	0.05	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	<0.05	0.04	ผ่านเกณฑ์

ที่มา: Byrne, 2001; Hair et al., 2010; Joreskog & Sorbom (1985)

จากตาราง 8 ค่าสถิติที่ได้จากการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างของสุขภาวะของญาติผู้ดูแลหลังปรับโมเดลแล้ว พบว่า มีค่า Chi-square เท่ากับ 128.48 ที่องศาอิสระ (*df*) เท่ากับ 104 มีค่า Chi-square / *df* เท่ากับ 1.23 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ (Chi-square / *df* < 2) และมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และเมื่อพิจารณาจากดัชนีแสดงถึงความสอดคล้องกลมกลืนอื่นๆ พบว่า หลังปรับโมเดลมีค่าต่างๆ เป็นไปตามเกณฑ์ คือ ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือ (RMR) เท่ากับ 0.05 ค่าดัชนีรากมาตรฐานของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือ (SRMR) เท่ากับ 0.05 และค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของส่วนเหลือมาตรฐาน (RMSEA) เท่ากับ 0.04 มีเพียงค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.84 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เพียงเล็กน้อย จึงสรุปได้ว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงว่าโมเดลตามสมมติฐานสามารถอธิบายสุขภาวะของญาติผู้ดูแลได้



ภาพประกอบ 16 แบบจำลองโครงสร้างเชิงเหตุ พลังสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

จากภาพประกอบ 14 พบว่า โมเดลสมการโครงสร้างของสุขภาวะของญาติผู้ดูแลหลังการปรับโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรในโมเดลทั้งหมด 6 ตัวแปร แบ่งเป็นตัวภายนอก (Exogenous variable) 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) ทรัพยากรบุคคล 2) ทรัพยากรบริบทสังคม และ 3) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ส่วนตัวแปรภายใน (Endogenous variable) 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ 2) พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และ 3) สุขภาวะของญาติผู้ดูแล ซึ่งมีตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลเป็นตัวแปรตาม โดยตัวแปรทั้งหมดส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อตัวแปรตาม เมื่อนำมาเขียนอธิบายในรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรปัจจัยแต่ละตัว ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะของญาติผู้ดูแล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานของอิทธิพลในแต่ละตัวแปร จึงได้รายละเอียด ดังตาราง 9

ตาราง 9 ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานของอิทธิพลของตัวแปรในโมเดลสมการโครงสร้างของสุขภาวะของญาติผู้ดูแล

ตัวแปร	การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ			พฤติกรรมการมีส่วนร่วม			สุขภาวะของญาติผู้ดูแล		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
ทรัพยากรบุคคล	.64*** (0.08) 8.42	-	.64*** (0.08) 8.42	-	.55*** (0.07) 8.02	.55*** (0.07) 8.02	-	.53*** (0.07) 7.97	.53*** (0.07) 7.97
ทรัพยากรบริบทสังคม	.33* (0.15) 2.14	-	.33* (0.15) 2.14	-	.28* (0.13) 2.12	.28* (0.13) 2.12	-	.27* (0.13) 2.11	.27* (0.13) 2.11
ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	.11 (0.15) 0.76	-	.11 (0.15) 0.76	.15* (0.07) 1.99	.10 (0.13) 0.75	.25 (0.13) 1.90	-	.23* (0.12) 1.98	.23* (0.12) 1.98
การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ	-	-	-	.86*** (0.11) 8.18	-	.86*** (0.11) 8.18	-	.82*** (0.10) 8.01	.82*** (0.10) 8.01
พฤติกรรมการมีส่วนร่วม	-	-	-	-	-	-	.95*** (0.10) 9.72	-	.95*** (0.10) 9.72
R <sup>2</sup>	.93			.96			.91		

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

จากตาราง 9 พบว่าตัวแปรในโมเดลอธิบายความแปรปรวนของสุขภาวะของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 91.00 โดยพบว่าสุขภาวะของญาติผู้ดูแลได้รับอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมจากตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุที่อยู่ในโมเดลทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้แก่ 1) ทรัพยากรบุคคล 2) ทรัพยากรบริบทสังคม 3) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 4) การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และ 5) พฤติกรรมการมีส่วนร่วม โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละตัวแปร ดังนี้

### 1) ตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแล

อิทธิพลรวม (Total Effect: TE) ต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลมากที่สุด คือ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ( $\beta = .95, p < .001$ ) รองลงมาคือ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ( $\beta = .82, p < .001$ ) ทรัพยากรบุคคล ( $\beta = .95, p < .001$ ) และทรัพยากรบริบทสังคม ( $\beta = .27, p < .05$ ) ส่วนตัวแปรที่มีอิทธิพลรวมต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลน้อยที่สุด คือ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $\beta = .23, p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่าตัวแปรทุกตัวในโมเดลมีอิทธิพลทางบวกต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแล โดยเมื่อตัวแปรต่างๆ เพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้นในระดับที่แตกต่างกันตามค่าอิทธิพลที่มีต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแล

อิทธิพลทางตรง (Direct Effect: DE) ต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลพบว่า มีเพียงตัวแปรเดียว คือ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเท่ากับ .95, ( $p < .001$ ) แสดงให้เห็นว่า เมื่อตัวแปรพฤติกรรมการมีส่วนร่วมเพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect: IE) ต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลพบว่า มีตัวแปรที่มีอิทธิพล 4 ตัวแปร ได้แก่ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ( $\beta = .82, p < .001$ ) ทรัพยากรบุคคล ( $\beta = .53, p < .001$ ) ทรัพยากรบริบทสังคม ( $\beta = .27, p < .05$ ) และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $\beta = .23, p < .05$ ) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า เมื่อตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมเหล่านี้เพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรอื่นๆ เพิ่มขึ้น จากนั้นตัวแปรเหล่านั้นจึงส่งผ่านอิทธิพลต่อไปยังตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลให้เพิ่มขึ้นตามภาพของโมเดล

### 2) ตัวแปรพฤติกรรมการมีส่วนร่วม

อิทธิพลรวม (Total Effect: TE) ต่อตัวแปรพฤติกรรมการมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ( $\beta = .86, p < .001$ ) รองลงมาคือ ทรัพยากรบุคคล ( $\beta = .55, p < .001$ ) และทรัพยากรบริบทสังคม ( $\beta = .28, p < .05$ ) ส่วนตัวแปรที่ไม่มี



อิทธิพลรวมต่อตัวแปรพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วม คือ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (beta = .25,  $p > .05$ ) แสดงให้เห็นว่ามี 3 ตัวแปรในโมเดลที่มีอิทธิพลทางบวกต่อตัวแปรพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วม คือ เมื่อตัวแปรทั้ง 3 เพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นในระดับที่แตกต่างกันตามค่าอิทธิพลที่มีต่อตัวแปรพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วม

อิทธิพลทางตรง (Direct Effect: DE) ต่อตัวแปรพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วม พบว่า มีตัวแปรที่มีอิทธิพล 2 ตัวแปร ได้แก่ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (beta = .86,  $p < .001$ ) และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (beta = .15,  $p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่า เมื่อตัวแปรทั้ง 2 เพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

อิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect: IE) ต่อตัวแปรพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วม พบว่า มีตัวแปรที่มีอิทธิพล 2 ตัวแปร ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล (beta = .55,  $p < .001$ ) และทรัพยากรบริบทสังคม (beta = .28,  $p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่า เมื่อตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมทั้ง 2 เพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรอื่นๆ เพิ่มขึ้น จากนั้นตัวแปรเหล่านั้นจึงส่งผ่านอิทธิพลต่อไปยังตัวแปรพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมให้เพิ่มขึ้นตามภาพของโมเดล ส่วนอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (beta = .10,  $p > .05$ ) ที่ส่งผ่านตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมส่งผลทางตรงต่อตัวแปรพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมเท่านั้น

### 3) การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

อิทธิพลรวม (Total Effect: TE) ต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพมากที่สุด คือ ทรัพยากรบุคคล (beta = .64,  $p < .001$ ) และทรัพยากรบริบทสังคม (beta = .33,  $p < .05$ ) ส่วนตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลรวมต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ คือ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (beta = .11,  $p > .05$ ) แสดงให้เห็นว่ามี 2 ตัวแปรในโมเดลที่มีอิทธิพลทางบวกต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ คือ เมื่อตัวแปรทั้ง 2 เพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพเพิ่มขึ้นในระดับที่แตกต่างกันตามค่าอิทธิพลที่มีต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

อิทธิพลทางตรง (Direct Effect: DE) ต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ พบว่า มีตัวแปรที่มีอิทธิพล 2 ตัวแปร ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล (beta = .64,  $p < .001$ ) และทรัพยากรบริบทสังคม (beta = .33,  $p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่า เมื่อตัวแปรทั้ง 2 เพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ส่วนอิทธิพลทางตรงของตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (beta = .11,  $p > .05$ ) ที่มีต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าตัวแปรความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ได้ส่งผลต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

## ผลการวิจัยระยะที่ 2

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

Mean	หมายถึง ค่าเฉลี่ย
SD.	หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$n$	หมายถึง จำนวนคนในกลุ่ม
$df$	หมายถึง ค่าองศาอิสระ (Degree of freedom)
SS	หมายถึง ผลรวมกำลังสอง (Sum of Square)
MS	หมายถึง ค่าเฉลี่ยของกำลังสอง (Mean of Square)
$p$	หมายถึง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ
$F$	หมายถึง ค่าทดสอบสถิติ F

### 1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ทราบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 30 คน โดยลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ระดับการศึกษา และช่องทางที่ได้รับการอบรม หรือ การเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ดังนี้

ตาราง 10 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ประเภทข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	7	23.33	5	16.67
หญิง	23	76.67	25	83.33
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>
<b>อายุ (Mean 57.46, SD. = 5.07)</b>				
น้อยกว่า 51 ปี	5	16.67	4	13.33
ระหว่าง 51-60 ปี	15	50.00	17	56.67
ระหว่าง 61-70 ปี	10	33.33	9	30.00
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>
<b>สถานะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>				
บุตร	19	63.33	25	83.34
หลาน	4	13.33	1	3.33
พี่น้อง	7	23.33	4	13.33
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>
<b>ระยะเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (Mean = 13.33 (เดือน), SD. = 4.58)</b>				
น้อยกว่า 1 ปี	7	23.33	9	30.00
ระหว่าง 1 ปี - 1 ปี 6 เดือน	14	46.67	17	56.67
ระหว่าง 1 ปี 6 เดือน - 2 ปี	6	20.00	3	10.00
มากกว่า 2 ปี	3	10.00	1	3.33
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>
<b>ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง</b>				
ประถมศึกษา	9	30.00	11	36.67
มัธยมศึกษา	16	53.33	14	46.67
ปริญญาตรี	5	16.67	5	16.66
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>

ตาราง 10 (ต่อ)

ประเภทข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
<b>การอบรม / การเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง</b>				
ไม่เคย	8	26.67	10	33.33
เคย	22	73.33	20	66.67
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>
<b>เคยได้รับการอบรม / เรียนรู้ ได้รับจากเรียนรู้จากสื่อ</b> (เลือกตอบได้มากกว่าคนละ 1 ช่องทาง)			<b>จำนวนผู้ที่เคย</b>	<b>ร้อยละ ของ ทั้งหมด</b>
โทรทัศน์	8	20.00	8	20.51
Facebook	7	17.50	9	23.08
บุคลากรที่มสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล	20	50.00	15	38.46
อาสาสมัครสาธารณสุข	5	12.50	7	17.95
<b>รวม</b>	<b>30</b>	<b>100.00</b>	<b>39</b>	<b>100.00</b>

จากตาราง 10 กลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 30 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และเป็นเพศชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่า อายุระหว่าง 51- 60 ปี มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมามีอายุระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 เมื่อจำแนกตามสถานะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานะเป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุด จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.34 รองลงมาคือ มีสถานะเป็นพี่น้องของผู้ป่วย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 เมื่อจำแนกตามระยะเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยพบว่า ระยะเวลาระหว่าง 1 ปี ถึง 1 ปี 6 เดือนมากที่สุด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมามีระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 เมื่อจำแนกตามการอบรม หรือ การ

เรียนรู้ พบว่า จำนวน 10 คน ที่ไม่เคยได้รับการอบรมหรือการเรียนรู้ วิธีการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีจำนวน 20 คน เคยได้รับการอบรมหรือการเรียนรู้ คิดเป็นร้อยละ 66.67 ส่วนช่องทางในการอบรมหรือการเรียนรู้ ที่ได้รับความนิยมมากที่สุด คือ จากบุคลากรที่มสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 รองลงมาคือ Facebook จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08

ส่วนกลุ่มควบคุมมีตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 30 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 และเป็นเพศชาย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า อายุระหว่าง 51- 60 ปี มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา มีอายุระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 เมื่อจำแนกตามสถานะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานะเป็นบุตรของผู้ป่วยมากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมาคือ มีสถานะเป็นพี่น้องของผู้ป่วย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 เมื่อจำแนกตามระยะเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยพบว่า ระยะเวลาระหว่าง 1 ปี ถึง 1 ปี 6 เดือนมากที่สุด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 รองลงมา มีระยะเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 เมื่อจำแนกตามการอบรม หรือ การเรียนรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน ที่ไม่เคยได้รับการอบรมหรือการเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 26.67 และมีจำนวน 22 คน เคยได้รับการอบรมหรือการเรียนรู้ คิดเป็นร้อยละ 73.33 ส่วนช่องทางในการอบรมหรือการเรียนรู้ ที่ได้รับความนิยมมากที่สุด คือ จากบุคลากรที่มสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ โทรทัศน์ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00

## 2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรพหุนาม (Multivariate analysis of variance: MANOVA) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

### 1. การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น

1.1 การตรวจสอบการแจกแจงปกติหลายตัวแปร ด้วยตรวจสอบค่าความเบ้ (Skewness) ความโด่ง (Kurtosis) ควบคู่กับการใช้สถิติ Shapiro-Wilk เพื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของการแจกแจงข้อมูล เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ซึ่งถ้าใน

กรณีกลุ่มตัวอย่างมีมากกว่า 50 คนขึ้นไปจึงจะสามารถใช้วิธี Kolmogorov-Smirnov test (ผจญจิต อินทสุวรรณ, 2545, น. 44-51) ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความเบ้ ค่าความโด่ง และการทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ และสุขภาพวะ จำแนกรายด้าน

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (1)					กลุ่มทดลอง (2)				
	M	SD.	Sk	Ku	Shapiro Wilk	M	SD.	Sk	Ku	Shapiro Wilk
<b>การทดสอบก่อนการทดลอง</b>										
<b>1. พฤติกรรมฯ</b>	2.61	.660	.101	-.794	.958	2.76	.639	.957	2.14	.903
1.1 ด้านร่างกาย	2.58	.618	-.413	-.819	.940	2.75	.639	.962	.102	.900
1.2 ด้านอารมณ์	3.08	.755	.183	-.980	.939	2.98	.657	-.254	-.054	.957
1.3 ด้านสังคม	2.17	.792	1.10	1.70	.909	2.54	.782	1.31	2.78	.888
<b>2. สุขภาวะ</b>	2.35	.450	.393	-.668	.959	2.58	.655	.838	.260	.922
2.1 ด้านร่างกาย	1.96	.358	.257	-.962	.939	2.48	.743	.081	-.665	.964
2.2 ด้านอารมณ์	2.76	.465	-.286	-.988	.929	2.77	.718	1.01	.349	.898
2.3 ด้านสังคม	2.34	.746	.746	.136	.940	2.48	.713	.374	-1.10	.882
<b>การทดสอบหลังสิ้นสุด</b>										
<b>1. พฤติกรรมฯ</b>	2.56	.651	.201	-.505	.956	3.67	.470	.816	.796	.940
1.1 ด้านร่างกาย	2.52	.666	-.170	-.785	.957	3.62	.624	.152	-1.44	.883
1.2 ด้านอารมณ์	3.02	.739	.073	-.863	.953	4.08	.564	-.389	.686	.944
1.3 ด้านสังคม	2.14	.749	1.26	2.06	.892	3.31	.639	1.25	1.50	.883
<b>2. สุขภาวะ</b>	2.32	.457	.428	-.601	.962	3.40	.542	.740	-.333	.913
2.1 ด้านร่างกาย	1.92	.313	.440	-.677	.908	3.63	.292	-.816	-.156	.909
2.2 ด้านอารมณ์	2.72	.511	-.053	-.780	.952	3.42	.842	.629	-.550	.912
2.3 ด้านสังคม	2.33	.766	.771	-.048	.913	3.14	.723	.525	-.464	.948

