



Health Science Journal of Nakhon Ratchasima College

ISSN (Print) 2821-9783

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยนครราชสีมา



ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม 2566

Vol.2 No.2 July – December 2023

สถาบันชั้นนำด้านสุขภาพและบริการเพื่อท้องถิ่น

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา
Health Science Journal of Nakhon Ratchasima College

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2566): Vol. 2 No. 2 (July – December 2023)

วัตถุประสงค์

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่บทความภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ ประกอบด้วย บทความวิจัย บทความวิชาการ และบทความปริทัศน์ที่มีขอบเขตครอบคลุมทางด้าน แพทยศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ เทคนิคการแพทย์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ และ/หรือ สาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

จุดมุ่งหมาย

เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ ผลงาน สำหรับคณาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ นักศึกษาทั้งในและนอกสถาบัน รวมถึงสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและการวิจัยที่มีคุณภาพในวารสารรูปแบบสิ่งพิมพ์และวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่เกิดประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวมได้อย่างต่อเนื่อง

กำหนดการเผยแพร่ของวารสาร

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา เผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม ถึง เดือนมิถุนายน
ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนธันวาคม

ข้อกำหนดการพิจารณาต้นฉบับ

1. ต้นฉบับบทความต้องเป็นไปตามเกณฑ์รูปแบบมาตรฐานที่วารสารได้กำหนดไว้
2. บทความที่ส่งขอรับการพิจารณาจะต้องไม่เคยเผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน
3. บทความที่ได้รับการพิจารณาเผยแพร่เป็นข้อคิดเห็นของผู้แต่ง/ผู้นิพนธ์/ผู้เขียนเท่านั้น และจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อบทความนั้น
4. การพิจารณาบทความ จะดำเนินการในรูปแบบ Double blinded ซึ่งจะกำหนดผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพบทความ 3 ท่านต่อบทความ หากผู้แต่ง/ผู้นิพนธ์/ผู้เขียนต้องการให้มีผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมากกว่าที่วารสารกำหนด จะต้องมีการจ่ายเพิ่มเติม
5. บทความที่ได้รับการพิจารณาเผยแพร่ในวารสารเป็นลิขสิทธิ์ของคณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

สำนักกองบรรณาธิการ

คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา 290 หมู่ 2 ถนนมิตรภาพ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30000 โทร 044-466050 ต่อ 116

ที่ปรึกษา/บรรณาธิการอำนวยการ

อาจารย์ ดร.ชนากานต์ ยืนยง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรัตน์ ยืนยง
รองศาสตราจารย์ ดร.วิภาส ทองสุทธิ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ. สรวาฐ สายจันทมา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธณกร ปัญญาไสโสภณ
อาจารย์ ดร.พจ.ศญาดา ด้านไทยวัฒนา
อาจารย์ ดร.ทพญ.วรพรรณ ยิ่งศิระพัฒน์

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.ทัศนีย์ เสาวนะ

กองบรรณาธิการภายนอก

ศาสตราจารย์ ดร.พีรพรรณ ตันอารีย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.เต็มดวง ลีมีไพบูลย์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.พรรณี บุตรเทพ	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.ทพ.พันธ์เอกวัลย์ ฤกษ์งาม	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.ภญ.พินทิพย์ พงษ์เพ็ชร	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา ผาติเสนะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
รองศาสตราจารย์ ดร.กรกช อินทราพิเชฐ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
รองศาสตราจารย์ นพ.จิตเจริญ ไชยาคำ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ อัจฉรา ธวัชสิน	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลนันท์ ทวีรระยกุล	มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชียแปซิฟิก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกียรติศักดิ์ บัตรสูงเนิน	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภญ.สุกุลรัตน์ รัตนาเกียรติ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณภัทสรณ ธนาพงษ์อนันต์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภา คนชื่อ	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัฒนา ชยธวัช	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นงนุช ล่วงพัน	มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์ ดร.พท.ชยานนท์ เขาวนัญญกุล	มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
อาจารย์ ดร.พจ.เสาวลักษณ์ มีศิลป์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
อาจารย์ ดร.พจ.ทิพย์วรินทร์ ดุสิตาศิริสกุล	มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม
อาจารย์ ดร.คงศักดิ์ บุญยะประณัย	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อาจารย์ ดร.จิระภา ขำพิสุทธิ์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.พศิมพงศ์ มากมาย	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น



กองบรรณาธิการภายใน

รองศาสตราจารย์ ดร.ภ.ภ.สมชาย รัตน์ทองคำ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทนพ.สรารุช สายจันมา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธณกร ปัญญาใสโสภณ
อาจารย์ ดร.พจ.ศิริพร พจน์พาณิชพงศ์
อาจารย์ ดร.ทนพญ.สุวรรณา ตระกูลสมบูรณ์
ดร.ภ.ภ.ปาริชาติ อ้นองอาจ

กองจัดการวารสาร

อาจารย์ พจ.วีไรรัตน์ อนันตกลีน	ประธานกรรมการ
อาจารย์ ณัฐวุฒิ กกกระโทก	รองประธานกรรมการ
อาจารย์ สุธิดา พันแสน	กรรมการ
อาจารย์ พทป.ชลดา จัดประกอบ	กรรมการและเลขานุการ
อาจารย์ ณลิตา ไพบูลย์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กำหนดเผยแพร่เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ประกอบด้วยบทความวิจัยทั้งหมด จำนวน 3 เรื่อง โดยดำเนินการทุกขั้นตอนตามเกณฑ์คุณภาพของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre: TCI)

ทั้งนี้ เพื่อให้การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการเป็นที่รู้จักกว้างขวางมากยิ่งขึ้นจึงขอความร่วมมือจากทุกท่านช่วยประชาสัมพันธ์ อนึ่ง วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยแนะนำเพื่อปรับปรุงคุณภาพของวารสาร ให้มีความสมบูรณ์ ซึ่งคณะผู้ดำเนินงานวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา จะพัฒนาคุณภาพให้ได้รับการรับรองมาตรฐานในระดับที่สูงขึ้นต่อไป

บรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา

สารบัญ

บทความวิจัย :	หน้า
ปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช Factors related to suicide attempt in Tha Sala District, Nakhon Si Thammarat Province. นางจุฑา รัตน์สมบัติ Natchuta Rattanasombat	1
ผลของการออกกำลังกายด้วยการวิ่งจ็อกกิ้งและการเดินแอโรบิกที่มีต่อดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยนครราชสีมา Effects of jogging and aerobic exercise on body mass index, cardiovascular endurance, strength, and endurance of leg muscles for undergraduate students, Nakhon Ratchasima College. กิตติคุณ เกตุเงิน, สาทิต สีเสนชุย Kittikun Katngern, Satit Seesensui	12
ผลของโปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I สำหรับเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา Results of program for applying social support of parent with TEDA4I for children with developmental delays Health Center 9 , Nakhon Ratchasima. อรัทัย วงศ์พิกุล Orathai Wongphikun	23

ปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

นางจุฑา รัตนสมบัติ^{1*}

รับบทความ: 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566/ แก้ไขบทความ: 30 ธันวาคม พ.ศ. 2566/ ตอรับบทความ: 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแบบเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง ตามแบบฟอร์มรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง 506 DS) กรมสุขภาพจิต และเวชระเบียนผู้ป่วยของผู้พยายามฆ่าตัวตายของอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564–30 กันยายน 2565 จำนวน 42 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากร และวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายเกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ ร้อยละ 64.28 ไม่มีประวัติการทำร้ายตนเอง ร้อยละ 57.14 และไม่ตั้งใจทำให้เสียชีวิต ร้อยละ 57.14 ตามลำดับ วิธีการทำร้ายตัวเองที่พบได้บ่อยที่สุด คือ การกินยาเกินขนาด ร้อยละ 61.90 ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุ สถานภาพ โรคทางจิตเวช ปัญหาความสัมพันธ์ และปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/จิตเภท มีความสัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการฆ่าตัวตาย, การพยายามฆ่าตัวตาย, รายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง 506 DS)

^{1*} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช เบอร์โทรศัพท์ 089 289 3060
E-mail: natchuta23@hotmail.com

Factors related to suicide attempt in Tha Sala District, Nakhon Si Thammarat Province

Natchuta Rattanasombat^{1*}

Received: 20 November 2023/ Revised: 30 December 2023/ Accepted: 31 December 2023

Abstract

This study was a cross-sectional descriptive research. The objective of this study was to investigate factors related to suicide attempts among suicide attempters in Tha Sala District, Nakhon Si Thammarat Province. Retrospective data collection was conducted from the suicide risk surveillance report (506 DS) from Department of Mental Health, combined with the medical records of those who attempted suicide in Tha Sala District, Nakhon Si Thammarat Province. 42 medical records were selected during 1 October 2021–30 September 2022. Descriptive statistics were used to evaluate the data to explain demographic features and analyze factors related to suicide attempts using multiple logistic regression analysis. The result showed that the factors affecting suicide attempts were relationship problems (64.28%), no history of self-harm (57.14%), and not intending to cause death (57.14%), respectively. The most common method of self-harm was taking overdoses of drugs around 61.90%. Risk factors for attempting suicide include 5 factors: age, status, psychiatric illness, relationship problems and chronic illness/schizophrenia was a statistically significant with suicide attempts at 0.05.