ตาราง 11 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (1)					กลุ่มทดลอง (2)				
	M	SD.	Sk	Ku	Shapiro Wilk	M	SD.	Sk	Ku	Shapiro Wilk
<b>การทดสอบระยะติดตามผล</b>										
<b>1. พฤติกรรมฯ</b>	2.70	.527	-.390	.604	.947	3.57	.503	.423	1.23	.962
1.1 ด้านร่างกาย	2.92	.636	-.309	.875	.966	3.53	.742	-.017	.300	.955
1.2 ด้านอารมณ์	2.93	.581	-.482	-.972	.910	3.99	.681	-.546	1.45	.907
1.3 ด้านสังคม	2.26	.576	.210	.933	.970	3.18	.707	.992	1.19	.898
<b>2. สุขภาวะ</b>	2.57	.365	.117	-.915	.953	3.27	.682	.658	-.132	.940
2.1 ด้านร่างกาย	2.05	.372	.865	.419	.898	3.45	.426	.591	1.09	.950
2.2 ด้านอารมณ์	2.85	.562	-.070	-.197	.949	3.32	.664	.524	-.682	.922
2.3 ด้านสังคม	2.82	.517	.340	-1.29	.923	3.03	.802	.537	-.420	.935

จากตาราง 11 พบว่า ในการวัดก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของตัวแปร พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอารมณ์ ( $M = 3.08$ ,  $SD = .755$ ) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอารมณ์ ( $M = 2.98$ ,  $SD = .657$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรสุขภาวะ กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอารมณ์ ( $M = 2.76$ ,  $SD = .465$ ) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอารมณ์ ( $M = 2.77$ ,  $SD = .718$ )

การวัดภายหลังสิ้นสุดการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอารมณ์ ( $M = 3.02$ ,  $SD = .739$ ) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอารมณ์ ( $M = 4.08$ ,  $SD = .564$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรสุขภาวะ กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอารมณ์ ( $M = 2.72$ ,  $SD = .511$ ) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอารมณ์ ( $M = 3.42$ ,  $SD = .842$ )

การวัดระยะติดตามผล คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอารมณ์ ( $M = 2.93$ ,  $SD = .581$ ) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอารมณ์ ( $M = 3.99$ ,  $SD = .681$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรสุขภาวะ กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอารมณ์ ( $M = 2.85$ ,  $SD = .562$ ) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านร่างกาย ( $M = 3.45$ ,  $SD = .426$ )

ผลการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ตัวแปรทั้งหมดไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่า z-values ของความเบ้ อยู่ระหว่าง -0.413 ถึง 1.31 และค่า z-values ของความโด่ง อยู่ระหว่าง -1.10 ถึง 2.78 ซึ่งไม่เกิน  $\pm 3.00$  ตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (พูลพงษ์ สุขสว่าง, 2556) ดังนั้น จึงถือว่าคะแนนในแต่ละด้านของพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ และสุขภาวะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งในระยะก่อนการทดลอง การวัดภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และการวัดระยะติดตามผล มีการแจกแจงเป็นปกติ สามารถทำการวิเคราะห์ MANOVA ต่อไปได้

**1.2 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรตาม ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณจะมีความเหมาะสม ตัวแปรตามทั้งหมดควรมีความสัมพันธ์กัน** ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ดังข้อมูลในตารางต่อไปนี้

ตาราง 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างด้านต่างๆ ในตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ และสุขภาวะ จำแนกตามระยะการทดสอบ

ตัวแปร	(B1)	(B2)	(B3)	(W1)	(W2)	(W3)	
<b>การทดสอบก่อนการทดลอง</b>							
<b>1. พฤติกรรมฯ</b>							
1.1 ด้านร่างกาย	(B1)	1					
1.2 ด้านอารมณ์	(B2)	.630**	1				
1.3 ด้านสังคม	(B3)	.769**	.742**	1			
<b>2. สุขภาวะ</b>							
2.1 ด้านร่างกาย	(W	.506**	.224	.441*	1		
2.2 ด้านอารมณ์	(W	.445*	.625**	.617**	.206	1	
2.3 ด้านสังคม	(W	.627**	.489**	.698**	.524**	.603**	1
Bartlett's test of Sphericity = , df = 5, p = .000							
<b>การทดสอบครั้งที่ 1</b>							
<b>1. พฤติกรรมฯ</b>							
1.1 ด้านร่างกาย	(B	1					
1.2 ด้านอารมณ์	(B	.702**	1				
1.3 ด้านสังคม	(B	.793**	.743**	1			



ตาราง 12 (ต่อ)

ตัวแปร	(B1)	(B2)	(B3)	(W1)	(W2)	(W3)	
<b>2. สุขภาวะ</b>							
2.1 ด้านร่างกาย	(W)	.758**	.662**	.653**	1		
2.2 ด้านอารมณ์	(W)	.611**	.658**	.715**	.561**	1	
2.3 ด้านสังคม	(W)	.721**	.606**	.778**	.678**	.774**	1
Bartlett's test of Sphericity =, $df = 5, p = .000$							
<b>การทดสอบครั้งที่ 2</b>	(B1)	(B2)	(B3)	(W1)	(W2)	(W3)	
<b>1. พฤติกรรม</b>							
1.1 ด้านร่างกาย	(B)	1					
1.2 ด้านอารมณ์	(B)	.840**	1				
1.3 ด้านสังคม	(B)	.883**	.722**	1			
<b>2. สุขภาวะ</b>							
2.1 ด้านร่างกาย	(W)	.752**	.660**	.790**	1		
2.2 ด้านอารมณ์	(W)	.591**	.655**	.657**	.678*	1	
2.3 ด้านสังคม	(W)	.620**	.622**	.673**	.779**	.792**	1
Bartlett's test of Sphericity =, $df = 5, p = .000$							

หมายเหตุ: \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 12 พบว่า ผลการทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า ด้านต่างๆ ของพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ และสุขภาวะ ซึ่งเป็นตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ทั้งการวัดก่อนการทดลอง การวัดภายหลังสิ้นสุดการทดลอง และการวัดระยะติดตามผล โดยการวัดก่อนการทดลองมีความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .206 ถึง .769 การวัดภายหลังสิ้นสุดการทดลอง มีความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .561 ถึง .793 และการวัดระยะติดตามผล มีความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .591 ถึง .883 อีกทั้งเมื่อทำการทดสอบมิติเอกลักษณะของกลุ่มตัวแปร โดยใช้ Bartlett's test of Sphericity พบว่า คะแนนของกลุ่มตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ ทั้ง 2 ตัวแปรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงไม่มีความเป็นมิติเอกลักษณะ ดังนั้น คะแนนพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน และคะแนนสุขภาวะทั้ง 3 ด้าน จึงมีความเหมาะสมที่จะนำไปทดสอบสมมติฐาน

การศึกษาผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปร(MANOVA) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนหลายตัวแปรสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-Way Repeated Measures MANOVA)

ก่อนการศึกษาผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเปรียบเทียบผลในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพญาติผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่าระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และหลังการติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่านัยสำคัญทางสถิติอยู่ระหว่าง .074 - .326 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพ โดยเปรียบเทียบผลในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และหลังการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุนามแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-Way Repeated MANOVA)

2.1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยเปรียบเทียบผลในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยทำการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยเปรียบเทียบผลในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 13

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและ  
 ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยเปรียบเทียบผลใน  
 ระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ติดตามผล		
		$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
พฤติกรรม มีส่วนร่วมดูแล	กลุ่มทดลอง	2.70	0.79	ปานกลาง	3.19	0.65	มาก	3.19	0.65	มาก
	กลุ่มควบคุม	2.27	0.38	ปาน กลาง	2.22	0.40	ปานกลาง	2.21	0.40	ปานกลาง
สุขภาวะ	กลุ่มทดลอง	2.38	0.59	ปาน กลาง	3.10	0.55	มาก	3.10	0.56	มาก
	กลุ่มควบคุม	2.28	0.44	ปาน กลาง	2.30	0.46	ปานกลาง	2.27	0.44	ปานกลาง

จากตาราง 13 พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงกลุ่มทดลอง ก่อนการ  
 ทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม มีส่วนร่วมดูแลโดยรวมเท่ากับ 2.70 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ  
 0.79 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล 3.19 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ  
 0.65 และติดตามผลมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลเท่ากับ 3.19 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
 เท่ากับ 0.65 ส่วนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย  
 พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลโดยรวมเท่ากับ 2.27 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.38 หลังการ  
 ทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล 2.22 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40 และ  
 ติดตามผลมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลเท่ากับ 2.21 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.40

สุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมี  
 ค่าเฉลี่ยสุขภาวะโดยรวมเท่ากับ 2.38 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.59 หลังการทดลองมี  
 ค่าเฉลี่ยสุขภาวะเท่ากับ 3.10 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.55 และติดตามผลมีค่าเฉลี่ยสุข  
 ภาวะเท่ากับ 3.10 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.56 ส่วนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง  
 กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะโดยรวมเท่ากับ 2.28 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
 เท่ากับ 0.44 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะเท่ากับ 2.30 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ  
 0.46 และติดตามผลมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะเท่ากับ 2.27 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.44

2.2 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทาง  
สุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดย  
เปรียบเทียบผลในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม  
ควบคุม

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้าง  
พลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดย  
เปรียบเทียบผลในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม  
ควบคุม ดังตารางที่ 14

ตาราง 14 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของความแปรปรวนของผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้าง  
พลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดย  
เปรียบเทียบผลในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม  
ควบคุม (n=30)

ตัวแปร	ระยะเวลา	Levene Statistic	df1	df2	p
พฤติกรรม มีส่วนร่วมดูแล	ก่อนทดลอง	3.624	1	58	.064
	หลังทดลอง	4.041	1	58	.052
	ติดตามผล	3.430	1	58	.069
สุขภาวะ	ก่อนทดลอง	2.143	1	58	.070
	หลังทดลอง	0.467	1	58	.497
	ติดตามผล	1.039	1	58	.312

จากตาราง 14 พบว่าพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล ก่อนทดลองกลุ่มที่แตกต่างกัน  
มีความแปรปรวนของพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล เท่ากันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 3.624$   $df = 1, 58$   $p = .064$ ) หลังทดลองกลุ่มที่แตกต่างกันมีความแปรปรวนระหว่างกลุ่มเท่ากันอย่างไม่มี  
นัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 4.041$   $df = 1, 58$   $p = .052$ ) และติดตามผลกลุ่มที่แตกต่างกันมี  
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่มเท่ากันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 3.430$   $df = 1, 58$   $p = .069$ )  
และสุขภาวะก่อนทดลองกลุ่มที่แตกต่างกันมีความแปรปรวนของสุขภาวะ เท่ากันอย่างไม่มี  
นัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 2.143$   $df = 1, 58$   $p = .070$ ) หลังทดลองกลุ่มที่แตกต่างกันมีความ  
แปรปรวนระหว่างกลุ่มเท่ากันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 0.467$   $df = 1, 58$   $p = .497$ ) และ

ติดตามผลกลุ่มที่แตกต่างกันมีความแปรปรวนระหว่างกลุ่มเท่ากันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 1.039$   $df = 1, 58$   $p = .312$ )

ตาราง 15 การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของขนาดความสัมพันธ์และขนาดความแปรปรวนในการวัดซ้ำของผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยเปรียบเทียบผลในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ( $n = 30$ )

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. Chi- Square	df	p	Epsilon		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Lower- bound
พฤติกรรม มีส่วนร่วมดูแล	.675	22.376	2	<.001	.755	.784	.500
สุขภาวะ	.858	8.710	2	.013	.876	.917	.500

จากตารางที่ 15 พบว่าพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล มีค่า Mauchly's  $W = .675$   $df = 2$   $p < .001$  บ่งบอกว่าจากการวัดซ้ำ ทั้ง 3 ครั้ง มีขนาดความสัมพันธ์และขนาดของความแปรปรวนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงพิจารณาค่า Greenhouse-Geisser พบว่ามีค่า .755 ซึ่งมากกว่า .75 ทำให้การพิจารณาผลการศึกษาดังกล่าวตัวแปรเดียว พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล ในลำดับถัดไปจะพิจารณาที่ค่าของ Huynh-Feldt

สำหรับสุขภาวะมีค่า Mauchly's  $W = .858$   $df = 2$   $p = .013$  บ่งบอกว่าจากการวัดซ้ำ ทั้ง 3 ครั้ง มีขนาดความสัมพันธ์และขนาดของความแปรปรวนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงพิจารณาค่า Greenhouse-Geisser พบว่ามีค่า .876 ซึ่งมากกว่า .75 ทำให้การพิจารณาผลการศึกษาดังกล่าวตัวแปรเดียวกับสุขภาวะในลำดับถัดไปจะพิจารณา Huynh-Feldt เช่นกัน

ตาราง 16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรพหุนามของผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทาง  
 สุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดย  
 เปรียบเทียบผลในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม  
 ควบคุม (n=30)

Effect	Multivariate Test	Value	F	Hypothesis df	Error df	p
ระยะเวลา	Pillai's Trace	.937	204.464	4	55	<.001
	Wilks' Lambda	.63	204.464	4	55	<.001
	Hotelling's Trace	14.870	204.464	4	55	<.001
	Roy's Largest	14.870	204.464	4	55	<.001
	Root					
กลุ่ม	Pillai's Trace	.345	14.990	2	57	<.001
	Wilks' Lambda	.655	14.990	2	57	<.001
	Hotelling's Trace	.526	14.990	2	57	<.001
	Roy's Largest	.526	14.990	2	57	<.001
	Root					
ระยะเวลาxกลุ่ม	Pillai's Trace	.940	215.366	4	55	<.001
	Wilks' Lambda	.060	215.366	4	55	<.001
	Hotelling's Trace	15.663	215.366	4	55	<.001
	Roy's Largest	15.663	215.366	4	55	<.001
	Root					

\*p<.05

จากตาราง 16 พบว่าช่วงเวลา que เปลี่ยนไปญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมี  
 พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wilks'  
 Lambda = .63 F = 204.464 df = 4 p = <.001) กลุ่มที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล  
 และสุขภาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wilks' Lambda = .345 F =  
 14.990 df = 2 p = <.001) ส่วนระยะเวลาที่เปลี่ยนไปและกลุ่มที่แตกต่างกันญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติด  
 บ้านติดเตียงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wilks' Lambda = .60 F =  
 215.366 df = 4 p = <.001) จึงสามารถทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมี  
 ส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะแบบตัวแปรเดียว โดยเปรียบเทียบผลในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง  
 และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมได้

2.3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวของพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ดังตาราง 17

ตาราง 17 การวิเคราะห์ความแปรปรวนตัวแปรเดียวของพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	SS	df	MS	F	p
<b>พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล</b>					
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>					
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	28.11	1	28.111	30.06	<.001
ความคลาดเคลื่อน	54.258	58	.935		
<b>ภายในกลุ่ม</b>					
ระยะเวลา	1.948	1.568	1.242	63.693	<.001
ระยะเวลาxกลุ่ม	2.978	1.568	1.899	97.394	<.001
ความคลาดเคลื่อน	1.774	90.956	.019		
<b>สุขภาพ</b>					
<b>ระหว่างกลุ่ม</b>					
กลุ่มทดลอง-กลุ่มควบคุม	15.022	1	15.022	19.585	<.001
ความคลาดเคลื่อน	44.469	58	.767		
<b>ภายในกลุ่ม</b>					
ระยะเวลา	5.399	1.833	2.945	450.969	<.001
ระยะเวลาxกลุ่ม	2.978	1.568	1.899	97.394	<.001
ความคลาดเคลื่อน	.694	106.318	.007		