Keywords : Factors related to suicidal, Suicide attempt, The suicide risk surveillance report (506 DS)

^{1*} Registered Nurse, Professional Level Tha Sala Hospital Tel. 089 289 3060
E-mail: natchuta23@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก และมีแนวโน้มเพิ่มความรุนแรงขึ้น ปี พ.ศ. 2566 มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั่วโลกมีจำนวน 703,000 คน โดยร้อยละ 77 ของการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ปานกลางในระดับต่ำ (Lower Middle Income) (World Health Organization, 2023) สำหรับในประเทศไทยอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน จากข้อมูลรายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2561 อัตราการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 6.07, 6.47, 6.4, 6.03 และ 6.32 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (ศูนย์ป้องกัน การฆ่าตัวตายระดับชาติ, 2561) เมื่อพิจารณาแยกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงที่สุด 10 อันดับ ในประเทศ คือ แม่ฮ่องสอน แพร่ น่าน เชียงราย พัทลุง ลำปาง เชียงใหม่ สระแก้ว อุตรดิตถ์ และตาก ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2561)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเกินกว่าค่าเป้าหมายวิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิต ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) ซึ่งกำหนด อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน ล่าสุดปี พ.ศ. 2564 อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จยังเพิ่มสูงขึ้นเป็น 7.38 ต่อประชากรแสนคน เมื่อพิจารณาอัตราตายสำเร็จ ปี พ.ศ. 2565 จำแนกรายจังหวัด พบว่า จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด เท่ากับ 15.29 ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในลำดับที่ 14 ของอัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 10.42 ต่อประชากรแสนคน (ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการ ฆ่าตัวตาย, 2566)

โรงพยาบาลท่าศาลา เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ M1 ที่ให้บริการครอบคลุมทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิในบางสาขา ทั้งนี้ เนื่องจากการป้องกันในระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญมาก ในระบบบริการสุขภาพ โดยการเฝ้าระวัง และป้องกันการฆ่าตัวตายของพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลท่าศาลา ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ ทั้งหมด 10 ราย คิดเป็น อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 8.46 ต่อประชากรแสนคน (โรงพยาบาลท่าศาลา, 2566) ซึ่งมากกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน อำเภอ ท่าศาลายังมีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 42 ราย คิดเป็นอัตราเท่ากับ 35.57 ต่อประชากร แสนคน ซึ่งเกินค่าเป้าหมายการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการเข้าถึงบริการ ผู้พยายามทำร้ายตนเองไม่เกิน 33.2 ต่อประชากรแสนคน โดยอัตราการพยายามฆ่าตัวตายของอำเภอ ท่าศาลาเป็นจำนวนที่สูงเมื่อเทียบกับอำเภออื่นภายในจังหวัดเดียวกัน

ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการพยายามฆ่าตัวตายจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถ นำไปสู่การวางแผนการดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในอำเภอ ท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราชต่อไป

วัตถุประสงค์

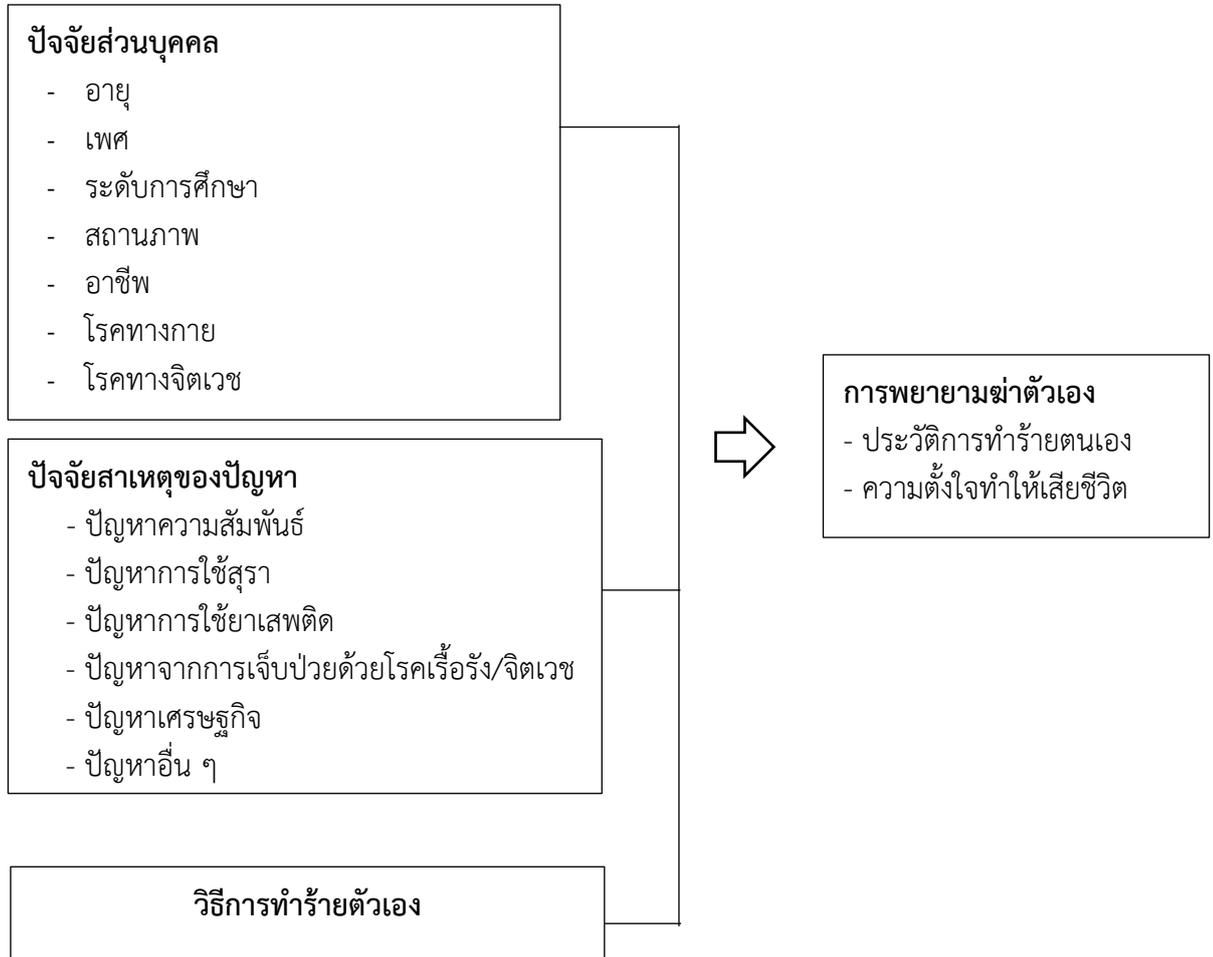
เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายของประชากรในเขตจังหวัด นครศรีธรรมราช ระหว่าง ปี พ.ศ. 2564-2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งได้กรอบการวิจัย ดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study design) โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา หนังสือรับรองเลขที่ NSTPH 093/2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายจากแบบเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง (กรณีไม่เสียชีวิต) รง 506 DS กรมสุขภาพจิต และเวชระเบียนผู้ป่วยของผู้พยายามฆ่าตัวตายของอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565 จำนวน 42 ราย (โรงพยาบาลท่าศาลา, 2566)

ในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 42 ราย โดยใช้การคัดเลือกจากระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาและการสอบสวนในช่วงระหว่าง 1 ตุลาคม 2564 –

30 กันยายน 2565 เพื่อใช้ในการดำเนินการคัดเลือกตัวแปรต้นและตัวแปรตามจากข้อมูลที่เก็บจากรายงานทางเวชระเบียน และ รง 506 DS ของโรงพยาบาลท่าศาลา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- เวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์ระบุการวินิจฉัยพยายามฆ่าตัวตายและบันทึก ICD 10 รหัส X60-X84

- ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่สำเร็จ) ที่ขึ้นทะเบียนสอบสวนการพยายามฆ่าตัวตายตาม รง 506Ds

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

- เวชระเบียนที่ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ

- ไม่สามารถติดตามประวัติการรักษาได้จากเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล และ รง. 506 DS ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ โรคทางกาย โรคทางจิตเวช จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสาเหตุของปัญหาและการทำร้ายตนเอง ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาการใช้สุรา ปัญหาการใช้ยาเสพติด ปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/จิตเวช ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาอื่น ๆ และวิธีการทำร้ายตนเอง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 การพยายามฆ่าตัวเอง ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย ประวัติการทำร้ายตนเอง ความตั้งใจทำให้เสียชีวิต วิธีการทำร้ายตัวเอง จำนวน 3 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามและลงรหัสในข้อคำถามรายชื่อโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากร

2. วิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis)

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

จากการเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย จากแบบเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้วและทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 66.67 อายุระหว่าง 30-40 ปี ร้อยละ 45.23 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 40.47 มีสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 45.23 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.38 มีโรคทางกาย ร้อยละ 33.33 และโรคทางจิตเภท 40.47

2. ปัจจัยสาเหตุของปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่มาจากปัญหาความสัมพันธ์ ร้อยละ 64.28 รองลงมา ได้แก่ ปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/จิตเภท ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาการใช้ยาเสพติด คิดเป็น ร้อยละ 23.80, 7.14 และ 4.76 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของสาเหตุของการเกิดการพยายามฆ่าตัวตาย (n=42)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)
ปัญหาความสัมพันธ์	27 (64.28)
ปัญหาการใช้สุรา	0 (0.00)
ปัญหาการใช้ยาเสพติด	2 (4.76)
ปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/จิตเภท	10 (23.80)
ปัญหาเศรษฐกิจ	3 (7.14)
ปัญหาอื่น ๆ	0 (0.00)

3. การพยายามฆ่าตัวเอง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการทำร้ายตนเอง ร้อยละ 57.14 ไม่ตั้งใจทำให้เสียชีวิต ร้อยละ 57.14 วิธีการทำร้ายตัวเองที่พบได้บ่อยที่สุด คือ การกินยาเกินขนาด ร้อยละ 61.90 รองลงมา ได้แก่ กินสารเคมีอื่น ๆ กินสารกำจัดวัชพืช ใช้ของมีคม/ของแข็ง กินสารฆ่าแมลง และผูกคอ คิดเป็นร้อยละ 11.91, 9.53, 7.14, 4.76 และ 4.76 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (n=42)

รายการ	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติการทำร้ายตนเอง	
มี	18 (42.86)
ไม่มี	24 (57.14)
ความตั้งใจทำให้เสียชีวิต	
มี	18 (42.86)
ไม่มี	24 (57.14)
วิธีการทำร้ายตัวเอง	
กินยาเกินขนาด	26 (61.90)
กินสารฆ่าแมลง	2 (4.76)
กินสารกำจัดวัชพืช	4 (9.53)
กินสารเคมีอื่น ๆ	5 (11.91)
ใช้ของมีคม/ของแข็ง	3 (7.14)
อาวุธปืน	0 (0.00)
ผูกคอ	2 (4.76)
อื่น ๆ	

4) วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุ สถานภาพ โรคทางจิตเวช ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/จิตเภทมีความสัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาปัจจัยเชิงทำนาย พบว่า กลุ่มอายุ 30-40 ปี มีโอกาสการพยายามฆ่าตัวตายลดลง ร้อยละ 58.00 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ขณะที่ด้านสถานภาพ พบว่า ผู้ที่หย่าร้าง/แยกกันอยู่มีโอกาสการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าสถานภาพโสด 1.78 เท่า ส่วนปัจจัยสาเหตุของปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า โรคทางจิตเวช และปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/จิตเภท มีโอกาสการพยายามฆ่าตัวตาย 1.79 และ 1.46 ตามลำดับ ในขณะที่ ปัญหาความสัมพันธ์มีโอกาการพยายามฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 65.00 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	OR	P-value	95% CI	
				Lower	upper
เพศ					
ชาย*	14 (33.33)	1			
หญิง	28 (66.67)	0.64	0.23	0.28	1.32
อายุ					
น้อยกว่า 30 ปี*	12 (28.57)	1			
30-40 ปี	19 (45.23)	0.42		0.15	0.98
41-50 ปี	5 (11.91)	0.87	0.02**	0.34	1.79
51 -60 ปี	4 (9.53)	0.53		0.12	0.90
60 ปีขึ้นไป	2 (4.76)	0.64		0.29	1.03
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา*	17 (40.47)	1			
มัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช	14 (33.33)	0.93		0.47	1.56
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส.	9 (21.44)	0.66	0.84	0.33	1.12
อนุปริญญา	2 (4.76)	0.47		0.10	0.87
ปริญญาตรีขึ้นไป					
สถานภาพ					
โสด*	6 (41.30)	1			
สมรส	17 (40.47)	1.46	0.04**	0.72	2.68
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	19 (45.23)	1.78		0.89	3.16
อาชีพ					
เกษตรกรกรรม*	22 (52.38)	1			
รับจ้าง	13 (30.95)	0.41	0.37	0.15	0.88
ค้าขาย	1 (2.38)	0.76		0.35	1.40
อื่น ๆ	6 (14.29)	0.98		0.24	1.46
โรคทางกาย					
ไม่มี*	28 (66.67)	1			
มี	14 (33.33)	1.43	0.24	0.65	3.73

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	OR	P-value	95% CI	
				Lower	upper
โรคทางจิตเวช					
ไม่มี*	25 (59.53)	1			
มี	17 (40.47)	1.79	0.01**	0.52	3.28
ปัญหาความสัมพันธ์					
ไม่มี*	15	1			
มี	27 (64.28)	0.35	0.03**	0.15	0.76
ปัญหาการใช้ยาเสพติด					
ไม่มี*	40 (95.28)	1			
มี	2 (4.76)	0.73	0.37	0.21	1.49
ปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/จิตเภท					
ไม่มี*	32 (76.20)	1			
มี	10 (23.80)	1.46	0.01**	0.86	3.14
ปัญหาเศรษฐกิจ					
ไม่มี*	39 (92.86)	1			
มี	3 (7.14)	0.32	0.48	0.11	0.69

* กลุ่มอ้างอิง

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.2 อภิปรายผล

1. อุบัติการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของอำเภอนำสาขลา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นผู้ใหญ่อายุระหว่าง 30-40 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของวารสารกรม ประทีปธีรานันต์ (2557) ซึ่งการที่เพศหญิงมีการพยายามทำร้ายตนเองสูงกว่าเพศชาย นอกจากนี้ อายุของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักพบในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Olfson, M. และคณะ (2017) ที่พบว่าวัยผู้ใหญ่เป็นช่วงที่มีโอกาสเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ ทั้งนี้ จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีสถานภาพคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก บุญรัตน์ (2559) เนื่องจากผู้ที่มีสถานะคู่จะเกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์ ปัญหาความขัดแย้งกับคู่ครองของตนได้มากกว่าผู้ที่มีสถานะโสดหรือหย่าร้าง ในขณะที่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการศึกษาประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธญา พัฒนะวาณิชนันท์ (2551) ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษา ระดับต่ำจะขาดความรู้ ทักษะและโอกาสในการประกอบอาชีพที่มีความมั่นคงและการจัดการกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิตในส่วนของกรณีโรคทางกาย และโรคทางจิตเภท มีความขัดแย้งต่อการศึกษาของนภดล สำอางค์ (2563) ที่พบว่า ผู้ที่พยายามทำร้ายตัวเองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกายและทางจิตเวช ปัจจัยสาเหตุที่กระตุ้นการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่มาจากปัญหาความสัมพันธ์มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของนภดล สำอางค์ (2563) พบสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ อายุ และสถานภาพ โรคทางจิตเวช ปัญหาความสัมพันธ์ และปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/จิตเภท โดยอายุกลุ่มอายุ 30-40 ปี มีโอกาสการพยายามฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 58.00 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี และสถานภาพที่หย่าร้าง/แยกกันอยู่มีโอกาสการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าสถานภาพโสด 1.78 เท่า ที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของนภดล สำอางค์ (2563) ที่พบว่า อายุ ระดับการศึกษาและสถานภาพมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่า ปัจจัยสาเหตุของปัญหาการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า โรคทางจิตเวช และปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/จิตเภท มีโอกาสการพยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็น 1.79 และ 1.46 เท่า ตามลำดับ ในขณะที่มีปัญหาความสัมพันธ์เกิดโอกาสการพยายามฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 65.00 จากการศึกษาส่วนใหญ่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญ คือ การเจ็บป่วยด้วยภาวะทางจิตเวช (Cavanagh, J., et al, 2003) (De Leo D., 2002) โดยภาวะทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายสำเร็จก็คือ ภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของนิอร คำเนตร (2551) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะปรับตัวผิดปกติ จะไม่สามารถปรับตัวทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิดหรือพฤติกรรมต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอนุพงศ์ คำมา (2556) พบว่า ผู้ที่มีโรคเรื้อรังต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตจนนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้ นอกจากนี้ ด้านความสัมพันธ์พบว่ามีผลสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim และคณะ (2020) ที่พบว่า สาเหตุหลักของการพยายามฆ่าตัวตายมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รองลงมาคือ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shamsaei, F., Yaghmaei, S., & Haghighi, M (2020) ที่พบว่า การขาดการติดต่อและปฏิสัมพันธ์ด้านสังคมจะส่งผลให้เกิดการลดระดับปัจจัยการป้องกันการฆ่าตัวตายอีกด้วย

บทสรุป

การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช เกิดขึ้นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เป็นกลุ่มผู้ใหญ่อายุในวัยกลางคน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ อายุ สถานภาพ โรคทางจิตเวช ปัญหาความสัมพันธ์ และปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/จิตเภท ดังนั้น การดำเนินการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายจึงควรมีการคัดกรองสุขภาพจิต การส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมจะสามารถลดการพยายามฆ่าตัวตายในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. นำผลการศึกษามาวางแผนการดำเนินการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ขาดคนดูแล และกลุ่มที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายจากความเครียด ทั้งนี้ อาจใช้การประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิตในการคัดกรองได้
2. การให้คำปรึกษาแก่กลุ่มที่มีแนวโน้มการพยายามฆ่าตัวตาย หรือมีการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เพื่อไม่ให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และติดตามหลังการให้คำปรึกษาโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

3. การส่งเสริมการดำเนินการในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของแกนนำสุขภาพและครอบครัว ที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตาย ดำเนินการให้กำลังใจในการติดตามเยี่ยมบ้าน การเสริมแรงในการดูแลกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน*. ศักดิ์ศรีอักษรการพิมพ์.
- ณัฐธัญญา พัฒนะวานิชนันท์. (2551). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการทำร้ายตนเอง เขตตรวจราชการที่ 3. *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 7 ประจำปี 2551 : ร่วมมือ ร่วมพลัง มุ่งหวังสู่สุขภาพจิตดีในปี 2563*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 92.
- ธัญชนก บุณรัตน์. (2559). พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีารักษาที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลหาดใหญ่. *วารสารวิชาการแพทย์เขต11*, 30(1), 101-109.
- นิอร คำเนตร. (2551). ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งรับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *พุทธชินราชเวชสาร*, 25(3), 829-830.
- โรงพยาบาลท่าศาลา. (2566). *สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด: รายงานตัวชี้วัดสถานการณ์สุขภาพจิต*. นครศรีธรรมราช.
- วรารณณ์ ประทีปธีรานันต์. (2557). อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 90-103.
- ศูนย์ป้องกันและขจัดปัญหาการฆ่าตัวตายระดับชาติ. (2561). *รายงานสถิติการฆ่าตัวตาย*. สืบค้นเมื่อ 26 กันยายน 2566. เข้าถึงได้จาก <https://suicide.dmh.go.th>
- ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันและขจัดปัญหาการฆ่าตัวตาย. (20 กุมภาพันธ์ 2566). *อัตราตายสำเร็จ จำแนกตามรายจังหวัด ระหว่าง ปีพ.ศ. 2563-2565*. <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/download/view.asp?id=29>
- อนุพงษ์ คำมา. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ : กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 3-16.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33(3), 395-405.
- De Leo D. (2002). Why are we not getting any closer to preventing suicide?. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 181, 372-374.
- Kim S. H., Kim H. J., Oh S. H., Cha K. (2020). Analysis of attempted suicide episodes presenting to the emergency department: Comparison of young, middle aged and older people. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 14-46

- Olfson, M., Blanco, C., Wall, M., Liu, S. M., Saha, T. D., Pickering, R. P., & Grant, B. F. (2017). National Trends in Suicide Attempts Among Adults in the United States. *JAMA psychiatry*, 74(11), 1095–1103.
- Shamsaei, F., Yaghmaei, S., & Haghighi, M. (2020). Exploring the lived experiences of the *suicide attempt* survivors: a phenomenological approach. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1745478. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1745478>
- World Health Organization. (28 August 2023). *Suicide*. Retrieved on 20 October 2023. Accessed from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

ผลของการออกกำลังกายด้วยการวิ่งจ็อกกิ้งและการเดินแอโรบิกที่มีต่อดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยนครราชสีมา

กิตติคุณ เกตุเงิน¹ สาทิต สีเสนชูย์^{2*}

รับบทความ: 24 มิถุนายน พ.ศ. 2566/ แก้ไขบทความ: 9 ธันวาคม พ.ศ. 2566/ ตอรับบทความ: 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยการวิ่งจ็อกกิ้งและการเดินแอโรบิกที่มีต่อดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นนักศึกษาของวิทยาลัยนครราชสีมา ชั้นปีที่ 1 - 4 ภาคปกติ จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 20 คน ได้มาจากวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยกลุ่มทดลองที่ 1 การออกกำลังกายด้วยการวิ่งจ็อกกิ้ง และกลุ่มทดลองที่ 2 การออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) โปรแกรมการออกกำลังกายวิ่งจ็อกกิ้ง 2) โปรแกรมออกกำลังกายเดินแอโรบิก 3) แบบทดสอบประกอบด้วยแบบทดสอบดัชนีมวลกาย แบบทดสอบยืน - นั่ง บนเก้าอี้ 60 วินาที และแบบทดสอบยืนยกเข่าขึ้นลง 3 นาที สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนฝึกและหลังฝึกภายในกลุ่มใช้สถิติ T-Test Dependent และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มใช้สถิติ T-Test Independent

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขา ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขา หลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 พบว่าไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : การวิ่งจ็อกกิ้ง, การเดินแอโรบิก, ดัชนีมวลกาย, ความอดทนของระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด, ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ

¹ นักศึกษาคณะสหเวชศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกาย วิทยาลัยนครราชสีมา

² อาจารย์คณะสหเวชศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬาและการออกกำลังกาย วิทยาลัยนครราชสีมา

*ผู้รับผิดชอบบทความ E-mail : satit@nmc.ac.th

Effects of jogging and aerobic exercise on body mass index, cardiovascular endurance, strength, and endurance of leg muscles for undergraduate students, Nakhon Ratchasima College

Kittikun Katngern¹ Satit Seesensui^{2*}

Received: 24 June 2023/ Revised: 9 December 2023/ Accepted: 31 December 2023

Abstract

The objectives of this research were to study and compare the effect of jogging and aerobics which affects Body Mass Index, cardiovascular endurance, leg muscle strength and endurance of undergraduate students at Nakhon Ratchasima College. Sample Group were 40 students in regular semester at Nakhon Ratchasima College from years 1 to 4. They divided into 2 groups of 20 people each, obtained by simple random sampling. Samples in experimental group 1 exercised with jogging and experimental group 2 exercised with aerobic dance. The research tools were 1) a jogging exercise program, 2) an aerobic dance exercise program, and 3) The Test Include of a Body Mass Index Test; a 60-second stand test on a Chair, and 3-minutes step up and down test. Statistical analyzed data include Mean (\bar{x}), Standard Deviation (SD), compared means difference between Pre-Training and Post- Training within group and compared values difference of average between groups by Independent T-test.

The results showed that 1) Body Mass Index of cardiovascular endurance strength and endurance leg muscle between Pre-test and Post-test within group We found that Experimental Group 1 and Experimental Group 2 were significantly different at the .05 Level. 2) Body Mass Index, cardiovascular endurance strength and endurance leg muscles post-test of those 2 groups were not significantly different.

Keyword: Jogging, Aerobic Dance, Body mass Index, Endurance of the Cardiovascular, Muscule Strength and Endurance.

¹ Student of Faculty of Allied Health Sciences, Nakhon Ratchasima College

² Lecturer of Faculty of Allied Health Sciences, Nakhon Ratchasima College

*Corresponding author: satit@nmc.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเทคโนโลยีถูกพัฒนาให้มีความเจริญก้าวหน้าและทันสมัยมากขึ้น มีการสร้างเครื่องมือที่ตอบสนองความสะดวกสบายสำหรับการทำงาน การเรียน หรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันมากขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานหลายกิจกรรมเปลี่ยนแปลงไป ทำให้มนุษย์มีกิจกรรมทางกายที่ลดลง ทั้งการนั่งทำงานอยู่กับที่ ทำงานอยู่กับคอมพิวเตอร์ อยู่กับโทรศัพท์มือถือเป็นเวลานาน การใช้เวลากับสื่อออนไลน์มากขึ้น และมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนก่อปัญหาสุขภาพมากมายและยังส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลง อาทิ ผลกระทบต่อพัฒนาการทั้งร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม (อัจฉราวดี ศรีระศักดิ์ และคณะ, 2566) จึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในหลายประเทศในทุกกลุ่มอายุทุกเพศ ทุกวัย (ภณิดา หยั่งถึง, 2565) ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนก่อปัญหาสุขภาพมากมายและยังส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ลดลง อาทิ ผลกระทบต่อพัฒนาการทั้งร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคมที่สำคัญไปกว่านั้นผลเสียที่ตามมาจากการเป็นโรคอ้วน ตั้งแต่วัยเด็กคือ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่นมากขึ้น โดยเฉพาะวัยรุ่นที่กำลังเรียนอยู่ระดับอุดมศึกษา การเปลี่ยนสถานะจากนักเรียนเป็นนักศึกษาทำให้วิถีชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงอย่างมาก โดยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกายหรือการออกกำลังกายน้อยลง และมีความเครียดมากขึ้น นักศึกษาจำนวนมากมีน้ำหนักขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงแรกที่เข้าเรียน (มลฤดี แสนจันทร์ และ นิสากร วิบูลชัย, 2565) ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนกลายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน รวมถึงโรคมะเร็ง (ไมยรา เศรษฐธูมาศ และ ชิตชนก ชาตกระโทก, 2566) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ซึ่งมีเป้าหมายการพัฒนาเพื่อวางรากฐานให้คนไทยเป็นคนที่มีสุขภาพและสุขภาพที่ดีตลอดจนเป็นคนเก่งที่มีทักษะ ความรู้ความสามารถและพัฒนาตนเองได้ต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งปัญหาสุขภาพของคนไทยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นผลเนื่องมาจากพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่เสี่ยงต่อสุขภาพทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการดำรงชีวิตที่ขาดการออกกำลังกายทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีแนวโน้มเกิดการเจ็บป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และ โรคมะเร็งเพิ่มขึ้น (พวงแก้ว วิวัฒน์เจษฎาวุฒิ, 2563)

การออกกำลังกายจัดเป็นวิธีการที่ดีที่สุดสำหรับการควบคุมน้ำหนักและลดน้ำหนักของร่างกาย ถึงแม้ว่าประโยชน์ที่แท้จริงของการออกกำลังกายจะเพื่อการพัฒนาสมรรถภาพและสุขภาพ แต่การออกกำลังกายก็จะช่วยให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายจึงสามารถใช้เป็นวิธีการควบคุมน้ำหนักของร่างกายได้ (ภาพพิมพ์ พรหมวงศ และคณะ, 2560 และ วัลลภา ดิษสระ และ พิมพวรรณ เรืองพุทธ, 2563) โดยการออกกำลังกายมีหลายรูปแบบ เช่น การเดิน วิ่ง ว่ายน้ำ การเต้นแอโรบิก การเต้นซุมบ้า การฝึกด้วยน้ำหนัก โยคะ เป็นต้น ซึ่งการออกกำลังกายที่ช่วยลดน้ำหนักและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบัน คือ การวิ่งจ็อกกิ้ง และการเต้นแอโรบิก การออกกำลังกายทั้ง 2 กิจกรรมนี้เป็นวิธีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่สามารถทำได้ด้วยตัวเอง ประหยัดเวลา อุปกรณ์ สถานที่ และมีความสนุกสนานไม่น่าเบื่อ การวิ่งจ็อกกิ้งและการเต้นแอโรบิกที่ความหนักต่อเนื่อง ช่วยพัฒนาระบบหัวใจไหลเวียนเลือด เพิ่มสมรรถภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดได้ สามารถช่วยลดน้ำหนักไขมัน และทำให้สมรรถภาพทางกาย ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อดีขึ้นได้ (อังคณา แต่งไทย, 2563) สอดคล้องกับงานวิจัยของ วณิชชา ฉัตรกุล ณ อยุธยา และถนอมวงศ์ กฤษณ์เพ็ชร (2559) ได้ศึกษา

ผลของการฝึกเดินแอโรบิกแบบแรงกระแทกต่ำร่วมกับพิตบอล ต่อสุขสมรรถนะในหญิงวัยทำงาน ผลการวิจัยพบว่าการฝึกเดินแอโรบิกแบบแรง กระแทกต่ำ ร่วมกับพิตบอลมีผลดีระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ สมรรถภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุด และ โดยเฉพาะความอ่อนตัว

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจที่จะใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี และตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมดังกล่าว และอาจส่งผลต่อการเรียนและก่อให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ จึงได้ศึกษานำรูปแบบการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ช่วยกระตุ้นร่างกายให้สามารถเผาผลาญไขมันและพัฒนาความอดทนของระบบหัวใจและหายใจ รวมถึงช่วยพัฒนาความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ โดยมีการศึกษาและเปรียบเทียบผลการฝึกวิ่งจ็อกกิ้งและการเดินแอโรบิกที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิต ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยนครราชสีมาเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถภาพทางกาย และส่งเสริมให้นักศึกษาได้รู้จักการออกกำลังกายทำให้มีสุขภาพที่แข็งแรงตลอดจนพัฒนาให้นักศึกษาได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยการวิ่งจ็อกกิ้งและการเดินแอโรบิก ที่มีต่อดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อของนักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยนครราชสีมา

สมมติฐานของการวิจัย

1. ก่อนและหลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ภายในกลุ่มทดลองที่ 1 ออกกำลังกายด้วยการวิ่งจ็อกกิ้ง และกลุ่มทดลองที่ 2 ออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก มีค่าดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ แตกต่างกัน
2. หลังการทดลอง 6 สัปดาห์ ค่าดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 ออกกำลังกายด้วยการวิ่งจ็อกกิ้ง และกลุ่มทดลองที่ 2 ออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก แตกต่างกัน

ระเบียบวิธีการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาหญิงชั้นปีที่ 1 – 4 เรียนอยู่ในวิทยาลัยนครราชสีมา ภาคปกติจำนวน 842 คน ปีการศึกษา 2565 (อ้างอิงข้อมูล : ฝ่ายทะเบียนและวัดผล วิทยาลัยนครราชสีมา, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนักศึกษาหญิงชั้นปีที่ 1 – 4 อายุระหว่าง 19 – 23 ปี ที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ได้มาจากวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) กลุ่มทดลองที่ 1 ออกกำลังกายด้วยการวิ่งจ็อกกิ้ง จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองที่ 2 การออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นผู้ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยประเมินจากดัชนีมวลกาย
3. เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาข้อเข่า
4. มีโรคประจำตัวที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง

โรคหอบหืด

เกณฑ์การคัดออก

1. ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมเกิน 4 ครั้ง
2. มีปัญหาทางด้านข้อเข่าหรือกระดูกที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้
3. มีการบาดเจ็บกล้ามเนื้อหรือกระดูกจนไม่สามารถออกกำลังกายต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการออกกำลังกายวิ่งจ็อกกิ้ง 6 สัปดาห์ ฝึกวันเว้นวัน ๆ ละ 30 นาที เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง มีรายละเอียดดังนี้

- 1) ช่วงอบอุ่นร่างกาย 5 นาที
- 2) ช่วงออกกำลังกายวิ่งจ็อกกิ้งต่อเนื่อง มีระดับความหนักน้อยมากถึงหนัก โดยมีความรู้สึกระดับเหนื่อยเล็กน้อยถึงเหนื่อยมากขึ้นหรือเท่ากับร้อยละ 60-80 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (ACSM, 2000) เป็นตัวประเมินความหนักสำหรับโปรแกรมการออกกำลังกาย โดยสัปดาห์ที่ 1 - 2 วิ่ง 10 - 15 นาที สัปดาห์ที่ 3 - 4 วิ่ง 15 - 20 นาที และสัปดาห์ที่ 5 - 6 วิ่ง 20 - 25 นาที
- 3) ช่วงคลายอุ่น 5 นาที