จากตาราง 17 พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในกลุ่มที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 30.06$   $df = 1$   $p < .001$ ) ระยะเวลาที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 63.369$   $df = 1.568$   $p < .001$ ) และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและระยะเวลาที่แตกต่างกันทำให้มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 97.394$   $df = 1.568$   $p < .001$ )

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในกลุ่มที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยสภาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 19.585$   $df = 1$   $p < .001$ ) ระยะเวลาที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ย

สภาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 450.969$   $df = 1.833$   $p < .001$ ) และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและระยะเวลาที่แตกต่างกันทำให้มีค่าเฉลี่ยสภาวะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 97.394$   $df = 1.568$   $p < .001$ )

ตาราง 18 เปรียบเทียบความแปรปรวนตัวแปรเดียวของพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสภาวะในระบะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ระยะ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		F	p
		x	SD	x	SD		
พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล	ก่อนทดลอง	2.70	.79	2.27	.38	7.084	.010
	หลังทดลอง	3.19	.65	2.22	.40	48.180	<.001
	ติดตามผล	3.19	.65	2.21	.40	49.504	<.001
สภาวะ	ก่อนทดลอง	2.38	.59	2.28	.44	.508	.479
	หลังทดลอง	3.10	.55	2.30	.46	37.662	<.001
	ติดตามผล	3.10	.56	2.27	.44	41.475	<.001

จากตารางที่ 18 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลอง และติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะก่อนทดลองแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมุติฐาน การวิจัยที่ว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสภาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุม



ตาราง 19 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลของกลุ่มทดลอง (n=30)

ตัวแปร	การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและ ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	MD	p
พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล	หลังทดลอง ( $\bar{x}=3.19$ )-ก่อนทดลอง ( $\bar{x}=2.70$ )	.49	<.001
	หลังการติดตามผล ( $\bar{x}=3.19$ )-ก่อนทดลอง ( $\bar{x}=2.70$ )	.49	<.001
	หลังการติดตามผล ( $\bar{x}=3.19$ )-หลังทดลอง ( $\bar{x}=3.19$ )	.00	1
สุขภาวะ	หลังทดลอง ( $\bar{x}=3.10$ )-ก่อนทดลอง ( $\bar{x}=2.38$ )	.73	<.001
	หลังการติดตามผล ( $\bar{x}=3.10$ )-ก่อนทดลอง ( $\bar{x}=2.38$ )	.73	<.001
	หลังการติดตามผล ( $\bar{x}=3.10$ )-หลังทดลอง ( $\bar{x}=3.10$ )	0	1

จากตาราง 19 พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองและหลังติดตามผลมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะหลังติดตามผลมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสูงกว่าหลังทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า การทดลองทำให้มีความคงทนของพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลในระยะติดตาม

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองและหลังติดตามผลมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะหลังติดตามผลมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะสูงกว่าหลังทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า การทดลองทำให้มีความคงทนของภาวะสุขภาพในระยะติดตาม

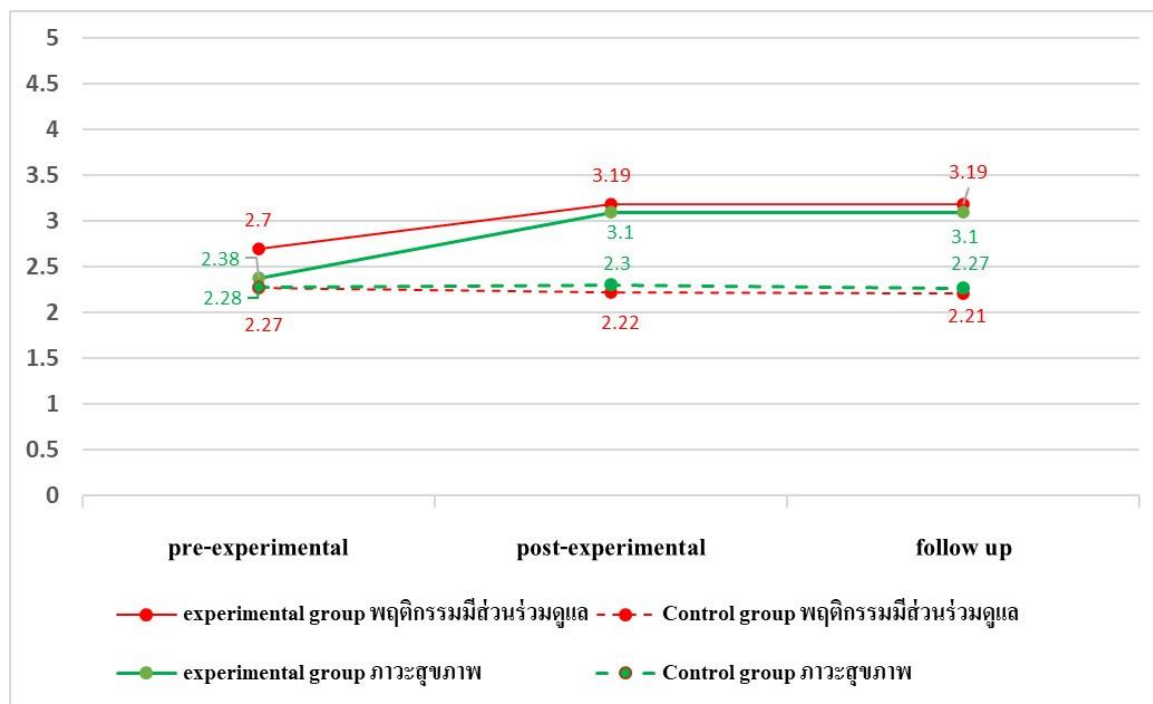
ตาราง 20 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ของการเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และการติดตามผลของกลุ่มควบคุม (n=30)

ตัวแปร	การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	MD	p
พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแล	หลังทดลอง (x=2.22)-ก่อนทดลอง (x=2.27)	-.40	.429
	หลังการติดตามผล (x=2.21)-ก่อนทดลอง (x=2.27)	.06	.225
	หลังการติดตามผล (x=2.21)-หลังทดลอง (x=2.22)	.01	1.00
สุขภาวะ	หลังทดลอง (x=2.23)-ก่อนทดลอง (x=2.28)	-.03	.766
	หลังการติดตามผล (x=2.27)-ก่อนทดลอง (x=2.28)	.01	1.00
	หลังการติดตามผล (x=2.27)-หลังทดลอง (x=2.23)	.04	.429

จากตาราง 20 พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองและหลังติดตามผลมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองและหลังติดตามผลมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยในการติดตามผลสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน ดังแสดงในภาพประกอบ 17



ภาพประกอบ 17 ค่าเฉลี่ยของผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพหุติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในระบะก่อนทดลอง หลังทดลองและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### สรุปผลการรวมการเข้าร่วมกิจกรรม

ผลจากภาพรวมการประเมินผลของการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมของโปรแกรมฯ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน อยู่จนครบกิจกรรมทั้ง 30 คน ส่วนกลุ่มควบคุมมีทั้งหมด 30 คน และอยู่จนครบกิจกรรม ทั้ง 30 คน ซึ่งในการเข้าร่วมกิจกรรมไม่มีผลเสียหายหรือเกิดอันตรายใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ร่วมกิจกรรม ดังแสดงในตารางที่ 21

ตาราง 21 ผลการประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมฯ

รายการ	คะแนนเฉลี่ย
1. กิจกรรมมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน	4.10
2. เนื้อหาของกิจกรรมมีความเหมาะสม	3.83
3. เนื้อหาของกิจกรรมสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.23
4. ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.14
5. สื่อที่ใช้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับกิจกรรม	4.01
6. เอกสาร/ใบงาน มีความเข้าใจง่าย	3.83
7. วิทยากรให้ความรู้เหมาะสม	4.42
8. กิจกรรมในโปรแกรมฯ ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ความรู้	4.33
9. สิ่งที่ได้รับจากการทำกิจกรรม เป็นไปตามคาดหวังของผู้เข้าร่วมกิจกรรม	4.35
10. โดยภาพรวมผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจกับกิจกรรมในครั้งนี้	4.57
เฉลี่ย	4.18

จากตาราง 21 สรุปได้ว่าความพึงพอใจเฉลี่ย เท่ากับ 4.18 คะแนน ซึ่งถือได้ว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจกับโปรแกรมฯ ในระดับมาก

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยใช้วิธีการวิจัยแบบ หลากหลายวิธีที่เป็นลำดับที่ต่อเนื่องกัน (Sequential multimethod design) การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงสาเหตุ (Causal Research) เพื่อทราบ โครงสร้างเชิงสาเหตุ ผลของตัวแปรเชิงสาเหตุแต่ละตัว และอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพื่อนำมาสู่การวิจัยระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการ นำข้อค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 มาใช้ออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความ รอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อ ตรวจสอบประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### การวิจัยระยะที่ 1

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Relationship Model) เพื่อทราบโครงสร้างเชิงสาเหตุและผล ว่าตัวแปรเชิงสาเหตุตัวใดมี อิทธิพลต่อพฤติกรรม การมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และค้นหาความสำคัญของ แต่ละตัวแปร เพื่อมาใช้ในการออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงใน เขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจาก ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model) ซึ่งในการวิเคราะห์ มีข้อตกลงเบื้องต้นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ จะต้องมีความเหมาะสมและ เพียงพอกับสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ความ เพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น โดยการวิเคราะห์ข้อมูลควรมีขนาดตัวอย่าง ต่อจำนวนตัวแปรสังเกตในสัดส่วน 10 - 20 คน ต่อตัวแปรสังเกต 1 ตัวแปร (Randall & Richard 2004: 61-78) ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 19 ตัวแปร ดังนั้นขนาดของกลุ่ม ตัวอย่างควรอยู่ระหว่าง 130 - 260 คน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เคนนี่ (Kenny. 2011) การ วิเคราะห์ด้วย SEM ควรมีขนาดตัวอย่างระหว่าง 200 - 355 คน ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

นี้ประกอบด้วย แบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลกับ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง แบ่งเป็น 11 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ตอนที่ 4 แบบวัดความเข้มแข็งทางจิตใจ ตอนที่ 5 แบบวัดความเจริญงอกงามในตน ตอนที่ 6 แบบวัดการยอมรับตนเอง ตอนที่ 7 แบบวัดการมีจุดหมายในชีวิต ตอนที่ 8 แบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตอนที่ 9 แบบวัดการรับรู้เครือข่ายทางสังคม ตอนที่ 10 แบบวัดการใช้บริการทางสังคม ตอนที่ 11 แบบวัดสุขภาพของญาติผู้ดูแล และสรุปผลของการวิจัยในระยะที่ 1 ได้ดังนี้

### 1. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 เป็นเพศหญิง จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 76.00 ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหลานของผู้ป่วย จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 57.20 รองลงมาคือ เป็นพ่อ/แม่ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 และเป็นลูก/ป้า จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 8.40 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1 ปี จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 43.60 รองลงมาคือ 2 ปี จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 28.00 และ 4 ปี จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 11.60 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 54.00 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 32.80 และระดับปริญญาตรี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 6.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรม / การเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 79.20 โดยส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมจากบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 66.00 ของผู้ที่เคยเข้ารับการอบรมทั้งหมด รองลงมาคือ โทรทัศน์ จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 45.60 ของผู้ที่เคยเข้ารับการอบรมทั้งหมด และได้รับการอบรมจากอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 45.60 ของผู้ที่เคยเข้ารับการอบรมทั้งหมด และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 55.50

### 2. สรุปผลการวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของตัวแปรก่อนดำเนินการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structure Equation Model: SEM) เพื่อทดสอบสมมติฐานตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของตัวแปร โดยพิจารณาจากค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) ของตัวแปรทุกตัว

การตรวจสอบความเบ้ (Skewness) ของตัวแปรสังเกต พบว่า ตัวแปรสังเกตทั้งหมดมีค่าส่วนใหญ่มียุทธศาสตร์เป็นบวก แสดงว่าข้อมูลค่อนข้างเบ้ไปทางขวาหรือค่าเฉลี่ยมีค่ามากกว่า

กว่าค่ามัธยฐาน โดยมีค่า อยู่ระหว่าง  $-0.985$  ถึง  $0.775$  ตัวแปรสังเกตที่มีค่าความเบ้ต่ำที่สุด คือ การตอบสนองจิตใจ สำหรับตัวแปรที่มีค่าความเบ้มากที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์

การตรวจสอบค่าความโด่ง (Kurtosis) ของตัวแปรสังเกต พบว่า ตัวแปรสังเกต ทั้งหมดมีค่า ความโด่งติดลบ แสดงว่าข้อมูลโด่งน้อยกว่าปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง  $-0.846$  ถึง  $0.014$  ตัวแปรสังเกตที่มีค่าความโด่งต่ำที่สุด คือ ทักษะที่ส่งเสริมการทำกิจกรรม สำหรับตัวแปรที่มีค่าความโด่งมากที่สุด คือ ตอบสนองจิตใจ

การทดสอบลักษณะของการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) ของตัวแปรสังเกต โดยสถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square) พิจารณาจากค่านัยสำคัญทางสถิติ ผลการตรวจสอบ พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีค่าไค-สแควร์ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.05$  แสดงว่าตัวแปรดังกล่าว มีการแจกแจงแบบปกติ เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้ว ตัวแปรสังเกตทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ จึงมีความเหมาะสมกับการวิเคราะห์โมเดล ความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นได้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson พบว่า ความสัมพันธ์ของตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.05$  ทุกตัวแปร โดยตัวแปรคู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ ตัวแปรการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม กับตัวแปรการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $r = 0.877$ ) รองลงมาคือ ตัวแปรการตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม กับตัวแปรการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $r = 0.874$ ) และ ตัวแปรการเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม กับตัวแปรการเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $r = 0.851$ ) ส่วนตัวแปรคู่ที่มีความสัมพันธ์กันน้อยที่สุด คือ ตัวแปรพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ ด้านจิตใจและอารมณ์ กับตัวแปรการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $r = 0.384$ ) เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดภาวะร่วมเส้นตรง พบว่า ไม่มี ตัวแปรคู่ใดที่มีค่าความสัมพันธ์กันจนเข้าใกล้  $1.00$  แสดงให้เห็นว่าข้อมูลจากตัวแปรชุดนี้ มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (SEM)

### 3. สรุปผลการวิเคราะห์ตามสมมติฐาน

ค่าสถิติที่ได้จากการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างของสุขภาพของญาติผู้ดูแล หลังปรับโมเดลแล้ว พบว่า มีค่า Chi-square เท่ากับ  $128.48$  ที่องศาอิสระ ( $df$ ) เท่ากับ  $104$  มีค่า Chi-square /  $df$  เท่ากับ  $1.23$  ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ (Chi-square /  $df < 2$ ) และมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.05$  แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และเมื่อพิจารณาจากดัชนีแสดงสอดคล้องกลมกลืนอื่นๆ พบว่า หลังปรับโมเดลมีค่าต่างๆ เป็นไปตามเกณฑ์ คือ ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ  $0.99$  ค่าดัชนีวัดระดับความ

กลมกลืนเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือ (RMR) เท่ากับ 0.05 ค่าดัชนีรากมาตรฐานของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือ (SRMR) เท่ากับ 0.05 และค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของส่วนเหลือมาตรฐาน (RMSEA) เท่ากับ 0.04 มีเพียงค่าดัชนีวัดความสอดคล้องกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.84 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เพียงเล็กน้อย จึงสรุปได้ว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงว่าโมเดลตามสมมติฐานสามารถอธิบายสุขภาวะของญาติผู้ดูแลได้