2. โปรแกรมการออกกำลังกายการเดินแอโรบิก 6 สัปดาห์ ฝึกวันเว้นวัน ๆ ละ 30 นาที เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง มีรายละเอียดดังนี้

- 1) ช่วงอบอุ่นร่างกาย 5 นาที
- 2) ช่วงออกกำลังกาย วิ่งจ็อกกิ้งต่อเนื่อง มีระดับความหนักน้อยมากถึงหนัก โดยมีความรู้สึกระดับเหนื่อยเล็กน้อยถึงเหนื่อยมากขึ้นหรือเท่ากับร้อยละ 60-80 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (ACSM, 2000) เป็นตัวประเมินความหนักสำหรับโปรแกรมการออกกำลังกาย โดยสัปดาห์ที่ 1 - 2 วิ่ง 10 - 15 นาที สัปดาห์ที่ 3 - 4 วิ่ง 15 - 20 นาที และสัปดาห์ที่ 5 - 6 วิ่ง 20 - 25 นาที

3. แบบทดสอบ (แบบทดสอบเกณฑ์มาตรฐานและสมรรถภาพทางกายของ เด็ก เยาวชน และประชาชนไทย กรมพลศึกษา พ.ศ.2562)

- 1) แบบทดสอบชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง (ประเมินดัชนีมวลกาย)
- 2) แบบทดสอบยืนยกเข่าขึ้นลง 3 นาที (ความอดทนของระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด)
- 3) แบบทดสอบยืนนั่งบนเก้าอี้ 60 วินาที (ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขา)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการนำโปรแกรมการออกกำลังกายวิ่งจ็อกกิ้งและการออกกำลังกายการเดินแอโรบิก เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความสอดคล้องของแบบฝึกและความเหมาะสมของโปรแกรมผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ผลการพิจารณาโปรแกรมมีค่าความสอดคล้องเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับทางวิทยาลัยนครราชสีมาประชาสัมพันธ์และขอความร่วมมือ เพื่อนำโปรแกรมออกกำลังกายไปใช้กับนักศึกษา
2. รับสมัครนักศึกษาที่สนใจและสมัครเข้าร่วมโครงการ
3. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และจับสลากเข้ากลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2
4. ประชุมชี้แจงโครงการ ทดสอบดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ (Pre - test) ก่อนเข้าร่วมโครงการ สอนและอธิบายวิธีการใช้ Borg's scale การประเมินการรับรู้ความเหนื่อยขณะออกกำลังกาย
5. ดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ฝึกตามการวิ่งจ็อกกิ้งและการเดินแอโรบิกเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที โดยฝึกวันเว้นวัน ภายหลังจากออกกำลังกายทุกสัปดาห์ สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายกลุ่มตัวอย่างและสัมภาษณ์ความรู้สึกทั่วไป เพื่อตรวจสอบความปลอดภัยในการเข้าโครงการวิจัยเช่น ความหนักของโปรแกรม ความสนุกสนานในการออกกำลังกาย เป็นต้น
6. ทดสอบดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ (Post - test) ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 6
7. รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการดำเนินโครงการเสนอ
8. นำผลที่ได้มาสรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการทดลอง 6 สัปดาห์
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของ ดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ T - Test Dependent
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ ดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ ระหว่างกลุ่มทดลอง ที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ด้วยสถิติ T - Test Independent

ผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจหลอดเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ ในช่วงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ 1 ออกกำลังกายด้วยการวิ่งจ็อกกิ้ง

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองที่ 1

ตัวแปร	กลุ่มทดลองที่ 1				P Value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	
ดัชนีมวลกาย(BMI)	24.95	2.94	23.10	2.15	.000
ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด(ครั้ง)	146.20	25.52	177.30	24.70	.000
ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ(ครั้ง)	40.65	5.12	60.30	5.50	.000

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการฝึกและหลังการฝึก ของกลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ ในช่วงก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ 2 ออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองที่ 2

ตัวแปร	กลุ่มทดลองที่ 2				P Value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		
	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	
ดัชนีมวลกาย(BMI)	25.05	2.81	23.20	2.30	.000
ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด(ครั้ง)	147.35	25.00	171.25	28.40	.000
ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ(ครั้ง)	40.95	5.00	62.10	6.60	.001

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการฝึกและหลังการฝึก ของกลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2

ตัวแปร	กลุ่มทดลองที่ 1		กลุ่มทดลองที่ 2		P Value
	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	
ดัชนีมวลกาย (BMI)	23.10	2.15	23.20	2.28	.887
ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด (ครั้ง)	177.30	24.70	171.25	28.40	.477
ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ (ครั้ง)	60.30	5.50	62.10	5.60	.354

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 6 ของกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขา ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองที่ 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่พบผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เนื่องจาก กลุ่มทดลองที่ 1 มีการออกกำลังกายด้วยการวิ่งจ็อกกิ้ง ซึ่งเป็นรูปแบบการออกกำลังกายแบบแอโรบิก และเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่มีลักษณะการเคลื่อนไหวที่ง่ายและมีความหนักที่ความเหมาะสม เป็นกิจกรรมเหมาะสมสำหรับบุคคลที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ และสามารถช่วยให้น้ำหนักตัวลดลงได้ ไม่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ซึ่งสอดคล้องกับรุ่งชัย ชวนไชยยะกุล (2560) ที่กล่าวว่า การวิ่งเหยาะสามารถเผาผลาญไขมันสูงการวิ่งเร็ว การวิ่งเหยาะสามารถเผาผลาญไขมัน (ร้อยละ 70-85) ความหนักและแหล่งกำเนิดพลังงานมีความสัมพันธ์ในการออกกำลังกายเพื่อเผาผลาญพลังงานโดยความหนัก 60-70% ของอัตราการเต้นของชีพจรสูงสุด การใช้พลังงานพบว่าไขมันจะถูกนำมาใช้มากเมื่อเราวิ่งต่อเนื่องเป็นเวลานาน 30 นาทีขึ้นไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ มัณฑิตกาล ก้านชมพู (2562) ที่ได้ศึกษาผลการฝึกวิ่งเหยาะและการเดินแอโรบิกที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิต ของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงเรียนราชินีบน ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมเดินแอโรบิกและโปรแกรมวิ่งเหยาะสามารถลดค่าดัชนีมวลกาย และพัฒนาความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิตของนักเรียนได้ดีตามลำดับ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปกัสร่า สระประทุม (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกแบบสถานี และโปรแกรมฝึกวิ่งเหยาะที่มีผลต่อดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายของนักเรียนมัธยมศึกษา พบว่า จากการทดสอบกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ก่อนฝึกและหลังฝึกสัปดาห์ที่ 4, 6 และ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด ความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขา ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่พบผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองที่ 2 มีการออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิกเป็นรูปแบบการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ซึ่งเป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่นำเอาท่าทางการเคลื่อนไหวมาผสมผสานประกอบกับเสียงเพลงทำให้เกิดความสนุกสนาน และมีความเหมาะสมกับการช่วยลดความเครียด ลดน้ำหนัก ช่วยพัฒนาสมรรถภาพทางกายด้านความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือดความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ ซึ่งถ้ามีสมรรถภาพทางกายที่ดีจะส่งผลต่อการทำกิจกรรมทางการออกกำลังกายและการใช้ชีวิตประจำวันดีขึ้น และยังจะส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือมีน้ำหนักตัวที่ลดลง (ปัทมิตา วงศ์แสงเทียน และคณะ, 2566) สอดคล้องกับงานวิจัยของ จารุวรรณ ภูสาลี และ สุนิดา ปรีชาวงษ์ (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการเดินแอโรบิกแบบมวยไทยต่อความดันโลหิตและดัชนีมวลกายของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการเดินแอโรบิกแบบมวยไทยของผู้ที่มีความดันโลหิตเกือบสูง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ความดันซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูงกลุ่มทดลองยังต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

3. การเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ความอดทนของระบบหัวใจไหลเวียนเลือด และความแข็งแรงอดทนของกล้ามเนื้อขา หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 พบว่าไม่แตกต่างกัน ที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากกิจกรรมการเดินแอโรบิก และการวิ่งจ็อกกิ้งทั้ง 2 กิจกรรมเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีความหนักที่ไม่แตกต่างกัน มีลักษณะของการฝึกปฏิบัติที่ต่อเนื่องเหมือนกัน คือออกกำลังกาย 3 วันต่อสัปดาห์ วันละ 20 - 60 นาที โดยออกแบบโปรแกรมภายใต้กรอบแนวคิดการออกกำลังกายตามหลัก FITT ได้แก่ ความถี่ ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีความหนักในการออกกำลังกายระดับปานกลาง ระยะเวลา เวลา 30-60 นาที ประเภทของการออกกำลังกายเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง (ACSM, 2021) ซึ่งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำจะทำให้ระบบอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้รับการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานดีขึ้น เช่น ระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนโลหิตระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบการย่อยอาหารและการขับถ่ายล้วนส่งผลให้มีสมรรถภาพทางกายที่ดี และทำให้ความสามารถในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล บุคคลที่มีสมรรถภาพทางกายดีนั้นจะสามารถประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างกระฉับกระเฉง โดยไม่เหนื่อยล้าจนเกินไป (อสมมาพัฒน์ บุญเกิด และ พิระ ศรีประพันธ์, 2566) และยิ่งจะช่วยในการลดน้ำหนักตัวหรือควบคุมน้ำหนักตัวให้มีค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพล เพ็ชรบัว และ นิติพันธ์ บุตรฉุย (2565) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินที่มีต่อเปอร์เซ็นต์ไขมัน มวลไขมันของแขน ขา และลำตัวของร่างกายในผู้หญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผลการวิจัย พบว่า 1) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเปอร์เซ็นต์ไขมัน มวลไขมันของแขน ขา และลำตัวของร่างกาย ก่อนและหลังการฝึกด้วยโปรแกรมออกกำลังกายตามหลักความก้าวหน้าด้วยการเดินของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่ามวลไขมันแขนไม่แตกต่างกัน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเปอร์เซ็นต์ไขมัน มวลไขมันของแขน ขา และลำตัวของร่างกาย ระหว่างกลุ่มที่ฝึกโปรแกรมออกกำลังกายตามหลักความก้าวหน้าด้วยการเดิน และกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก พบว่า ค่ามวลไขมันแขนไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ในการวิจัยครั้งนี้มีท่าการออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก ที่มีการกระโดดมีแรงกระแทกสูงที่ต้องควรระวังในการฝึก เนื่องจากกลุ่มทดลองเป็นผู้ที่มีภาวะน้ำหนัก การนำโปรแกรมการออกกำลังกายไปใช้ ควรระมัดระวังในการฝึก เพื่อป้องกันการบาดเจ็บขณะออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะการวิจัยในการนำไปใช้ครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการวิ่งจ็อกกิ้งและการเดินแอโรบิก กับบุคคลทั่วไป เช่น บุคลากรในวิทยาลัยนครราชสีมา นักเรียนชั้นประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษา

2. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาตัวแปรเพิ่มเติม เช่น เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ความอ่อนตัว การทรงตัว

บรรณานุกรม

- จารุวรรณ ภู่อาลี และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการเดินแอโรบิกแบบมวยไทยต่อความดันโลหิตและดัชนีมวลกายของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 218-225.
- ปัทมดารา วงศ์แสงเทียน, ภัททิยา โพธิภูมิ และอาภรณ์ พรหมสวัสดิ์. (2566). ผลของการเดินแอโรบิกผสมผสานกับการใช้ผ้าขาวม้าที่มีต่อความอ่อนตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาของผู้สูงอายุในจังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและนวัตกรรมการสุขภาพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย*, 2(3), 50-63.
- ปัทมรา สระประทุม, ไพญดา สังข์ทอง และดิศรินทร์ แก้วคล้าย. (2565). ผลของโปรแกรมฝึกแบบสถานี และโปรแกรมฝึกวิ่งเหยาะๆที่มีผลต่อดัชนีมวลกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายของนักเรียนมัธยมศึกษา. *วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ*, 48(2), 206-218.
- ฉัตรตระกูล ปานุทัย, พวงแก้ว วิวัฒน์เจษฎาภูมิ, อธิวัฒน์ ดอกไม้ขาว, พัชรี ทองคำพานิช, จุไรรัตน์ อุดมวิโรจน์สิน, สุรเชษฐ ขวัญไฉน, อรทัย แยมโอษฐ์, ธรรมรัฐ อากาศวิภาต และทัตพิชา พงษ์ศิริ. (2563). ผลการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก จักรยาน และลู่วิ่งไฟฟ้าที่มีต่อองค์ประกอบของร่างกายในกลุ่มบุคคลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี*, 9(1), 98-109.
- ภณิดา หยิ่งถึง. (2565). ผลของการออกกำลังกายแบบใช้น้ำหนักร่างกายกับแบบแอโรบิกที่มีต่อค่าดัชนีมวลกาย ค่าไขมันที่เกาะอยู่ตามอวัยวะภายในบริเวณช่องท้องและค่าเปอร์เซ็นต์ไขมันของผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยแห่งชาติ*, 14(3), 57-70.
- ภาพพิมพ์ พรหมวงศ, ชาญชัย ชันติศิริ และสมบัติ อ่อนศิริ. (2560). ผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อลดเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายของนักเรียนหญิง อายุ 13 ปีโรงเรียนคำเตยอุปถัมภ์ จังหวัดนครพนม. *วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์*, 32(1), 108-116.
- มลฤดี แสนจันทร์ และนิสากร วิบูลชัย. (2565). ประสบการณ์การจัดการตนเองของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วน. *วารสารมหาจุฬานาครทรรค์*, 9(5), 585-602.
- มณฑิกาล ก้านขมภู และสาธิติน ประจันบาน. (2562). ผลการฝึกวิ่งเหยาะและการเดินแอโรบิกที่มีต่อค่าดัชนีมวลกายและความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิต ของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงเรียนราชินีบน (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ). <http://ir-ithesis.swu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/564/1/gs601130255.pdf>
- ไมยรา เศรษฐมาต และชิตชนก ซาติกระโทก. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนของนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 6(3), 159-169.
- รุ่งชัย ชวนไชยะกุล. (7 เมษายน 2560). วิ่งแบบไหนเผาผลาญไขมันได้เยอะสุด. *มูลนิธิสถาบันการเดินและการจักรยานไทย*. <http://www.ibikeiwalk.org>
- วณิชชา ฉัตรกุล ณ อยุธยา และถนอมวงศ์ กฤษณ์เพ็ชร์. (2559). ผลของการฝึกเดินแอโรบิกแบบแรงกระแทกต่ำร่วมกับพิตบอลต่อสุขสมรรถนะในหญิงวัยทำงาน. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ*, 17(1), 87-99.

- วัลลภา ดิษสระ และพิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ. (2563). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเฉพาะที่ต่อภาวะสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน. *วารสารมหจุฬานาครทรรคน์*, 7(6), 207-216.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. (2 กุมภาพันธ์ 2560). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)*. https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422.
- สำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา กรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (2562). *แบบทดสอบและเกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกาย ของประชาชน อายุ 19 - 59 ปี*. <https://www.dpe.go.th/manual-files-411291791796>
- สุพล เพ็ชรบัว และนิติพันธ์ บุตรฉุย. (2565). ผลของการออกกำลังกายด้วยการเดินที่มีต่อเปอร์เซ็นต์ไขมัน มวลไขมันของแขน ขา และลำตัวของร่างกายในผู้หญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารราชภัฏเพชรบูรณ์สาร*, 24(1), 35-44.
- อังคณา แต่งไทย. (2563) ผลของการออกกำลังกายทำชุดมวยไทยด้วยการชกลม กระสอบทราย และเป่าล่อที่มีผลต่อการตอบสนองของระบบหัวใจและหายใจในเพศหญิง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*, 9(1), 42-55.
- อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, วารุณี เกตุอินทร์, วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก, สุกัตรา นุตรักษา และวรรณไพโร แยมมา. (2566). ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของนักเรียนระดับประถมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินในจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 17(1), 39-51.
- อสมพัฒน์ บุญเกิด และพีระ ศรีประพันธ์. (2566). การศึกษาสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนา*, 49(1), 13-24.
- American College of Sport Medicine. (2000). *ACSM's guidelines for exercise testing and prscription. 7th ed. Pennsylvania: Lippincott Williams and Wilkin, 2006. General principles of exercise prescription in ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. Philadephia: Lippincott Williams &Wilins.*
- American College of Sports Medicine. (2021). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 11th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.*

ผลของโปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I
สำหรับเด็ก 0-5 ปีที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

อรทัย วงศ์พิกุล^{1*}

รับบทความ: 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566/ แก้ไขบทความ: 30 ธันวาคม พ.ศ. 2566/ ตอรับบทความ: 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I สำหรับเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างในการทดลอง คือ ผู้ปกครอง จำนวน 30 คน และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า จำนวน 30 คน โดยได้รับโปรแกรม จากการสุ่มแบบเจาะจง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ปกครองที่เข้ารับอบรมและนำความรู้ และทักษะไปการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า และแบบประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ One way ANOVA with repeated measures

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I 1) ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะการพัฒนาและประเมินพัฒนาการก่อนการอบรม ค่าเฉลี่ย 63.4 และ 53.3 (SD=±48.8 และ ±50.7) หลังการอบรม 96.6 และ 86.6 (SD=±18.2 และ ±34.5) และ 2) เด็กที่มีอายุระหว่าง 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า ที่มารับบริการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา มีพัฒนาการ ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ดีขึ้นจากการวัดซ้ำแต่ละครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุปและข้อเสนอแนะ โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I สามารถส่งเสริมและช่วยให้เด็กอายุระหว่าง 0-5 ปี มีพัฒนาการที่ดีขึ้น ดังนั้น สามารถนำโปรแกรมฯ ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการกระตุ้นพัฒนาการตามบริบทของโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: แรงสนับสนุนทางสังคม, TEDA4I, ผู้ปกครอง, เด็กพัฒนาการล่าช้า

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

* ผู้รับผิดชอบบทความ: E-mail: owongphikun@gmail.com

Results of program for applying social support of parent with TEDA4I for children with developmental delays Health Center 9, Nakhon Ratchasima

Orathai Wongphikun^{1*}

Received: 1 December 2023/ Revised: 30 December 2023/ Accepted: 31 December 2023

Abstract

This quasi-experimental study aimed to study the results of program for applying social support of parent with TEDA4I for children with developmental delays in Health Center 9, Nakhon Ratchasima. The samples were experimental group, consisted of 30 parent and 30 children with developmental delay. They received program by purposive sampling for 12 week. Research tools include a social support application program for parents who attend training and apply knowledge and skills to caring for children with developmental delays. Assessments to help early childhood children with developmental problems, including: Movement aspect In the use of small muscles and intelligence language, understanding language, use and help oneself and society. Statistics used for data analysis include: percentage, mean, standard deviation and One way ANOVA with repeated measures.

The results of the research found that after parents who received the parental social support program together with TEDA4I 1) parents had knowledge and skills in developing and evaluating development before the training, mean 63.4 and 53.3 (SD=±48.8 and ±50.7) after training, mean 96.6 and 86.6 (SD=±18.2 and ±34.5). 2) children between the ages of 0-5 years who have developmental delays. Those who come to receive services at Health Center 9, Nakhon Ratchasima, have developed in terms of movement. In the use of small muscles and intelligence language, understanding language, use and help oneself and society Improves with each repeated measurement. Statistically significant at 0.01 level.

Summary and recommendations: The parental social support program together with TEDA4I can promote and help children between the ages of 0-5 years have better development. Therefore, the said program can be applied as a guideline for stimulating development in the hospital context.