เมื่อทำการทดสอบสมมติฐานย่อย พบว่า โมเดลสมการโครงสร้างของสุขภาวะของญาติผู้ดูแลหลังการปรับโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรในโมเดลทั้งหมด 6 ตัวแปร แบ่งเป็นตัวแปรภายนอก (Exogenous variable) 2 ตัวแปร ได้แก่ 1) ทรัพยากรบุคคล และ 2) ทรัพยากรบริบทสังคม ส่วนตัวแปรภายใน (Endogenous variable) 2 ตัวแปร ได้แก่ 1) การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ 2) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยตัวแปรทั้งหมดส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อตัวแปรตาม (Dependent variable) ซึ่งได้แก่ 1) พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และ 2) สุขภาวะของญาติผู้ดูแล ดังนี้

1. ทรัพยากรบุคคลมีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ
2. ทรัพยากรบุคคลมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมโดยส่งผ่านการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ
3. ทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ
4. ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ
5. ทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมโดยส่งผ่านการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ
6. ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วม
7. การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วม
8. การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะของญาติผู้ดูแลโดยส่งผ่านพฤติกรรมการมีส่วนร่วม
9. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะของญาติผู้ดูแล

พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และสุขภาวะของญาติผู้ดูแล เมื่อนำมาเขียนอธิบายในรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรปัจจัยแต่ละตัว ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะของญาติ



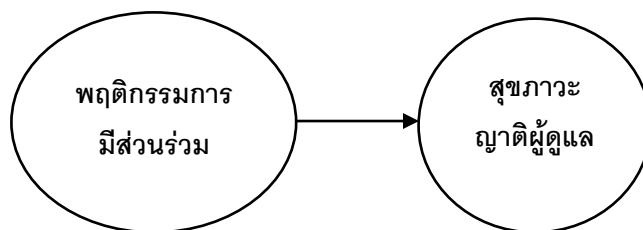
ผู้ดูแล โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานของอิทธิพลในแต่ละตัวแปร พบว่าตัวแปรในโมเดลอธิบายความแปรปรวนของสุขภาวะของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 91.00 โดยพบว่าสุขภาวะของญาติผู้ดูแลได้รับอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมจากตัวแปรปัจจัยเชิงสาเหตุที่อยู่ในโมเดลทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้แก่ 1) ทรัพยากรบุคคล 2) ทรัพยากรบริบทสังคม 3) การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ 4) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 5) พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละตัวแปรดังนี้

### 1) ตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแล

ในด้านอิทธิพลรวม (Total Effect: TE) ที่มีผลต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลมากที่สุด คือ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ( $\beta = .95, p < .001$ ) รองลงมาคือ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ( $\beta = .82, p < .001$ ) ทรัพยากรบุคคล ( $\beta = .95, p < .001$ ) และทรัพยากรบริบทสังคม ( $\beta = .27, p < .05$ ) ส่วนตัวแปรที่มีอิทธิพลรวมต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลน้อยที่สุด คือ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $\beta = .23, p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่าตัวแปรทุกตัวในโมเดลมีอิทธิพลทางบวกต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแล โดยเมื่อตัวแปรต่างๆ เพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้นในระดับที่แตกต่างกันตามค่าอิทธิพลที่มีต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแล

ในด้านตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรง (Direct Effect: DE) ต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแล พบว่า มีเพียงตัวแปรเดียว คือ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานเท่ากับ .95, ( $p < .001$ ) แสดงให้เห็นว่า เมื่อตัวแปรพฤติกรรมการมีส่วนร่วมเพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

ในด้านตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect: IE) ต่อตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแล พบว่า มีตัวแปรที่มีอิทธิพล 4 ตัวแปร ได้แก่ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ( $\beta = .82, p < .001$ ) ทรัพยากรบุคคล ( $\beta = .53, p < .001$ ) ทรัพยากรบริบทสังคม ( $\beta = .27, p < .05$ ) และ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $\beta = .23, p < .05$ ) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าเมื่อตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมเหล่านี้เพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรอื่นๆ เพิ่มขึ้น จากนั้นตัวแปรเหล่านั้นจึงส่งผ่านอิทธิพลต่อไปยังตัวแปรสุขภาวะของญาติผู้ดูแลให้เพิ่มขึ้นตามภาพของโมเดล



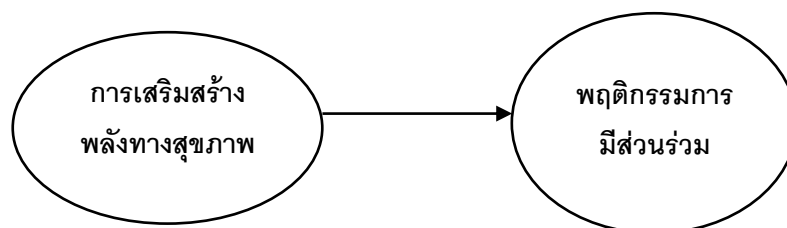
ภาพประกอบ 18 ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมกรมีส่วนร่วมดูแล  
ที่มีต่อสุขภาพญาติผู้ดูแล

## 2) ตัวแปรพฤติกรรมกรมีส่วนร่วม

ในด้านอิทธิพลรวม (Total Effect: TE) ที่มีผลต่อตัวแปรพฤติกรรมกรมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ( $\beta = .86, p < .001$ ) รองลงมาคือ ทรัพยากรบุคคล ( $\beta = .55, p < .001$ ) ทรัพยากรบริบทสังคม ( $\beta = .28, p < .05$ ) และส่วนตัวแปรที่มีอิทธิพลรวมต่อตัวแปรพฤติกรรมกรมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $\beta = .15, p > .05$ ) แสดงให้เห็นว่ามี 4 ตัวแปรในโมเดลที่มีอิทธิพลทางบวกต่อตัวแปรพฤติกรรมกรมีส่วนร่วม คือ เมื่อตัวแปรทั้ง 4 เพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรพฤติกรรมกรมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นในระดับที่แตกต่างกันตามค่าอิทธิพลที่มีต่อตัวแปรพฤติกรรมกรมีส่วนร่วม

ในด้านอิทธิพลทางตรง (Direct Effect: DE) ที่มีต่อตัวแปรพฤติกรรมกรมีส่วนร่วม พบว่า มีตัวแปรที่มีอิทธิพล 2 ตัวแปร ได้แก่ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ( $\beta = .86, p < .001$ ) และความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $\beta = .15, p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่า เมื่อตัวแปรทั้ง 2 เพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรพฤติกรรมกรมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

ในด้านอิทธิพลทางอ้อม (Indirect Effect: IE) ที่มีผลต่อตัวแปรพฤติกรรมกรมีส่วนร่วม พบว่า มีตัวแปรที่มีอิทธิพล 2 ตัวแปร ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล ( $\beta = .55, p < .001$ ) และทรัพยากรบริบทสังคม ( $\beta = .28, p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่า เมื่อตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมทั้ง 2 เพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรอื่นๆ เพิ่มขึ้น จากนั้นตัวแปรเหล่านั้นจึงส่งผ่านอิทธิพลต่อไปยังตัวแปรพฤติกรรมกรมีส่วนร่วมให้เพิ่มขึ้นตามภาพของโมเดล ส่วนอิทธิพลทางอ้อมของตัวแปรความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $\beta = .10, p > .05$ ) ที่ส่งผ่านตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าตัวแปรความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมส่งผลทางตรงต่อตัวแปรพฤติกรรมกรมีส่วนร่วมเท่านั้น

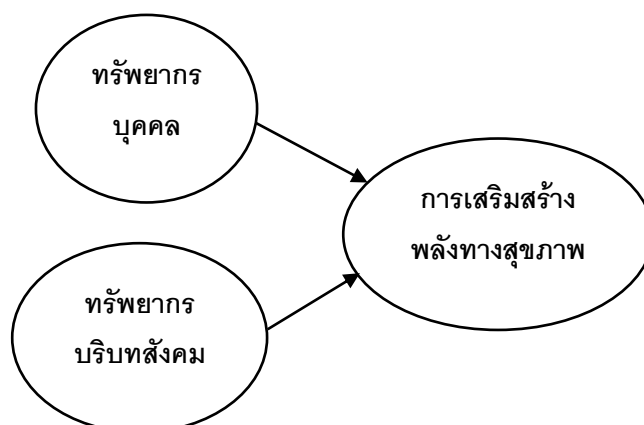


ภาพประกอบ 19 แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแล

### 3) การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

ในด้านอิทธิพลรวม (Total Effect: TE) ที่มีผลต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพมากที่สุด คือ ทรัพยากรบุคคล ( $\beta = .64, p < .001$ ) รองลงมาคือทรัพยากรบริบทสังคม ( $\beta = .33, p < .05$ ) ส่วนตัวแปรที่ไม่มีอิทธิพลรวมต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ คือ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $\beta = .11, p > .05$ ) แสดงให้เห็นว่ามี 2 ตัวแปรในโมเดลที่มีอิทธิพลทางบวกต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ คือ เมื่อตัวแปรทั้ง 2 เพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพเพิ่มขึ้นในระดับที่แตกต่างกันตามค่าอิทธิพลที่มีต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

อิทธิพลทางตรง (Direct Effect: DE) ต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพพบว่า มีตัวแปรที่มีอิทธิพล 2 ตัวแปร ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล ( $\beta = .64, p < .001$ ) และทรัพยากรบริบทสังคม ( $\beta = .33, p < .05$ ) แสดงให้เห็นว่า เมื่อตัวแปรทั้ง 2 เพิ่มระดับขึ้นก็จะส่งผลให้ตัวแปรพฤติกรรมการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ส่วนอิทธิพลทางตรงของตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ( $\beta = .11, p > .05$ ) ที่มีต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าตัวแปรความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ได้ส่งผลต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ



ภาพประกอบ 20 แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของทรัพยากรบริบทสังคม ทรัพยากรบุคคล  
ที่มีต่อการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

### อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการอภิปรายผลการวิจัยที่เกิดขึ้นตาม  
สมมุติฐานในแต่ละตัวแปร ดังนี้

1. ทรัพยากรบุคคล จากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment theory) ของ Shearer (2009) กล่าวว่าแหล่งทรัพยากรบุคคล (Personal resources) เป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้เกิดการสร้างพลังสุขภาพซึ่งเกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล ซึ่งจากผลการวิจัย พบว่าทรัพยากรบุคคล มีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และ ส่งผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง นั่นคือ ทรัพยากรบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาจากผู้ที่ได้ศึกษาหลายๆ ท่าน เช่น Van den Heuval et al, (2010) ที่ได้ศึกษาโดยได้นำแนวคิดทฤษฎีเสริมสร้างพลังทางสุขภาพมาประยุกต์ใช้ โดยในส่วนของทรัพยากรส่วนบุคคลนั้นมีการนำความเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งเป็นศักยภาพในตัวบุคคลและเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่แสดงถึงความสามารถของญาติผู้ดูแลในการยอมรับและสร้างความเข้มแข็ง สร้างพลังใจให้กับตนเอง ร่วมกับการใช้บริบททางสังคมที่มี เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างปลอดภัย สามารถแก้ปัญหาและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้ ซึ่งสถานการณ์ของการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงนั้นเป็นสถานการณ์ที่เครียดและส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแล เพราะผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้

ดังนั้นการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมพลังในการทำให้บรรลุเป้าหมายและสามารถดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างต่อเนื่อง ส่วน Trapp; et al. (2015) ได้ศึกษาเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคล พบว่าความเข้มแข็งทางจิตใจของบุคคลส่งผลต่อภาวะสุขภาพกายและจิตใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.70 เช่นเดียวกับ Shanshan et. al. (2021) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง พบว่าการยอมรับตนเองของผู้สูงอายุส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เท่ากับ 0.32 ( $r = .32$ ) และกมลรัตน์ นุ่นคง (2561) ได้ศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพของนักศึกษา พบว่าศักยภาพของนักศึกษาในภาพรวม ( $r = .67$ ) ด้านบุรณการ ( $r = .62$ ) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ( $r = .54$ ) ด้านเป้าหมายในชีวิต ( $r = .51$ ) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( $r = .51$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้พระมหาสมชาย (2562) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความงอกงามแห่งตนในผู้สูงอายุ จำนวน 126 คน พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความงอกงามแห่งตนในระดับปานกลาง

จะเห็นได้ว่าทรัพยากรบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการช่วยพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลและการสร้างพลังทางใจเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลเกิดการพัฒนาความสามารถของตนเองให้สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพที่ต้องอาศัยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมในการดำเนินชีวิตต่อไป

2. ทรัพยากรบริบทสังคม เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและการป้องกันทางสุขภาพ จึงเป็นหลักฐานที่ช่วยให้ผู้วิจัยคาดการณ์ว่าแหล่งทรัพยากรบริบทสังคมมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ซึ่งจากผลการรวบรวมการวิจัยพบว่าทรัพยากรบริบทสังคม มีอิทธิพลทางตรงต่อการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ และส่งผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง นั่นคือ ทรัพยากรบริบทสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาจากผู้ที่ได้ศึกษาหลายๆ ท่าน โดยจากการศึกษาของณิสาชล นาคกุล (2561) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในเขตเทศบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงต้องการการพัฒนาศักยภาพที่มิดูแล ที่มติดตามเยี่ยม การมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับยุวดี รอดจากภัย และกุลวดี โจรณีไพศาลกิจ (2562) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่ากระบวนการพัฒนาเครือข่ายทาง

สังคมที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วม เป็นสิ่งที่ทำให้เครือข่ายเกิดการขยายเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดกิจกรรมที่หลากหลายเป็นประโยชน์และเกิดการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของกิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2562) พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุสามารถช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตทั้งทางกาย จิตและสังคมเพื่อให้ชีวิตมีคุณค่ามีคุณประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ดูแล นอกจากนี้จากการศึกษาของกัตติกา ธนะกว้าง (2560) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับกลไกของเครือข่ายทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่าเครือข่ายเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ

ดังนั้นทรัพยากรบริบททางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งในการสนับสนุนการพัฒนาศามารถของบุคคล ทำให้บุคคลมีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพมากขึ้น เกิดประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพโดยตรง โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชนมีความจำเป็นอย่างมากในการได้รับการสนับสนุนจากสังคม เพื่อการส่งเสริมดูแลสุขภาพประชาชนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จากผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลทางตรงต่อ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแล และส่งผลทางอ้อมต่อสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง นั่นคือ ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาจากผู้ที่ได้ศึกษาหลายๆ ท่าน เช่น O' Fallon (2017) ได้ศึกษาโครงสร้างตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่าองค์ประกอบที่สำคัญต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือมีโรคประจำตัวจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถดูแลสุขภาพพร้อมกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมกันแบบบูรณาการ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยสภาพแวดล้อมดีจะส่งผลต่อการปฏิบัติตน เพื่อการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้เกิดสุขภาวะที่ดีอย่างต่อเนื่อง ส่วน Parkes (2003) ได้กล่าวว่าในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังควรนำหลักการดูแลสุขภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่ถูกต้องอนามัยและมีความปลอดภัยมาใช้วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยจะสามารถช่วยลดอัตราการติดเชื้อและลดอาการรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยได้ทั้งผู้ป่วยที่อาศัยในเขตเมืองและชนบทและส่งผลต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล

ลดลงและมีรายงานว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้หรือเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยเมื่ออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมไม่ถูกหลักอนามัยจะเกิดอาการแทรกซ้อน คือ การติดเชื้อเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นการติดเชื้อจากภายนอกเข้าสู่ภายในร่างกาย ทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นและต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันมากขึ้น ส่วน Catedraticos (2018) ศึกษาพบว่า การส่งผ่านความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสามารถเป็นตัวส่งผ่านตัวแปรเชิงสาเหตุสู่ตัวแปรผลได้ และจากรายงานการศึกษาของ แมคเคลน และคณะ McLain; et al. (2018) ได้ศึกษาโดยนำหลักการความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไปทดลองใช้ในการจัดการแหล่งน้ำในชุมชน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ สุชน ยี่มรัตน์บวร (2560) ได้ทำการวิจัยเรื่องการเสนอแนะการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งได้เสนอหลักการออกแบบที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Aging in place design) นั้นควรให้ความสำคัญและคำนึงถึงความปลอดภัย ความสะดวกสบายในการใช้สอยความเข้าใจในการใช้งาน ได้มีแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเสมอภาค ความยืดหยุ่นในการใช้งาน สามารถใช้งานได้ง่าย/เข้าใจง่าย ข้อมูลชัดเจน มีระบบป้องกันอันตราย ใช้แรงน้อยและขนาดพื้นที่ใช้งานเหมาะสมกับการเข้าถึงและการใช้สอย โดยเฉพาะผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และพบว่าความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยและเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นมีคุณภาพมากขึ้น

ส่วนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ อาจเนื่องมาจากความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแล และส่งผลทางอ้อมต่อสุขภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง แต่มีความเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ โดยจากการศึกษางานวิจัย ไม่พบว่ามีงานวิจัยใดที่กล่าวสนับสนุนว่า ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ แสดงว่า ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ไม่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ อาจเนื่องจากลักษณะการดำเนินชีวิตของบุคคลในจังหวัดจันทบุรีที่มีลักษณะของสถานที่อยู่อาศัยจะอยู่แบบบ้านสวนที่ล้อมรอบไปด้วยสวนผลไม้ ญาติผู้ดูแลอาจไม่คิดว่าสิ่งแวดล้อมรอบๆ บ้านไม่ได้เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ การดูแลสุขภาพจึงมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลที่ตัวผู้ป่วยมากกว่า และไม่คิดว่าสิ่งแวดล้อมรอบๆ บ้านไม่ได้เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ

4. การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ จากผลการวิจัย พบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีอิทธิพลทางตรงต่อ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแล และส่งผลทางอ้อมต่อสุขภาพะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง นั่นคือ การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาจากผู้ที่ได้ศึกษาหลายๆ ท่าน เช่น Shearer. (2009) ได้ศึกษาโดยการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพไปใช้ปฏิบัติใน เชิงการจัดกระทำโปรแกรม (Intervention) โดยการจัดกระทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ (Health Empowerment Intervention: HEI) เป็นการจัดกระทำโปรแกรมทางทฤษฎีที่ได้รับการออกแบบในการส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรส่วนบุคคลและแหล่งทรัพยากรบริบททางสังคม ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพะที่ดีเพิ่มขึ้น ส่วน O' Fallon (2017) ได้ศึกษาโครงสร้างตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่าองค์ประกอบที่สำคัญต่อการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือมีโรคประจำตัวจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถดูแลสุขภาพพร้อมกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมกันแบบบูรณาการ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยสภาพแวดล้อมดีจะส่งผลต่อการปฏิบัติตน เพื่อการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้เกิดสุขภาพะที่ดีอย่างต่อเนื่อง ส่วน Parkes (2003) ได้กล่าวว่าในการดูแลสุขภาพป่วยเรื้อรังควรนำหลักการดูแลสุขภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่ถูกหลักอนามัยและมีความปลอดภัยมาใช้วางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยจะสามารถช่วยลดอัตราการติดเชื้อและลดอาการรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยได้ทั้งผู้ป่วยที่อาศัยในเขตเมืองและชนบทและส่งผลต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลลดลงและมีรายงานว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้หรือเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยเมื่ออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมไม่ถูกหลักอนามัยจะเกิดอาการแทรกซ้อน คือ การติดเชื้อเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นการติดเชื้อจากภายนอกเข้าสู่ภายในร่างกาย ทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นและต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันมากขึ้น ส่วน Catedraticos (2018) ศึกษาพบว่า การส่งผ่านความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสามารถเป็นตัวส่งผ่านตัวแปรเชิงสาเหตุสู่ตัวแปรผลได้ และจากรายงานการศึกษาของ McLain; et al. (2018) ได้ศึกษาโดยนำหลักการความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไปทดลองใช้ในจัดการแหล่งน้ำในชุมชน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ สุขชน ยัมรัตน์บวร (2560) ได้ทำการวิจัยเรื่องการเสนอแนะการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งได้เสนอหลักการออกแบบที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (Aging in place design)



นั้นควรให้ความสำคัญและคำนึงถึงความปลอดภัย ความสะดวกสบายในการใช้สอยความเข้าใจในการใช้งาน ได้มีแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเสมอภาค ความยืดหยุ่นในการใช้งาน สามารถใช้งานได้ง่าย/เข้าใจง่าย ข้อมูลชัดเจน มีระบบป้องกันอันตราย ใช้แรงน้อยและขนาดพื้นที่ใช้งานเหมาะสมกับการเข้าถึงและการใช้สอย โดยเฉพาะผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และพบว่าความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยและเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นมีคุณภาพมากขึ้น

## การวิจัยระยะที่ 2

### สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2

จากการวิจัยระยะที่ 2 สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ระยะสิ้นสุดการทดลองทันทีและติดตามผล ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจะมีพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาวะ ทั้งด้านกาย อารมณ์ สังคม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ระยะสิ้นสุดการทดลองทันทีและติดตามผลในระยะเวลา 1 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจะมีพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาวะ ทั้งด้านกาย อารมณ์ สังคม สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

### อภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2

จากผลการวิเคราะห์เพื่อทดสอบตามสมมติฐาน พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ระยะสิ้นสุดการทดลองทันทีและติดตามผล ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจะมีพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาวะ ทั้งด้านกาย อารมณ์ สังคม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

และภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ระยะสิ้นสุดการทดลองทันทีและติดตามผล ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจะมีพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมดูแล และสุขภาวะ ทั้งด้านกาย อารมณ์ สังคม สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ซึ่งเป็นการสนับสนุนหรือยอมรับสมมติฐานของงานวิจัย และได้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาวะของ

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จากหลักการ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และผลจากตัวแปรเชิงสาเหตุ ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบและพัฒนา ให้มีประสิทธิภาพซึ่งสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งได้แก่ การมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพด้านร่างกาย พฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ และพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพด้านสังคม รวมทั้งสุขภาพของญาติผู้ดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม โดยหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผ่านไป 1 เดือน ผู้วิจัยได้มีการติดตามประเมินผลอีกครั้ง พบว่าพฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแล และมีสุขภาพะทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคมของญาติผู้ดูแลลดลงจากเดิมเมื่อเปรียบเทียบกับหลังสิ้นสุดการทดลองทันที แต่ยังคงมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพอยู่ ซึ่งได้ผลเหล่านี้เนื่องมาจากตัวแปรที่สำคัญซึ่งได้แก่ ทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรบริบทสังคม ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของหลายๆ ท่าน เช่น Fung; et al. (2016) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพกับครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพในขณะให้การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงทดลองซึ่งโปรแกรมนี้ประกอบ ด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) ความสามารถในการดูแลตนเอง และ 4) สื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลอง คือ ครอบครัวที่ใช้โปรแกรมนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับบริการสุขภาพที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น มีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปมากขึ้น รวมทั้งมีความในการใช้บริการสื่อสุขภาพ หรือทีมสุขภาพมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gray. (2018) พบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่ำ จะมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ มากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสูงกว่า ซึ่งทำให้เกิดปัญหาทั้งในระดับรายบุคคลและชุมชน และสุภาพร แนวบุตร (2558) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ในเขตอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว จำนวน 30 คน ซึ่งใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยโปรแกรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวรายด้าน และโดยรวมหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นทั้งด้านออกกำลังกาย โภชนาการ จิตใจ สังคมและช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความพึงพอใจต่อสุขภาพ อีกทั้งยังมีงานวิจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของ สุภาพ; นิจฉราและ นันทพัฒน์ (2559) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อ ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการลดน้ำหนัก ของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินของ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการลดน้ำหนักได้มากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งมีพฤติกรรมการลดน้ำหนักร้อยละ 100 โดยน้ำหนักลดลง หลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าการสร้างความรู้ด้านสุขภาพสามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาของบุคลากรในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและความตระหนักรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อม โดยมีการประเมินผ่านตัวแปร คือ 1) ความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลทางตรง ต่อความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ระดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.89 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมและความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลทางตรงต่อความตระหนักรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุที่ระดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.28 และ 0.32 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 3) ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และความตระหนักรู้ในการจัดการสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมจัดการสภาพแวดล้อมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ที่ระดับค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพล เท่ากับ 0.35 และ 0.59 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 Intrakamhang; et al. (2020) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของ ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การจัดการสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ จากการศึกษาของหลายๆ ท่านที่กล่าวมาแล้ว จะพบว่าตัวแปรทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรบริบทสังคม ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ มีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนา พฤติกรรมการมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่งใช้ตัวแปรเหล่านี้จึงสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้จริง

## ข้อเสนอแนะการวิจัย

### ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

ผลการวิจัยดังกล่าว สามารถให้ข้อเสนอที่สำคัญในเชิงปฏิบัติ ดังนี้

1. จากรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีสาเหตุมาจากตัวแปรทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรบริบทสังคม ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จึงควรได้นำผลการศึกษาและปัจจัยที่สำคัญ นำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติเพื่อการเสริมสร้างพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะที่ดีของญาติผู้ดูแลและส่งผลในทางที่ดีต่อไปยังผู้ป่วย

2. โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เป็นโปรแกรมฯ ที่สามารถเสริมสร้างพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพะที่ดีของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่เหมาะสม รวมทั้งช่วยสร้างความมั่นใจและลดปัญหาผลกระทบต่างๆ แก่ญาติผู้ดูแล ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพะของญาติผู้ดูแล และส่งผลทางอ้อมต่อผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงทำให้ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ช่วยลดอาการรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ดังนั้น ควรได้นำโปรแกรมฯ นี้ ซึ่งมีลักษณะรูปแบบที่เข้าใจง่าย สามารถศึกษาเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง เสนอต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย เพื่อให้มีการจัดการนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมนี้ ไปใช้ในการอบรมญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เนื่องจากโปรแกรม ดังกล่าวได้มีการบูรณาการให้เกิดการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลที่เกิดประโยชน์โดยตรงต่อญาติผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้แก่ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และช่วยลดปัญหาหรือผลกระทบต่อสุขภาพะของญาติผู้ดูแลจากการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสม จึงเป็นการช่วยสนับสนุนการมีสุขภาพะที่ดีให้แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงต่อไป

## ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยดังกล่าว สามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อไปในการต่อยอดได้ในอนาคต ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างญาติผู้ป่วยในชุมชนเมือง และชุมชนชนบท เพื่อศึกษาถึงข้อแตกต่างระหว่างพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ตามบริบทของญาติผู้ป่วยในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

2. ควรมีการศึกษา เพื่อค้นหาปัจจัยอย่างอื่นเพิ่มเติมนอกเหนือจากการศึกษาในครั้งนี้ ที่อาจส่งผลต่อ พฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วม และสุขภาพของญาติผู้ดูแล เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ และพัฒนาเพิ่มเติม ให้เกิดองค์ความรู้ที่กว้างขึ้น เพื่อทำให้เกิดการเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และส่งผลต่อไปยังการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการศึกษาหลายระยะ หรือใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมวิธี ที่มีการนำเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative methods) เข้ามาในช่วงเริ่มต้น เพื่อค้นหาเงื่อนไขหรือปรากฏการณ์ที่สำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมมีส่วนร่วมดูแลและสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพื่อให้ได้ตัวแปรสาเหตุอื่นที่นอกเหนือจากแนวคิดทฤษฎี ที่เป็นตัวแปรสาเหตุที่เป็นบริบทเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีความเฉพาะเจาะจง จึงอาจมีเงื่อนไขหรือปรากฏการณ์สำคัญที่อาจเกิดขึ้น นอกเหนือไปจากข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงปริมาณ

4. ควรเป็นการศึกษาถึงผลลัพธ์ของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่เกิดจากการที่ผู้ดูแลผ่านการอบรมตามโปรแกรมฯ เพื่อจะทำให้ทราบว่าโปรแกรมฯ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย หรือส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างไร เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมฯ ให้มีประสิทธิภาพ และสามารถดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้

## ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยในช่วงเกิดโรคระบาด COVID-19 ซึ่งส่งผลให้การทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้วิจัย และญาติผู้ป่วยไม่สามารถกระทำได้ตามปกติ ส่งผลให้มีการเกิดความล่าช้าในการทำกิจกรรมในการวิจัย และทำให้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมในโปรแกรมฯ ไม่เป็นไปตามแผนเดิมที่กำหนดไว้ในโปรแกรมฯ

## บรรณานุกรม

- Andrew, R. B., Katlyn, M., John, M., Anna, G. and Elise. C. (2022). Environmental Health Literacy as Knowing, Feeling, and Believing: Analyzing Linkages between Race, Ethnicity, and Socioeconomic Status and Willingness to Engage in Protective Behaviors against Health Threats. *International Journal of Environment Research and Public Health*. 19 (5), 2071 <https://doi.org/10.3390/ijerph19052701>
- Areti, E., Nicos, M., Andreas, C. and Evidiki, P. (2022). Health Literacy and eHealth literacy and their association with other caring concepts among carers of people with dementia: A descriptive correlational study. *Health and Social Care*. 30 (3). 1109-1119
- AshaRani, PV., Lai, D., Koh, J. X. and Subramaniam, M. (2022). Purpose in Life in Older Adults: A Systematic Review on Conceptualization, Measures, and Determinants. *International Journal of Environment Research and Public Health*. 19. 5860-5875
- Chiemerigo, A.O. and Rose, E. L. (2021). Burden of Care and Perceived Psycho-Social Outcomes among Family Caregivers of Patients Living with Cancer. *Asia- Pacific Journal Oncology of Nursing*. 8 (3). 330-336
- Christens, B. D. (2019). Health and Well-Being. *Community Power and Empowerment*. Oxford University Press. 156
- Dessyka F., Zulfan, S. Nofrizal and Agrina (2020). Model for Community Environmental Health Literacy in Peatlands: Research & Development Study. *Palarch's Journal Of Archaeology Of Egypt/Egyptology*. 17 (6). 1-15
- Gladman, J. F. (2018). Personal growth and development in old age - a clinician's perspective. *The International Journal of the British Geriatrics Society*. 48 (1). 8-10
- Jiali Zhang, Lilan Guo, Jundan Mao, Xue Qi, Liqun Chen, Hui Huang, Yanling Sun, Xiaoyue Yang (2021). The effects of nursing of Roy adaptation model on the elderly hypertensive: a randomised control study. *Anal of Palliative Medicine*. 10 (12). p. 12149-12158

- Jinpitcha, M. and Hanvedes D. (2022). Listening to Caregivers' Voices: The Informal Family Caregiver Burden of Caring for Chronically Ill Bedridden Elderly Patients. *International Journal of Environment Research and Public Health*. 19 (567). p. 1-15
- John, Y. and Remo., O. (2020). The impact of health literacy environment on patients stress: a systematic review. *BMC Public Health*. 20(1). 749
- Kerksieck, P., Bauer, G.F. & Brauchli (2019). Personal and Social Resource at Work: Reciprocal Relations Between Crafting for Social Job Resources, Social support at Work and Psychological Capital. 22.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02632>
- Kohler, A. K., Tingstrom, P., Jaarsma, T. and Nilsson, S. (2018). Patient empowerment and general self- efficacy in patients with coronary heart disease: a cross sectional study. *International Journal Nursing Science*. 19 (1). 76
- Limmer, A. and Schutz, A. (2021). Interactive effects of personal resources and job characteristics on mental health: a population-based panel study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 94. 43-53
- Louis, J., Han. O., Jae., S., Josep, M.H., Davy, V., Brendon, S., Sarah, E. J., Lee, S. and Ai, K. (2020). Informal Caregiving , Chronic Rhysical Condition, and Physical Multimorbidity in 48 Low- and Middle –Income Countries. *The Journal of Gerontology A Biological Sciences and Medical sciences*. 75 (8). 1572-1578
- Morgan, B. L. (2007). Understanding Power and Rules of Thumb for Determinating Sample Size. *Tutorials in Guantitative Methods for Psychology*. 3 (2). 43-50
- Musich, S., Wang, S. S., Kraemer, S., Hawain, K., and Wicker, E. (2018). Purpose in Life and Positive Health Outcomes Among Older Adults. *Population Health management*. 21 (2). 139-147
- Patha, A. and Singh, G. (2018). Resilience, Personal Growth initiative and Employees Productivity at Workplace. *e-Journal – First Pan IIT International Management Conference*. 1-14
- Rita, P., Mark, D., Hilary., E., Graham, C. and Maria.L. (2022). The impact of caring for

- family members with mental illnesses on the caregiver: a scoping review. *Health Promotion International*. 1-21
- Sezgin, H. (2022). Effect of care burden on the life of caregivers of the elderly: A mixed study model. *Medicine*. 100 (43). p. e30736
- Shanshan, L., Xing, Z., Caifeng, L., Moyan, C., Xin, X., Fuyu, G., Fei, L., Jianou, X., Juan, H., Lin, F. and Yanpeng, S. (2021). The mediating role of self-acceptance in the relationship between loneliness and subjective well-being among the elderly in nursing home. *Medicine*. 100(40):p e27364 DOI: 10.1097/MD.00000000000027364
- Tsounis, A. and Tarvasaros, T. (2019). Social Resource and Health : The case of social capital. *Psychology and Psychiatry*. 8 (1). 1-3
- Viglund, K., Olofsson, B., Lundman, B., Norberg, A. and Lovheim, H. (2022). Relationships among inner strength health and function, well-being, and negative life events in old people; a longitudinal study. *European Journal of aging*. 19. 545-554
- Woerkom, M. V. and Meyer, M. C. (2019). Strengthening personal growth: The effects of a strengths intervention on personal growth initiative. *Journal of Occupational and Organizational and Psychology*. 92 (1). 98-121
- Yajin, Z., Jian, W. and Stephen, N. (2020). Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: the mediating role of caregiver burden. *BMC Geriatric*. 20 (3). 1-10
- Yan, Z., Yun, S., Jieting, Z., Hao, W., Mumba, m., Chilufya, I., Alaa, o. M., Jing, h. and Chengjuan, Q. (2022). Influencing factors of residents' environmental health literacy in Shaanxi province, China: a cross sectional study. *BMC Public Health*. 22 (1). 114
- Zhu, L., Catrina, H. and Jie. T. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal Nursing Science*. 7 (4). 438-445
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560). *คู่มือการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน สำหรับประชาชน*. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2562). *สิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพเพื่อประชาชนมีสุขภาพดียิ่งขึ้น*.



- นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2563). รายงานรายงานจำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (NCD) ปี 2559-2563. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: วิทยาลัยการสาธารณสุข (2563). การะในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับ ประคองที่บ้าน. *วารสารเกื้อการุณย์*. 27(1). หน้า 150-161
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ อุทุมพร ดุลยเกษม ธมลวรรณ แก้วกระจก และ นภชา สิงห์วีธรรม (2562). *วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีนครราชสีมา*. 25 (2). หน้า 181-193
- กุลชญา ลอยหา, และคณะ ( 2560). การเสริมสร้างศักยภาพบทบาทของนักจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลบุเปือย อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*. 24 (1)
- งานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2563). *รายงานข้อมูลและสถิติประจำปี*. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด จันทบุรี.
- จิตกร วนรักษ์ (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของชมรมจริยธรรม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งมะพร้าว อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 30(2), 285-294
- จิราภรณ์ สุวะมาตย์, มาลินี อยู่ใจเย็น , ชาลินี หนูชูสุข และปิยะนาฏ ช่างเสียง (2563). ภาวะสุขภาพทางกาย พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพสิ่งแวดล้อมของชุมชนริมทางมักกะสัน กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*. 36 (1). หน้า 191-200
- ชลการ ทรงศรี และณรงค์ จันทน์แก้ว (2562). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลโรคเรื้อรังอำเภอโพธารักษ์ จังหวัดหนองคาย. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*. 27 (1) หน้า 1-11
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ (2560). *ความรู้ด้านสุขภาพ*. มหาวิทยาลัยมหิดล, หน้า 2
- นิสาชล นาคกุล (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 36-50
- ณิชารีย์ใจคาวัง, วรดา จักษุพรรณ, วลีพร น้อยเจือ, สกาวเดือน ชุ่มชุมภู และอินธิรา ตระกูลฤกษ์ (2562). ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตำบลคิ่งตะเกา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์*. (1). หน้า 1-19
- น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม และยุวดี รอดจากภัย (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัด

- ปราจีนบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ของแก่น. 24 (2). หน้า 46-58
- ธราทิพย์ ไชยวุธ, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี (2563). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการจัดทำผู้สูงอายุติดเตียงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *พยาบาลสาร*. 47 (4). หน้า 114-127
- บุญช่วย ศิริเลี้ยง (2561). การประเมินสภาวะสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ตำบลไทยवास อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. *บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี*. กรุงเทพฯ.
- ปิยะทิพย์ ประดุงพรม, พัชรา สิริวัฒนเกตุ, วิรยา กิจรัตน์, มาณวิกา ศรีวรรณ, สุชาดา สกลกิจ รุ่งเรือง และชัชยา น้อยนารถ (2561). การพัฒนาและการตรวจสอบคุณสมบัติทางการวัดของมาตรวัดความเจริญงอกงาม สำหรับนิสิตระดับปริญญาตรี. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*. 11 (1), 21-29
- พระมหาสมชาย โชติญาโน (2562). ความงอกงามแห่งตนตามหลักอริยสัจ 4 ของผู้สูงอายุในชุมชน วัดชัยฉิมพลี เขตภาษีเจริญ จังหวัดกรุงเทพมหานคร. *บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณ
- พระครูปริยัติธรรมเมธี (2565). การมีส่วนร่วมทางการเมืองของคนรุ่นใหม่. *วารสารบัณฑิตสาเกตปริทัศน์* 7(1). หน้า 83-91
- พิศมัย สุระกาญจน์ และ ดารุณี จงอุดมการณ์ (2562). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารสำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ของแก่น*. 26 (2). หน้า 83-92
- มยุรฉัตร จันทร์แดง เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และสัญญา คณาภูมิ (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. *วารสารวิชาการธรรมทรรศ*. 19 (4). หน้า 235-244
- ยุวดี รอดจากภัย และกุลวดี โจรณีไพศาลกิจ (2562). การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ. *วิทยานิพนธ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*.
- ยศพล นันดาลิต (2561). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเวียงชัย. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง*. 8 (1). หน้า 97-111
- วรรษญา ทิพย์มาลัย และ สวรรยา ธรรมอภิพล (2562). พฤติกรรมและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสิทธิของผู้สูงอายุผ่านสังคมออนไลน์. *วารสารการบริหารจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*. 6 (2). หน้า 247-264

- วสันต์ วิเชียร (2560). หลักการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ของชุมชนเทศบาลตำบลหนองหอย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา*. 8 (2), 88-89
- วิชัย ศรีผา (2565). การพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดการปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอไชยพิสัย จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*. 14 (1). หน้า 29-39
- วิภา เพ็งเสงี่ยม พัชรภักดิ์ ไชยสังข์, วาสนา พงษ์สุภษะ และ ศิริรัตน์ จุมจะนะ (2560). การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน. (The Development of Caregiver's Empowerment Program of bed bound Elderly in the Community). *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*. 18 (3). หน้า 83-95
- วิไล ตาปะสี และคณะ. (2560). รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม. *วารสารเกื้อการุณย์*. 24 (1), 42-54
- วารุณี มีเจริญ (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *วารสารรามาริบัติ*. 20 (1). หน้า 1-10
- สมบัติ ชูติมานุกุล (2565). การพัฒนาระบบการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในเขตเทศบาลอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*. 39 (3). หน้า 311-317
- สมรัฐ นัยรัมย์ (2565). ปัจจัยและความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศจังหวัด อำเภอสัตร์ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 16 (1). หน้า 112-126
- สุชาดา สมบูรณ์ และคณะ (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. *วารสารเกื้อการุณ*. 25 (1), 141- 53
- สุชน ยิ้มรัตนบวร. (2560). การเสนอแนะการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพสำหรับผู้สูงอายุ โครงการแบบบ้านยิ้มเพื่อประชาชนระยะที่ 3 สำนักการโยธา กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง*, 24 (1), หน้า 50-64.
- สุรียา ฟองเกิด, สุนันท์ สินชื้อสัตย์กุล และ สืบตระกูล ตันตลานุกร (2563). บทบาทพยาบาลเวช

ปฏิบัติชุมชนในการดูแลญาติผู้ป่วยติดเตียง. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 21 (1).

หน้า 46-55

สุวรรณมา วุฒิมิณฤทธิ และ วลัยนารี พรหมลา (2564). การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 22 (3). หน้า 367-375

โสมศิริ เดชารัตน์, พิริยะลักษณ์ เพชรห้วยลึก, ธนวรรณ บัวเจริญ และ ดุสิต พรหมอ่อน (2563).

การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* 3 (3). หน้า 64-78

อนันต์ พวงคำ ดวงสุดา สุวรรณศรี ธนพร แยมศรี รุ่งอรุณ โทวันนัง (2020). ผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.* 35 (2).

หน้า 303-316

อภิรดี ไชนิรัตน์, วิราพรธณ วิโรจนรัตน์, คณินนิต พงศ์ถาวรภมม และ ศรียาเมน ตรียพัฒน์ (2563).

ปัจจัยทำนายนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.* 31 (1). หน้า 93-108

อังศินันท์ อินทรกำแหง และสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2562).

การศึกษาความรอบรู้ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท. นนทบุรี

อารีย์ พุ่มประไวย์ และจรรยา เสียงเสนาะ (2560). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.* 4 (3). หน้า 160-175

อุบล จันท์เพชร (2564). การประเมินความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อมและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพที่ 5.

*วารสารศูนย์วิจัยอนามัยที่ 5 ราชบุรี.* หน้า 1-10

อัจฉรา วรรณนานันต์ (2560). *จิตวิทยาพัฒนาการ.* เลย. มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.



ภาคผนวก



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### แบบวัดลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ปัจจุบันท่านมีอายุ ..... ปี เพศ  หญิง  ชาย

ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยมีสถานะเป็น .....

ท่านทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา ..... ปี ..... เดือน

ท่านจบการศึกษาในระดับ  ไม่ได้ศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

ท่านเคยอบรม/เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ไม่เคย

เคยเรียนรู้จาก

( ) โทรทัศน์

( ) วิดีโอ / ยูทูบ

( ) แอปพลิเคชันต่างๆ เช่น ไลน์

( ) เฟสบุ๊ก

( ) รายการเสียงตามสายประจำหมู่บ้าน

( ) บุคลากรทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด

( ) อาสาสมัครสาธารณสุข

ค่าคะแนนระดับความคิดเห็น 5 คะแนน คือ เป็นจริงมากที่สุด

4 คะแนน คือ เป็นจริงมาก

3 คะแนน คือ เป็นจริงปานกลาง

2 คะแนน คือ เป็นจริงน้อย

1 คะแนน คือ เป็นจริงน้อยที่สุด

## แบบวัดความเข้มแข็งทางจิตใจ Code H1-15

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	<b>ความทนทานทางอารมณ์</b>					
1	ท่านไม่โกรธ เมื่อผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามที่แนะนำ					
2	ท่านไม่หงุดหงิดที่ต้องพูดหรือทำกิจกรรมเดิมซ้ำๆ ให้ผู้ป่วย เช่น แนะนำผู้ป่วยในเรื่องเดิม หรือการเช็ดทำความสะอาดร่างกาย					
3	ท่านพยายามแก้ปัญหาด้วยอารมณ์สงบ เมื่อพบอุปสรรคในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย					
4	ท่านควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ เมื่อรู้สึกว่าตนเองเริ่มมีความหงุดหงิด					
5	ท่านไม่ต่อแค้นทางอารมณ์ เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยระยะยาว					
	<b>กำลังใจหรือพลังใจ</b>					
6	กำลังใจคือสิ่งสำคัญที่จะทำให้ท่านมุ่งมั่นดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง					
7	ท่านมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยแม้จะมีอุปสรรคบ้างในบางครั้ง					
8	กำลังใจจากคนในครอบครัวหรือผู้อื่นเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยทำให้ท่านมีพลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง					
9	ไม่มีเหตุผลใดที่จะทำให้ท่านหมดกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วย					
10	แม้รู้ว่าผู้ป่วยจะไม่หายขาดหรือมีอาการแย่ลงแต่ท่านยังคงมีกำลังใจดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง					
	<b>การต่อสู้เอาชนะปัญหา</b>					
11	ท่านกล้าเผชิญกับปัญหาทุกอย่างที่จะเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย					
12	ท่านคิดว่าทุกปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย คือ ประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้					
13	ท่านคิดว่าท่านสามารถเผชิญกับทุกปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย					
14	ท่านไม่ย่อท้อต่อการแก้ปัญหาทุกอย่างที่เกิดขึ้นในขณะที่ดูแลผู้ป่วย					
15	ท่านพร้อมที่จะทำสิ่งใหม่ที่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย					



## แบบวัดการใช้บริการทางสังคม (S1-10)

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	ท่านรู้แหล่งบริการสุขภาพต่างๆ ในชุมชนที่จะช่วยสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย					
2	ท่านช่วยพาผู้ป่วยไปสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านตามนัดหรือมีอาการผิดปกติทันท่วงที					
3	เมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วย ท่านรู้แหล่งที่จะติดต่อเพื่อร้องขอความช่วยเหลือเช่น 1669 หรือ การติดต่อกับบุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย					
4	นอกจากสถานบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลแล้ว ท่านยังเคยใช้บริการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยบริการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในการขอความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย					
5	ท่านรู้ว่าสามารถร้องขอความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านการประสานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในการพาผู้ป่วยไปรับบริการสุขภาพได้					

## แบบวัดการรับรู้เครือข่ายทางสังคม (N1-5)

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	ท่านทราบว่า มีหน่วยงานในพื้นที่ของท่านให้บริการเยี่ยมอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย					
2	ท่านมีเพื่อนบ้านที่คอยรับฟังปัญหาและให้กำลังใจเมื่อมีปัญหา					
3	ท่านสามารถร้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานท้องถิ่นได้เมื่อจำเป็น					
4	ท่านทราบว่า มี อสม. ที่สามารถให้ความช่วยเหลือในการประเมินสุขภาพเบื้องต้นได้					
5	ท่านสามารถโทรหาพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เมื่อต้องการปรึกษาปัญหาสุขภาพ					

**แบบวัดความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (O1-20)**

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	<b>การเข้าถึงข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม</b>					
1	ท่านทราบว่าจัดการเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมที่บ้านมีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง					
2	ท่านแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับข้อดี/ข้อเสียในการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมที่บ้านด้วยตนเอง					
3	ท่านทราบว่าสามารถค้นหาข้อมูลเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมได้จากหลายๆ แหล่งข้อมูล เช่น โทรทัศน์ คลิป/วิดีโอ ผู้รู้					
4	ท่านสามารถขอคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้จากเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานสิ่งแวดล้อม					
5	ท่านมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ถูกรวบรวมกับผู้อื่น					
	<b>การเข้าใจข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม</b>					
6	ท่านเข้าใจว่าการจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกหลักอนามัยจะช่วยป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อโรค					
7	ท่านทราบว่าถ้าดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมที่บ้านไม่ถูกวิธี จะส่งผลให้ทุกคนที่อาศัยอยู่เกิดปัญหาสุขภาพได้					
8	ท่านเข้าใจว่าถ้าดูแลจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่บ้านไม่ดี อาจส่งผลให้เกิดอาการแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยได้					
9	ท่านมีการจัดการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกวิธี เช่น ห้องนอนผู้ป่วยมีหน้าต่างระบายให้อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีขยะส่งกลิ่นรบกวน					
10	ท่านบอกให้สมาชิกในครอบครัวช่วยกันดูแลรักษาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่ถูกวิธีอย่างต่อเนื่อง					
	<b>การตรวจสอบข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม</b>					
11	ท่านสามารถจำแนกชนิดขยะเป็นขยะติดเชื้อและไม่ติดเชื้อได้					
12	ท่านตระหนักถึงวิธีการกำจัดขยะที่เหมาะสมกับชนิดของขยะ					
13	สัปดาห์โรค เช่น แมลงวัน แมลงหวี่ ยุง สามารถส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยที่ท่านดูแล					
14	ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลการดูแลสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพผู้ป่วยที่ท่านดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง					
15	ท่านมีการตรวจสอบข้อมูลการดูแลสิ่งแวดล้อมจากหลายๆแหล่ง ที่ส่งผลดีต่อสุขภาพผู้ป่วยที่ท่านดูแล					

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	<b>การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม</b>					
16	ท่านเปรียบเทียบวิธีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพผู้ป่วยที่ท่านดูแล					
17	ท่านวิเคราะห์ได้ว่าวิธีการจัดการสิ่งแวดล้อม วิธีใดที่น่าจะส่งผลดีต่อสุขภาพผู้ป่วยที่ท่านดูแล					
18	ท่านนำผลการวิเคราะห์วิธีการจัดการสิ่งแวดล้อม มาปฏิบัติจริงในการจัดการ สิ่งแวดล้อมที่บ้าน					
19	ท่านตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านโดยไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพผู้ป่วย					
20	ท่านมีการคิดทบทวนถึงเหตุผลก่อนตัดสินใจเลือกแนวทางในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน					

#### แบบวัดความเจริญงอกงามในตน G1-10

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	ท่านมองตนเองว่าสามารถพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้ดีขึ้นได้					
2	ท่านยินดีรับฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงจากผู้อื่น					
3	ท่านแสวงหาวิธีการที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง					
4	ท่านพร้อมจะปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วย หากจะทำให้สุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น					
5	ท่านยังคงดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ แม้ว่าอาการผู้ป่วยเหมือนเดิม					

#### แบบวัดการยอมรับตนเอง (A1-10)

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	ท่านรู้สึกพอใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย					
2	ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดีคนหนึ่ง					
3	ท่านยินดีรับฟังคำชี้แนะ/แนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยจากผู้อื่น					
4	ท่านรู้สึกไม่หงุดหงิดเมื่อต้องทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย					
5	ท่านรู้ว่าตนเองต้องได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง					

แบบวัดการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (L1-10)

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	ท่านตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ					
2	ท่านมีเป้าหมายที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดตลอดไป					
3	ท่านตั้งเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ					
4	ท่านคิดว่าการมีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจะเป็นแรงผลักดันให้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง					
5	ท่านไม่รู้สึกรู้สึกระส่ำกระส้านเมื่อต้องทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด					

พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	ท่านทำความสะอาดที่นอนและบริเวณรอบๆ ตัวผู้ป่วยทุกวัน					
2	ท่านจัดให้ผู้ป่วยนอนในห้องที่มีหน้าต่างทำให้อากาศถ่ายเทสะดวก					
3	ท่านมีการคัดแยกขยะและนำขยะไปทิ้งทุกวัน					
4	ท่านมีการจัดวางสิ่งของให้ผู้ป่วยหยิบใช้ได้สะดวกและปลอดภัย					
5	ท่านนำอุปกรณ์เครื่องนอนไปซักทำความสะอาด/ผึ่งแดดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง					

## แบบวัดพฤติกรรมมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ (code B1-30)

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	<b>ด้านร่างกาย</b>					
1	ท่านช่วยจัดเตรียมยาและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง					
2	ท่านช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
3	ท่านช่วยบริหารร่างกายให้ผู้ป่วย เช่น กำมือ-แบมือ ยืดเหยียดแขน ขา					
4	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ					
5	ท่านช่วยพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เมื่อมีอาการผิดปกติ					
	<b>ด้านจิตใจและอารมณ์</b>					
6	ท่านรับรู้และยอมรับเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง					
7	ท่านไม่หงุดหงิด เมื่อผู้ป่วยไม่ทำตามที่ท่านบอก					
8	ท่านรับฟังผู้ป่วยบ่นหรือระบายปัญหาที่ไม่สบายใจ					
9	ท่านไม่พูดจาทำร้ายจิตใจผู้ป่วย / ตำหนิผู้ป่วย					
10	ท่านชื่นชม เคารพผู้ป่วยในฐานะผู้อาวุโสของครอบครัว					
	<b>ด้านสังคม</b>					
11	ท่านให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว					
12	ท่านช่วยให้ผู้ป่วยได้พูดคุยหรือพบปะเพื่อนบ้าน					
13	ท่านชักชวนญาติพี่น้อง ลูกหลาน มาเยี่ยมผู้ป่วย					
14	ท่านให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น เมื่อผู้นำท้องถิ่นต้องการขอความคิดเห็นประชาชน					
15	ท่านชวนผู้ป่วยทำบุญ/บริจาคสิ่งของต่างๆ แก่สังคมส่วนรวม					

## แบบวัดสุขภาวะของญาติผู้ดูแล (C1-20)

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	<b>สุขภาวะด้านร่างกาย</b>					
1	ท่านจัดสรรเวลาในการนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ					
2	ท่านรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ในทุกสัปดาห์					
3	ท่านดื่มน้ำวันละ 6 - 8 แก้ว					
4	ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอ					
5	ท่านดูแลสุขภาพตนเองทั้งในภาวะปกติ และเจ็บป่วย					
	<b>ด้านจิตใจและอารมณ์</b>					
6	ท่านพอใจที่ได้ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย					
7	ท่านยินดีรับฟังคำแนะนำจากผู้อื่น					
8	ท่านรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					
9	ท่านควบคุมอารมณ์ของตนเองได้					
10	ท่านมีความสุข เมื่อได้รับคำชื่นชม					
	<b>สุขภาวะด้านสังคม</b>					
11	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน					
12	ท่านทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้					
13	ท่านปรับตัวได้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น					
14	ท่านให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามข้อตกลงของชุมชน/สังคมส่วนรวม					
15	ท่านให้ความช่วยเหลือชุมชนสม่ำเสมอ เช่น บริจาคสิ่งของ ให้ยืมอุปกรณ์ต่างๆ ในการทำกิจกรรมของชุมชน					

โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม



โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์ โปรแกรม	การเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมญาติ ผู้ดูแล
<p>- เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมฯ</p> <p>- เพื่อให้ญาติผู้ดูแลบอกสาเหตุที่ไม่สามารถจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกสุขลักษณะได้</p>	<p>1. การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับญาติผู้ดูแลและระหว่างญาติผู้ดูแลกับญาติผู้ดูแลด้วยกัน เป็นการสร้างความคุ้นเคยซึ่งกันและกันช่วยให้เกิดความกล้าบอกเล่าถึงปัญหาต่างๆของแต่ละคน</p> <p>2. การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมาย รวมทั้งประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ</p> <p>การค้นหาสาเหตุที่ไม่สามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกสุขลักษณะได้ โดยกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลบอกปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถจัดการสิ่งแวดล้อมของที่บ้านผู้ป่วยให้ถูกต้องหรือถูกสุขลักษณะได้ มีดังนี้</p> <p>- การขาดความรู้เกี่ยวกับหลักการดูแลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ทำให้ไม่เห็นความสำคัญ/ละเลยการจัดการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมเกิดผลเสียตามมาหลายประการ เช่น การไม่กำจัดขยะหรือกำจัดขยะไม่ถูกวิธี จะทำให้เกิดการสะสมของเชื้อโรค</p>	<p>- การทักทายและมีการแนะนำตนเองของญาติผู้ดูแลแต่ละคนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ</p> <p>- บอกวัตถุประสงค์เป้าหมายและประโยชน์ของญาติผู้ดูแลในการเข้าร่วมในโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>- การกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลบอกถึงสาเหตุหรือปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้จัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านไม่เหมาะสมไม่ถูกหลักอนามัยในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง</p> <p>- เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลทุกคนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของปัญหาการสูญเสียพลังในการดูแลผู้ป่วยและบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม</p> <p>- จัดบันทึกสิ่งที่ญาติผู้ดูแล</p>	



วัตถุประสงค์ โปรแกรม	การเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมญาติ ผู้ดูแล
<p>-เพื่อให้ญาติผู้ดูแลบอก แนวทางในการจัดการ สิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูก หลักอนามัย</p>	<p>การส่งกลิ่นรบกวน ซึ่งจะส่งผล กระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การขาดแหล่งสนับสนุน ช่วยเหลือเกี่ยวกับด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม เช่น หน่วยงานใน พื้นที่ไม่ให้ความช่วยเหลือ</li> <li>- การขาดผู้เชี่ยวชาญในท้องถิ่น ที่ช่วยให้คำปรึกษาหรือแนะนำ เกี่ยว กับผลดี/ผลเสียของการ จัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ บ้านต่อผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง</li> <li>- การขาดเงินทุนในการจัดซื้อ อุปกรณ์ต่างๆ ที่ช่วยให้สามารถ จัด การสิ่งแวดล้อมให้ถูกต้อง ตามหลักอนามัย</li> <li>- การขาดการสนับสนุนทั้ง ความคิดแรงกายแรงใจจาก สมาชิกในครอบครัวในการ ช่วยดำเนินการต่างๆ</li> </ul> <p>การจัดการดูแลสิ่งแวดล้อม ภายในบ้าน และบริเวณรอบๆ บ้านให้ถูกหลักอนามัย</p> <p>1. ห้องนอน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดห้องนอน ควรให้ มองเห็นทิวทัศน์ด้านนอกได้ อากาศถ่ายเทสะดวก</li> <li>- เตียงไม่ควรอยู่ในมุมอับและ สูงจากพื้น ประมาณ 40 เซนติเมตร</li> <li>- มีระดับหน้าต่างสูงจากพื้น ประมาณ 50 เซนติเมตรและ ควรมีมุ้งลวดเพื่อป้องกันแมลง</li> </ul>	<p>แต่ละคนบอกเกี่ยวกับ ปัจจัยที่ทำให้รู้ สึกหมด พลังในการดูแลผู้ป่วยและ สาเหตุที่ทำให้ไม่มีการจัด การสิ่งแวดล้อมให้ถูก สุขลักษณะได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแล บอกถึงเหตุหรือปัจจัย อะไรบ้างที่ทำให้ไม่สามารถ จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูก สุขลักษณะได้</li> <li>- จัดบันทึกสิ่งที่ญาติผู้ดูแล บอกหรืออธิบาย</li> </ul> <p>1. การจัดห้องนอนที่ เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ควรให้มองเห็นทิวทัศน์ ด้านนอกได้ อากาศถ่ายเท สะดวก</li> </ul>	

วัตถุประสงค์ โปรแกรม	การเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมญาติ ผู้ดูแล
	<p>ต่างๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ควรมีถึงขยะอยู่ในบริเวณห้องนอน</li> <li>2. ห้องครัว-ห้องอาหาร</li> <li>- ต้องมีแสงสว่างจากธรรมชาติ และแสงไฟเฉพาะจุด รวมทั้งต้องมีการระบายอากาศที่ดี</li> <li>- เตา ตู้เย็นหรือลิ้นชักในครัวไม่อยู่ในมุมอับ หิ้งและตู้ต่างๆ อยู่ในระดับประมาณ 150-168 เซนติเมตร ระดับโต๊ะ - เคาน์เตอร์สูงจากพื้นประมาณ 80 เซนติเมตร</li> <li>- อาหารหรือสำหรับอาหารควรมีฝาครอบอาหารเพื่อป้องกันแมลง</li> <li>3. ห้องน้ำ</li> <li>- มีความกว้าง 1.5-2.0 เมตร มีแสงสว่างเพียงพอ มองเห็นสิ่งของภายในห้องน้ำได้ง่าย</li> <li>- มีประตูเปิดออก ระดับของพื้นภายในและภายนอกห้องน้ำควรเท่ากัน</li> <li>- ฝักบัวควรเป็นชนิดแรงดันต่ำ แต่ถ้าไม่ควมใช้ชนิดที่มีน้ำหนักเบาขนาดเล็ก</li> <li>- พื้นไม่ควมมีครีบน้ำหรือเปียกชื้น พื้นผิวไม่ควมลื่น หรือใช้วัสดุปูพื้นไม่ลื่นหรือแผ่นยางกันลื่น</li> <li>- มีโลส้วมแบบนั่งไม่ใช่แบบยอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เติงไม่ควรอยู่ในมุมอับและสูงจากพื้นประมาณ 40 เซนติเมตร</li> <li>- มีระดับหน้าต่าสูงจากพื้น ประมาณ 50 เซนติเมตรและควรมีมั้งลวดเพื่อป้องกันแมลงต่างๆ</li> <li>- ไม่ควมมีถึงขยะอยู่ในบริเวณห้องนอน</li> <li>2. ห้องครัว-ห้องอาหาร</li> <li>- ต้องมีแสงสว่างจากธรรมชาติและแสงไฟเฉพาะจุด รวมทั้งต้องมีการระบายอากาศที่ดี</li> <li>- เตา ตู้เย็นหรือลิ้นชักในครัวไม่อยู่ในมุมอับ หิ้งและตู้ต่างๆ อยู่ในระดับประมาณ 150-168 เซนติเมตร ระดับโต๊ะ-เคาน์เตอร์สูงจากพื้นประมาณ 80 เซนติเมตร</li> <li>- อาหารหรือสำหรับอาหารควรมีฝาครอบอาหารเพื่อป้องกันแมลง</li> <li>3. ห้องน้ำ</li> <li>- มีความกว้าง 1.5-2.0 เมตร มีแสงสว่างเพียงพอ มองเห็นสิ่งของภายในห้องน้ำได้ง่าย</li> <li>- มีประตูเปิดออก ระดับของพื้นภายในและภายนอกห้องน้ำควร</li> </ul>	

วัตถุประสงค์ โปรแกรม	การเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมญาติ ผู้ดูแล
<p>- ผลกระทบจากการดูแลสิ่งแวดล้อมภายใน</p>	<p>- ที่สำคัญควรมีราวจับขนาด ศูนย์ กลาง 4 เซนติเมตร ที่สามารถเดินได้ทั่วห้องน้ำ</p> <p>4. การจัดสภาพแวดล้อมทั่วไป</p> <p>- อุปกรณ์เครื่องนอนต้องนำซักหรือทำความสะอาดทุกสัปดาห์ หรือนำออกมาผึ่งแดดสลับกับการนำไปซัก</p> <p>- การกำจัดขยะ ควรมีการแยกขยะเปียกและขยะแห้งก่อนทิ้ง โดย ขยะ เปีย ก จะ ต้ อ ง นำออกไปทิ้งทุกวันและควรนำถึงขยะเปียกไว้หน้าบ้าน ส่วนขยะแห้งอาจทิ้งวันเว้นวันได้ และต้องไม่นำถึงขยะไว้ใกล้กับที่พักของผู้ป่วย สถานที่กำจัดขยะ เช่น เต้าเผาขยะควรอยู่ห่างจากบ้านอย่างน้อย 50 เมตร</p> <p>- ไม่ควรให้สัตว์เลี้ยงพักอาศัยในบ้าน และไม่อยู่ใกล้กับบริเวณที่พักอาศัยของผู้ป่วย</p> <p>- ท่อระบายน้ำภายในบ้านหรือรอบบ้านต้องทำความสะอาดทุกสัปดาห์</p> <p>- เช็ดและทำความสะอาดบ้านและบริเวณรอบๆบ้านทุกวัน เพื่อไม่ให้เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค และฝุ่น</p>	<p>เท่ากัน</p> <p>- ฝักบัวควรเป็นชนิดแรงดันต่ำแต่ถ้าไม่มีควรใช้ชั้นที่มีน้ำหนักเบาขนาดเล็ก</p> <p>- พื้นไม้ไม่ควรตะไคร่น้ำหรือเปียกชื้น พื้นผิวไม่ควรลื่น หรือใช้วัสดุปูพื้นไม้ลื่นหรือแผ่นยางกันลื่น</p> <p>- มิโถส้วมแบบนั่งไม่ใช่แบบยอง</p> <p>- ที่สำคัญควรมีราวจับขนาด ศูนย์ กลาง 4 เซนติเมตร ที่สามารถเดินได้ทั่วห้องน้ำ</p> <p>4. อุปกรณ์เครื่องนอนต้องนำซักหรือทำความสะอาดทุกสัปดาห์ หรือนำออกมาผึ่งแดดสลับกับการนำไปซัก</p> <p>5. การกำจัดขยะ ควรมีการแยกขยะเปียกและขยะแห้งก่อนทิ้งโดย ขยะเปียกจะต้องนำออกไปทิ้งทุกวันและควรนำถึงขยะเปียกไว้หน้าบ้าน ส่วนขยะแห้งอาจทิ้งวันเว้นวันได้ และต้องไม่นำถึงขยะไว้ใกล้กับที่พักของผู้ป่วย สถานที่กำจัดขยะ เช่น เต้าเผาขยะควรอยู่ห่างจากบ้านอย่างน้อย 50 เมตร</p>	

วัตถุประสงค์ โปรแกรม	การเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมญาติ ผู้ดูแล
บ้านและรอบๆบ้านที่ไม่ ถูกหลักอนามัย		<p>6. ไม่ควรให้สัตว์เลี้ยงพักอาศัยในบ้าน และไม่อยู่ใกล้กับบริเวณที่พักอาศัยของผู้ป่วย</p> <p>7. ท่อระบายน้ำภายในบ้านหรือรอบบ้านต้องทำความสะอาดทุกสัปดาห์</p> <p>8. เช็ดและทำความสะอาดบ้านและบริเวณรอบๆบ้านทุกวัน เพื่อไม่ให้เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค และฝุ่น</p> <p>1. การลดการติดเชื้อ โดยการติดเชื้ออาจมาจากการแพร่ระบาดของอากาศ (airborne) การแพร่ระบาดทางน้ำ (waterborne) และการสัมผัส (contact) การจัดการสภาพแวดล้อมให้มีระบบการถ่ายเทอากาศได้ดี จะช่วยให้การหมุนเวียนอากาศมีประสิทธิภาพ โดยจากการศึกษาของ Jiang (2003) พบว่า ภายในห้องที่มีอากาศหมุนเวียนดีจะมีอัตราการติดเชื้อและแพร่ระบาดของโรคซาร์ส ต่ำกว่าห้องที่มีการหมุนเวียนอากาศไม่ดี อย่างไรก็ตาม มีนัยสำคัญ</p>	

วัตถุประสงค์ โปรแกรม	การเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมญาติ ผู้ดูแล
		<p>สอดคล้องกับงานวิจัยของเฟรนช์ และคณะ (French; et al. 2004) ที่ได้ศึกษาพบว่า การออกแบบพื้นฝาผนัง รวมทั้งการใช้เฟอร์นิเจอร์ที่ง่ายต่อการทำความสะอาด และการฆ่าเชื้อ อีกทั้งช่วยป้องกันการสะสมเชื้อโรคบนพื้นผิวต่าง ๆ</p> <p>2. การลดอาการเจ็บปวดจากโรคต่างๆ โดยการจัดสภาพแวดล้อมภายในที่เหมาะสมกับลักษณะของที่อยู่อาศัย จะช่วยลดอาการปวดและช่วยลดการใช้ยาแก้ปวดได้ โดยจากการศึกษาของ มาเลนบอุม ( Malenbaum, 2008) พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ได้เห็นธรรมชาติ จะใช้ยาแก้ปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่อยู่ภายในห้องที่ไม่มีหน้าต่าง โดยสิ่งแวดล้อมจะเบี่ยงเบนความสนใจในความเจ็บปวดได้ ดังนั้นการให้แสงสว่างธรรมชาติเข้ามาในห้อง การได้เห็นวิวทิวทัศน์ที่สงบร่มรื่นพร้อมกับเสียงธรรมชาติ จะสามารถช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้</p>	

วัตถุประสงค์ โปรแกรม	การเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมญาติ ผู้ดูแล
		<p>3. การลดภาวะวะแทรกซ้อนจากอุบัติเหตุ โดยการเกิดอุบัติเหตุที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง คือ การพลัดตกจากเตียงนอน การลื่นล้มในห้องน้ำ โดยปัญหาการลื่นล้มส่วนใหญ่เกิด จากพื้นลื่นหรือเปียก และ หรือมีสิ่งกีดขวางบนพื้น การติดมือจับประ คองไม่เหมาะสมและมีเฟอร์นิเจอร์หรือสุขภัณฑ์ที่มีส่วนสูงไม่เหมาะสมกับ ผู้สูงอายุ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2559)</p> <p>4. การลดภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเป็น ผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเผชิญกับอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า การจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม จะช่วยลดผลกระทบต่อสภาวะจิตใจได้ โดยจากการศึกษาของ โกลเดน (Golden. 2005) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับแสงสว่างในตอนเช้าอย่างสม่ำเสมอในระยะเวลา 2 สัปดาห์ จะ</p>	

วัตถุประสงค์ โปรแกรม	การเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมญาติ ผู้ดูแล
		<p>ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ ซึ่งเมื่อเทียบกับประสิทธิภาพของการใช้ยาต้านซึมเศร้าพบว่า ผู้ป่วยจะรู้สึกซึมเศร้ามลดลง หลังการใช้ยาด้านซึมเศร้าเป็นระยะเวลา นานถึง 4-6 สัปดาห์ ดังนั้นการรับแสงแดดในยามเช้าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้</p>	



โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ



### โปรแกรมเสริมสร้างพลังทางสุขภาพ

วัตถุประสงค์ โปรแกรม	การเสริมสร้างพลังทาง สุขภาพ	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมญาติผู้ดูแล
<p>- เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมฯ</p> <p>- เพื่อให้ญาติผู้ดูแลบอกสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้สูญเสียพลังกายพลังใจในการดูแลสุขภาพ</p>	<p>1. การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับญาติผู้ดูแลและระหว่างญาติผู้ดูแลกับญาติผู้ดูแลด้วยกัน เป็นการสร้างความคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ช่วยให้เกิดความกล้าบอกเล่าถึงปัญหาต่างๆของแต่ละคน</p> <p>2. การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพโดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์และเป้าหมายรวมทั้งประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ</p> <p><b>ปัจจัย</b>ที่ทำให้รู้สึกเสียพลังกาย พลังใจในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาระงานที่หนักจากการที่ต้องช่วยทำกิจกรรมทุกอย่างให้ผู้ป่วยตลอดทั้งวัน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้</li> <li>- กิจกรรมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังแรงกายในการลงมือปฏิบัติและเป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำทุกวัน จึงทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทักทายและมีการแนะนำตนเองของญาติผู้ดูแลแต่ละคนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ</li> <li>- บอกวัตถุประสงค์เป้าหมายและประโยชน์ของญาติผู้ดูแลในการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพและความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</li> <li>- การกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลบอกถึงสาเหตุหรือปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้รู้สึกหมดพลังหมดกำลังใจในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง</li> <li>- เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลทุกคนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของปัญหาการสูญเสียพลังในการดูแลผู้ป่วยและจัดการสิ่งแวดล้อม</li> <li>- จัดบันทึกสิ่งที่ญาติผู้ดูแลแต่ละคนบอกเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้รู้สึกหมดพลังในการดูแลผู้ป่วยและ</li> </ul>	

วัตถุประสงค์ โปรแกรม	การเสริมสร้างพลังทาง สุขภาพ	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมญาติผู้ดูแล
<p>-เพื่อให้ญาติผู้ดูแลบอกถึงปัจจัยที่ช่วยในการสร้างพลังกายพลังใจในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง</p>	<p>เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การเตรียมอาหาร เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว ไม่มีญาติคนอื่นช่วยแบ่งเบาภาระในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย</li> <li>- การไม่มีเวลาได้ผ่อนคลายจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย</li> <li>- การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานทำให้ญาติผู้ดูแลขาดการเข้าสังคม บางครั้งอาจทำให้รู้สึกหงอยเหงา</li> <li>- การทำหน้าที่ของญาติผู้ดูแลในหลายบทบาท เช่น บุตรที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดา บทบาทภรรยาที่ต้องดูแลสามี บทบาทแม่ที่ต้องดูแลลูกของตนเอง เป็นต้น</li> <li>- การบริหารจัดการตนเองไม่ได้ เช่น ไม่มีการบริหารจัดการเวลาในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ไม่วางแผน จัดลำดับความสำคัญของงานก่อนและหลัง เป็นต้น</li> <li>- การขาดที่ปรึกษาที่ดีในการทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง</li> <li>- ความเข้มแข็งทางจิตใจ</li> </ul>	<p>สาเหตุที่ทำให้ไม่มีการจัดการสิ่ง แวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อธิบายเกี่ยวกับความสำคัญและแนวทางในการช่วยเสริมสร้างพลังกายพลังใจในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง</li> </ul>	

วัตถุประสงค์ โปรแกรม	การเสริมสร้างพลังทาง สุขภาพ	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมญาติผู้ดูแล
	<p>การสร้างพลังทางจิตใจที่สำคัญสำหรับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ติดบ้านติดเตียง ประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ความทนทานทางอารมณ์ กำลังใจหรือพลังใจ และการต่อสู้เอาชนะปัญหาต่างๆ</p> <p>- การส่งเสริมความเจริญงอกงามในตน เป็นความรู้สึกรักของบุคคลที่ต้องการจะพัฒนาตนเองอยู่เรื่อยๆ โดยมองว่าตนเองนั้นสามารถเจริญเติบโตได้ และเปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆอยู่เสมอ มีการปรับปรุงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอย่างต่อเนื่องและพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อให้ตนเองมีความรู้และมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีความเชื่อว่าเมื่อบุคคลบรรลุเป้าหมายหนึ่งแล้ว บุคคลย่อมต้องการเป้าหมายใหม่เพิ่มขึ้น ซึ่งการพยายามไปสู่เป้าหมายใหม่นั้น บุคคลจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพของตน เพื่อให้มีความพร้อมต่อการเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ ซึ่งจะนำไปสู่การ</p>	<p>- การกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลบอกถึงปัจจัยที่ช่วยในการสร้างพลังกายพลังใจในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง</p> <p>- เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลทุกคนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของปัญหาการสูญเสียพลังในการดูแลผู้ป่วยและระจัดการสิ่งแวดล้อม</p> <p>- จัดบันทึกสิ่งที่ญาติผู้ดูแลแต่ละคนบอกเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้รู้สึกหมดพลังในการดูแลผู้ป่วย</p>	

วัตถุประสงค์ โปรแกรม	การเสริมสร้างพลังทาง สุขภาพ	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมญาติผู้ดูแล
	<p>เปลี่ยนแปลงที่พัฒนา ขึ้น โดยบุคคลที่มีความเจริญงอกงามในตนเองจะเป็นผู้ที่มีความรู้สึกต้อง การพัฒนาตนเองตลอดเวลาและมองเห็นตนเองว่าสามารถเติบโตพร้อมเปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ รับรู้ถึงศักยภาพของตน รับรู้การพัฒนาตนเองเมื่อเวลาผ่านไปและมีการเปลี่ยนแปลงตัวเองไปในทางที่ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลที่มีความเจริญงอกงามในตนเองต่ำ จะเป็นผู้ที่มีความคิดปรับ ปรุงตนเองหรือพัฒนาตนเองต่ำ และ รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถที่จะพัฒนาได้ และความเจริญงอกงามในตนเองของญาติผู้ดูแลส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยญาติผู้ดูแลที่มีความเจริญงอกงามในตนเองจะใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง</p> <p><b>- การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต</b></p> <p>เป็นการทำให้บุคคลมีเป้าหมายต่างๆ ในชีวิตและรู้ว่าเป้าหมายนั้นๆ มีทิศทาง มีความหมายทั้งในอดีตและปัจจุบัน รวมถึงการมีจุดมุ่ง หมายของการใช้ชีวิตของตนเอง เรียกว่าจุดมุ่งหมายในชีวิต อีกทั้ง</p>		

วัตถุประสงค์ โปรแกรม	การเสริมสร้างพลังทาง สุขภาพ	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมญาติผู้ดูแล
	<p>การมีวุฒิภาวะก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญของการสร้างเป้าหมายต่างๆ ในชีวิตจะช่วยให้สามารถเข้าสู่ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ได้ ดังนั้นบุคคลที่มีเป้าหมาย ความตั้งใจและการรับรู้ถึงเป้าหมายนั้นๆ ชัดเจน จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความตระหนักและรับรู้ชีวิต หรือ การดำเนิน ชีวิต ที่เป็นอยู่มีความหมาย โดยบุคคลที่มีจุด มุ่งหมาย ในชีวิตสูง จะเป็นผู้ที่มีการกำหนดเป้าหมายในชีวิต และมีการวางแผนทางที่ชัดเจน เพื่อการมุ่งไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ส่วนบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายในชีวิตต่ำจะเป็นผู้ที่มีความรู้สึก ว่าชีวิตนั้นไม่ค่อยมีความหมาย มีการวางแผน เป้าหมายในชีวิตบ้างแต่ไม่ทราบว่า จะไปสู่เป้าหมายนั้นอย่างไร</p> <p>- การยอมรับตนเอง เป็น การที่ บุค คลมี เจต คติ ทางบวกต่อตนเอง ยอมรับ มุมมองที่หลากหลาย ทั้ง ลักษณะที่ดีและไม่ดี และมีความรู้สึกทาง บวกเกี่ยวกับ ชีวิตในอดีตที่ผ่านมา โดย การยอมรับ ตนเอง ถูก</p>		

วัตถุประสงค์ โปรแกรม	การเสริมสร้างพลังทาง สุขภาพ	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมญาติผู้ดูแล
<p>- เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการสร้างพลังใจทางบวกให้กับตนเอง</p>	<p>จัดเป็นหัวใจหลักของสุขภาพทางจิตใจและเป็นส่วนหนึ่งของการบรรลุถึงศักยภาพแห่งตน บ่งบอกถึงการมีวุฒิภาวะและเกี่ยวข้องกับระยะเวลาของชีวิต ทั้งอดีตและปัจจุบัน</p> <p>บุคคลที่มีเจตคติเชิงบวกกับตนเองจะส่งผลต่อจิตใจทางบวกได้อย่างเหมาะสม โดยบุคคลที่มีการยอมรับตนเองสูงจะเป็นผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับตนเองได้ทุกประการทั้งด้านดีและไม่ดี ในขณะที่บุคคลที่มีการยอมรับตนเองต่ำจะรู้สึกไม่พึงพอใจในตนเองไม่พอใจในสิ่งที่ตนเองมี รู้สึกผิดหวังกับอดีตที่ผ่านมาและมีความหวังที่อยากจะเป็นเหมือนคนอื่น</p>	<p>- ให้ญาติผู้ดูแลบอกถึงสิ่งที่ช่วยให้ตนเองเกิดพลังทางด้านบวกในขณะที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีอะไรบ้าง</p> <p>- ใช้เทคนิคผ่อนคลายโดยการผ่อนคลายใจเข้าออกช้าๆ เป็นเวลา 30 นาที และให้ญาติผู้ดูแลคิดทบทวนถึงสิ่งต่างๆที่ตนเองได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งด้านบวกและด้านลบ</p> <p>- ให้ญาติผู้ดูแลกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่ติดบ้านติดเตียงให้ดีขึ้นกว่าเดิม</p> <p>- ให้ญาติผู้ดูแลแต่ละคนบอกแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างไรให้มีอาการดีขึ้นและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน</p>	

วัตถุประสงค์ โปรแกรม	การเสริมสร้างพลังทาง สุขภาพ	กิจกรรมที่ปฏิบัติ	พฤติกรรมญาติผู้ดูแล
		ใช้เวลา 30 นาที - ให้อาญาติผู้ดูแลมีการ แลกเปลี่ยนแนวทางในการ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ผู้ป่วยซึ่งกันและกัน ใช้เวลา 30 นาที - ชมคลิปวิดีโอเกี่ยวกับการ สร้างพลังบวกให้กับตนเอง ใช้เวลา 10 นาที - เน้นให้อาญาติผู้ดูแลนำสิ่งที่ ได้แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน นั้นสู่การปฏิบัติจริง	

ประวัติผู้เขียน