Keywords: social support, TEDA4I, parent, children developmental delay

¹ Expert Nurse Health Promoting Hospital Health Center 9, Nakhon Ratchasima

* Corresponding author: E-mail: owongphikun@gmail.com

บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของชาติโดยเฉพาะช่วงแรกเกิดถึง 5 ปี องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญของการพัฒนาการว่าเป็นการพัฒนาด้านความรู้ความเข้าใจ ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านภาษา ด้านการเคลื่อนไหว และด้านสังคมและอารมณ์ในเด็ก 0-8 ปี (WHO, 2020) ทั้งนี้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งที่รัฐบาลไทยให้ความสำคัญมาโดยตลอด เนื่องจากช่วงเวลานี้เป็นการสร้างรากฐานของชีวิตของเด็กที่เติบโตเป็นกำลังสำคัญในทางเศรษฐศาสตร์ถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด (อรพรรณ บัวอิน, 2560) ยิ่งเริ่มเร็วยิ่งเป็นผลดีเนื่องจากในช่วงปฐมวัยเป็นช่วงที่สมองเติบโตและพัฒนาเร็วที่สุดกว่าช่วงวัยอื่นเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยจะมีความพร้อมต่อการเรียนรู้และปรับตัวสู่โลกกว้าง เมื่อเข้าโรงเรียนจะสามารถเรียนหนังสือได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวโน้มที่จะรู้จักคิดวิเคราะห์ ความจำดี จัดการกับอารมณ์และเข้าสังคมกับผู้อื่นได้ดี เปรียบเสมือนการสร้างฐานที่มั่นคง สามารถรองรับชีวิตในอนาคตต่อไปได้ (สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560) สิ่งเหล่านี้เกิดจากการเลี้ยงดูและได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยอย่างถูกต้องและเหมาะสมจากผู้ปกครอง (UNESCO, 2019) องค์การยูนิเซฟประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยของประเทศทั่วโลกมีตั้งแต่ร้อยละ 33 – 97 พบว่า ร้อยละ 97.7 ของเด็กมีพัฒนาการด้านกายภาพเป็นไปตามเกณฑ์ รองลงมา คือด้านการเรียนรู้ ร้อยละ 97.6 ส่วนด้านการอ่านออกเขียนได้และการรู้จักตัวเลขและ ด้านสังคมและอารมณ์มีสัดส่วนค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 69.3 และ 79.4 ตามลำดับ (อดิสรส์ดุา เพ็ญฟู และวีระศักดิ์ ชลไชยะ, 2561) พัฒนาการในเด็กปฐมวัยเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงวุฒิภาวะและระบบต่างๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพและความสามารถของเด็กให้มีประสิทธิภาพที่สูงขึ้นอย่างเป็นลำดับขั้น (สถาบันราชานุกูล, 2562) เด็กเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าและเป็นอนาคตที่สำคัญของชาติ ในหลายประเทศล้วนมุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งจะต้องเริ่มต้นจากเด็ก โดยเฉพาะในช่วงแรกเกิดถึง 5 ปี เป็นช่วงที่เริ่มมีการพัฒนาในด้านต่างๆ อย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้าน ร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ และสังคม เด็กในวัยนี้ถ้าได้รับการเลี้ยงดูที่เหมาะสม มีการตอบสนอง ความต้องการขั้นพื้นฐาน และมีการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีในแต่ละด้าน ก็จะทำให้เด็กนั้นเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต (หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด, 2560) ดังนั้น กิจกรรมการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญและเป็นอีกหนึ่งภารกิจสำหรับบุคลากร ด้านสาธารณสุขให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องขับเคลื่อนและมุ่งเน้นให้เด็กไทยทุกคนได้รับการคัดกรองเฝ้าระวัง ให้ได้รับการช่วยเหลือ และส่งเสริมพัฒนาการโดยเร็ว เมื่อมีการคัดกรองพบเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในขณะที่เด็กอายุน้อย ซึ่งเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า คือ เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติทั่วไป และผลจากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2562 พบว่า เด็กในช่วงแรกเกิดถึง 5 ปี ร้อยละ 30 มีพัฒนาการล่าช้าในทุกๆ ด้านหรือพัฒนาการช้าบางด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม นอกจากนี้อาจพบปัญหา ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ร่วมด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาด้านการศึกษาที่ทำให้เด็กอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ และคิดไม่เป็น (กระทรวงสาธารณสุข, 2562; Jeong, Franchett, and Yousafzai, 2018)

แนวทางในการส่งเสริมเด็กปฐมวัยนั้น องค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟให้ความสำคัญกับผู้ดูแลเด็ก วิธีการส่งเสริมพัฒนาการ พัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลและการติดตามพัฒนาการโดยผู้ปกครอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ 1) ผู้ดูแลเด็ก โดยความผูกพันที่แน่นแฟ้นระหว่างบิดามารดา

และบุตรเป็นรากฐานที่ดีที่สุด⁵ องค์การอนามัยโลกได้เสนอวิธีการที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตร เพิ่มการเข้าถึงของผู้ดูแลในด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติหรือทักษะ ตามลำดับ¹ เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้และการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น สนับสนุนผู้ดูแลเด็กสร้างโอกาสในการเรียนรู้สำหรับเด็ก เพิ่มความสามารถของผู้ดูแลเด็กให้เข้าถึงข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมเลี้ยงดูเด็กให้มากขึ้น 2) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การอ่านหนังสือนิทานเพิ่มการเรียนรู้และเล่นที่เหมาะสมกับพัฒนาการ เป็นต้น 3) เพิ่มการเรียนรู้โดยผ่านการแลกเปลี่ยนระหว่างเครือข่ายผู้ดูแลเด็ก เช่น การประชุมกลุ่มผู้ดูแลเพื่อแบ่งปันข้อมูลและหารือเกี่ยวกับปัญหา การดูแล การเยี่ยมบ้านเพื่อเพิ่มพูนความรู้ของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการ และทักษะการดูแลให้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก (Centers for Disease Control and Prevention, 2020) 4) เน้นติดตามพัฒนาการและการคัดกรองโดยการติดตามการดูแลของบิดามารดา ปู่ ย่า ตายาย หรือพี่เลี้ยงเด็ก เกี่ยวกับพัฒนาการสำคัญเพื่อสังเกตความผิดปกติ หรือสงสัยล่าช้าและส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่ผ่านการอบรม นอกจากนี้สถาบันกุมารเวชศาสตร์แห่งอเมริกา (American Academy of Pediatrics : AAP) ได้แนะนำการตรวจคัดกรองพัฒนาการสำหรับเด็กในช่วงวัยปกติในเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 9, 18 และ 30 เดือน (House, 1981)

คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) เพื่อเป็นคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครองและบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาเครื่องมือกระตุ้นพัฒนาการเด็กคือคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) คู่มือช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ ในปัจจุบันเน้นการให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ โดยเร็วที่สุดโดยมีพ่อแม่ผู้ปกครองเด็ก เป็นคนสำคัญในการช่วยกระตุ้นพัฒนาการ เพราะสมองของเด็กปฐมวัยมีความยืดหยุ่น ปรับตัวได้อย่างรวดเร็ว หากเด็กต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงไม่ว่าจะเป็นปัจจัยระหว่างตั้งครรภ์ กระบวนการคลอด การเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะคลอด สภาพแวดล้อมหลังคลอดและสุขภาพของเด็กส่งผลต่อพัฒนาการ รวมทั้งการที่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบิดา มารดา อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แออัด ยากจน ถูกทอดทิ้ง ปัจจัยด้านการศึกษา เชาว์ปัญญา และความสามารถของมารดาในการจัดสภาพการเรียนรู้ของเด็กทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้า การประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ จึงเป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อแก้ไขและกระตุ้นพัฒนาการ ให้เด็กมีพัฒนาการสูงสุดตามศักยภาพ ซึ่งการจัดการช่วยเหลือเร็วจะเป็นผลดีแก่เด็ก และครอบครัว ทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น สามารถป้องกันหรือลดความล่าช้าของพัฒนาการ (อรพรรณ บัวอิน, 2560) นอกจากนี้การประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ มีความสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้เด็กมีทักษะหรือความสามารถในด้านต่าง ๆ ดีขึ้นเป็นไปตามช่วงวัย มีความพร้อมและมีความสามารถในการเรียนรู้ที่ดี มีค่าคะแนนเชาวน์ปัญญาเพิ่มขึ้น มีโอกาสสำเร็จการศึกษามากกว่าเด็กที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ สามารถปรับตัวและช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเติบโตขึ้น ส่วนพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กจะไม่เครียด มีครอบครัวที่เข้มแข็ง นอกจากนี้ ประเทศชาติเองก็จะสามารถลดค่าใช้จ่ายในการจัดการศึกษาพิเศษ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการด้านสุขภาพอื่น ๆ ให้แก่เด็กกลุ่มนี้ด้วย (สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560)

แรงสนับสนุนทางสังคม หรือ Social Support (House, 1981) เป็นแนวคิดที่ชัดเจนและสะดวกต่อการวัด ระบบการสนับสนุนจะดำเนินไปได้ต้องประกอบด้วย การสนับสนุนด้านต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) รวมถึงการให้ความรู้ คำแนะนำ การชี้แนะหรือให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) รวมถึงการสร้างสัมพันธ์ภาพ การเปิดโอกาสให้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็ก การบอกเล่าถึงปัญหาหรืออุปสรรคและการเสริมแรงโดยการให้คำชมเชย กำลังใจ และปรับทัศนคติให้เห็นถึงความจำเป็น การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) รวมถึงการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรค และการสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal Support) รวมถึงการประเมินความสามารถและสมรรถภาพในการป้องกันโรคและอภิปรายร่วมกัน การเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยและให้คำแนะนำเพิ่มเติม เนตรนภา พรหมมา และพรพนา สมจิตร (2556) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเล่านิทานของครอบครัวคนสามวัยต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดพะเยา 70 ครอบครัว เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย พบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พบว่าการเล่านิทานของครอบครัวคนสามวัยมีผลกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย จึงเสนอแนะให้ผู้ปกครองเล่านิทานให้กับเด็กปฐมวัยเป็นประจำทุกวัน วัฒนาพร คำกัน (2566) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรม TEDA4I ในเด็ก 0-5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าในโรงพยาบาลลำพูน จำนวน 92 คน พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า หลังการได้รับกระตุ้นพัฒนาการด้วยโปรแกรม TEDA4I ในภาพรวมมีพัฒนาการที่ดีขึ้นทุกด้านอย่างสมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มาลี เอื้ออำนวย และคณะ (2564) ผลการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของบิดามารดาและผู้ดูแล อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 44 คน พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมคำแนะนำความรู้ และคำแนะนำพฤติกรรมการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่านำโปรแกรมไปใช้ในการติดตามประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้ดีขึ้นได้ จากตรวจพัฒนาการเด็กคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565 พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 77.59, 78.26 และ 82.20 พบว่ามีเด็กพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 22.41, 21.76 และ 17.8 ให้คำแนะนำและนัดมาประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน 1 เดือน พบว่ายังมีเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าอยู่ (ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา, 2566) จากการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของเด็กที่มีพัฒนาการช้าโดยสอบถามผู้ปกครอง พบว่าเกิดจากการเลี้ยงดู การดูแลเอาใจใส่ โดยมีการใช้สื่อหน้าจอเลี้ยงดูเด็ก ก่อนอายุ 2 ปี ซึ่งอายุน้อยที่สุดที่เริ่มใช้สื่อหน้าจอ คือ อายุ 2 เดือน แม่เปิดทีวีให้ลูกดูตลอดเวลา เพราะคิดว่าจะทำให้ลูกนิ่ง เลี้ยงง่าย ไม่กวน มีเวลาทำงานบ้าน นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้เลี้ยงดูขาดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาด้านพัฒนาการเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการจัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อแก้ไขและกระตุ้นพัฒนาการให้เด็กมีพัฒนาการสูงสุดตามศักยภาพ เริ่มได้ตั้งแต่วัยทารกต่อเนื่องไปได้ทุกช่วงวัยโดยอาศัยความรู้และความเข้าใจในพัฒนาการเด็กปกติ ซึ่งการจัดการช่วยเหลือเร็วจะเป็นผลดีแก่เด็กและครอบครัว ทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น พบว่า ผู้ปกครองเด็กยังมีความรู้ความเข้าใจและทักษะการส่งเสริมพัฒนาเด็กยังไม่ถูกต้อง ดังนั้น จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง การสนับสนุนผู้ปกครองที่ขาด

ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแล ปัญหาการใช้เทคโนโลยีเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งส่งผลให้เด็ก ขาดจินตนาการ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I สำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า เพื่อให้ผู้ปกครองมีความรู้และมีทักษะในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กและเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม รวดเร็ว และมีพัฒนาการที่สมวัยต่อไป

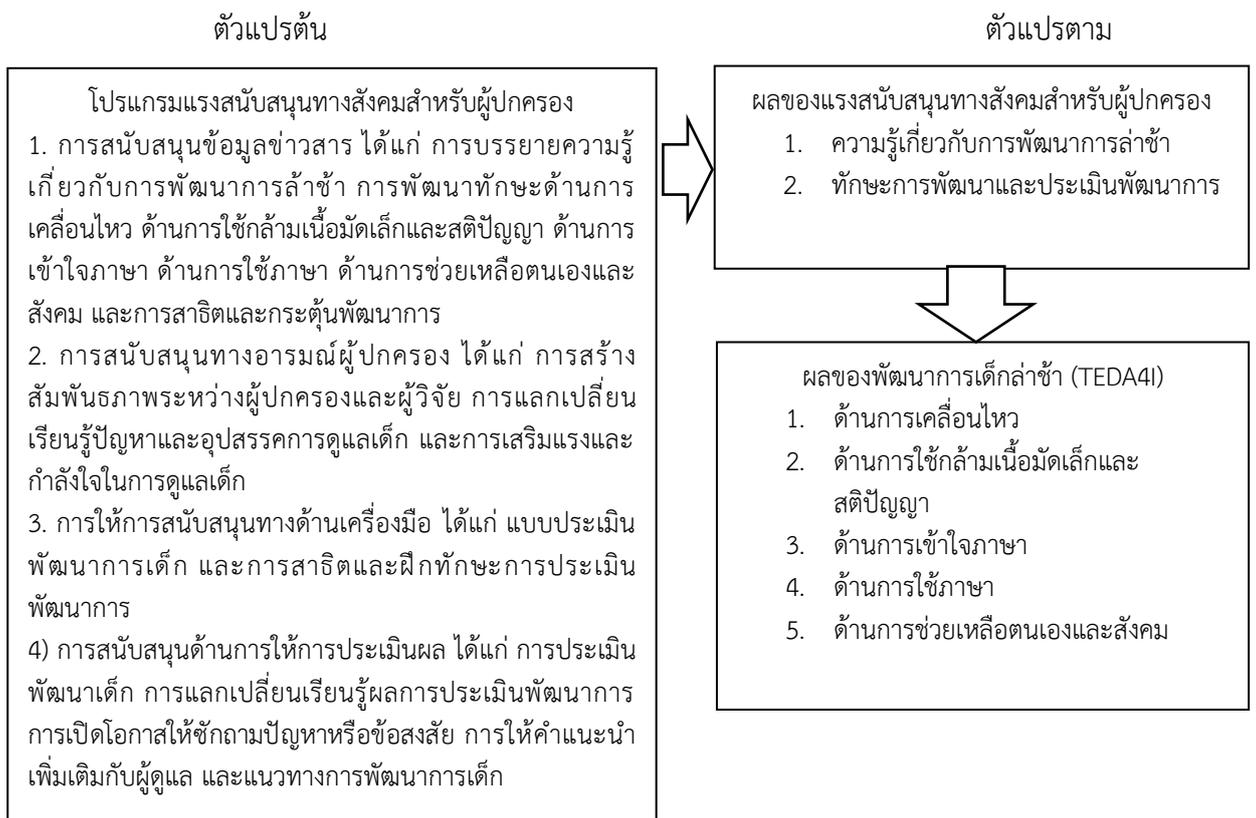
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I สำหรับผู้ดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา จากการวัดซ้ำ ครั้งที่ 1 - 6

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยออกแบบการวัดเป็นการวัดซ้ำ ได้แก่ การวัดก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ หลังดำเนินการ และติดตามผลจำนวน 6 ครั้งระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิด

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ปกครองและเด็กที่มีอายุระหว่าง 0-5 ปี ที่ผ่านการได้รับการตรวจคัดกรองจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และพบมีพัฒนาการล่าช้า ที่เข้ารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

โดยผู้ปกครองได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่วนบุตรได้รับการตรวจพัฒนาการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและเด็กที่มีอายุระหว่าง 0-5 ปี ที่ผ่านการได้รับการตรวจคัดกรองจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และพบมีพัฒนาการล่าช้า ที่เข้ารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา โดยผู้ปกครองได้รับโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่วนบุตรได้รับการตรวจพัฒนาการแต่ละครั้ง โดยใช้แนวทางการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน กรณีการวิจัยเชิงทดลองที่มีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (effect size =0.8) กำหนดความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้แก่ ผู้ปกครอง จำนวน 17 คน (Cohen, 1969) ในการนี้ผู้วิจัยปรับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครอง จำนวน 30 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกขณะดำเนินการวิจัย มีการเลือกสุ่มแบบเจาะจง (ธณกร ปัญญาโสโสภณ, 2564) ร่วมกับการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยของผู้ปกครอง

แผนการทดลอง

ระยะเวลา	กิจกรรม	การประเมินผล
สัปดาห์ที่ 1-2	<ol style="list-style-type: none"> การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร <ol style="list-style-type: none"> การบรรยายให้ความรู้คำแนะนำในการส่งเสริมพัฒนาการให้สอดคล้องกับปัญหาเด็กแต่ละคนโดยยึดคำแนะนำในคู่มือ TEDA4I สอนและฝึกทักษะการกระตุ้นโดยสาธิตวิธีการฝึกเป็นตัวอย่าง สนับสนุนอารมณ์ผู้ปกครอง <ol style="list-style-type: none"> สร้างความตระหนักให้ผู้ปกครองที่ร่วมกันดูแลเด็ก มีการส่งเสริมพัฒนาการตามปัญหาที่พบอย่างจริงจัง มีการปฏิบัติตามคำแนะนำ สร้างความเชื่อมั่นกับผู้ปกครองเพราะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญยิ่งในการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องที่บ้าน สื่อสารกับผู้ปกครอง เป็นกันเอง ผ่อนคลาย เสริมพลังและให้กำลังใจในการดูแลเด็ก สนับสนุนทางด้านเครื่องมือ <ol style="list-style-type: none"> แนะนำวิธีการใช้เครื่องมือกระตุ้นพัฒนาการและอุปกรณ์ที่มีอยู่ที่บ้านกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จัดทำแบบประเมิน/กระตุ้นพัฒนาการเด็กที่ล่าช้าในแต่ละรายแก่ผู้ปกครองเพื่อกระตุ้นพัฒนาการและนำไปฝึกบุตรที่บ้าน ระบบ Line /โทรศัพท์ เพื่อติดตามและให้กำลังใจในกระตุ้นพัฒนาการและการดูแลเด็กที่บ้าน การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล <ol style="list-style-type: none"> ติดตามผลการประเมินพัฒนาการและติดตามให้มาตามนัดทุกครั้ง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการประเมินพัฒนาการ การเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย 	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินพัฒนาเด็กครั้งที่ 1 (ก่อนการทดลอง) ประเมินความรู้และทักษะการพัฒนาและประเมินพัฒนาการของผู้ปกครอง (ก่อนการทดลอง) ประเมินความรู้และทักษะการพัฒนาและประเมินพัฒนาการของผู้ปกครอง (หลังการทดลอง)

สัปดาห์ที่ 3-4	1. การทบทวนการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนอารมณ์ ผู้ปกครอง สนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล 2. การกระตุ้นเตือน และติดตาม	ประเมินพัฒนาเด็ก ครั้งที่ 2 (ระหว่างการทดลอง)
สัปดาห์ที่ 5-6	1. การทบทวนการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนอารมณ์ ผู้ปกครอง สนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล 2. การกระตุ้นเตือน และติดตาม	ประเมินพัฒนาเด็ก ครั้งที่ 3 (ระหว่างการทดลอง)
สัปดาห์ที่ 7-8	1. การทบทวนการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนอารมณ์ ผู้ปกครอง สนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล 2. การกระตุ้นเตือน และติดตาม	ประเมินพัฒนาเด็ก ครั้งที่ 4 (หลังการทดลอง)
สัปดาห์ที่ 9-12	1. การกระตุ้นเตือน และติดตาม	ติดตามประเมินพัฒนาเด็ก ครั้งที่ 5-6 (หลังการทดลอง)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กอย่างน้อย 5 วัน 2 สัปดาห์ ที่มีอายุระหว่าง 0-5 ปี ที่ผ่านการได้รับการตรวจคัดกรองจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และพบมีพัฒนาการล่าช้า
2. ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่มีอายุระหว่าง 0-5 ปี ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่มีอายุระหว่าง 0-5 ปี ที่สามารถพูดคุย สื่อสาร และเขียนภาษาไทยได้รู้เรื่อง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่มีอายุระหว่าง 0-5 ปี ที่ผ่านการได้รับการตรวจคัดกรองจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และพบพัฒนาการของเด็กปกติ
2. ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่มีอายุระหว่าง 0-5 ปี น้อยกว่า 5 วัน/สัปดาห์
3. ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่มีอายุระหว่าง 0-5 ปี ที่เข้าร่วมการดำเนินการวิจัยตั้งแต่แรกแต่ขาดการติดต่อสื่อสารหรือย้ายที่อยู่ไปต่างอำเภอหรือต่างจังหวัดนานเกิน 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) สำหรับผู้ปกครอง สร้างขึ้นโดยพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรง จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

1.1 การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การบรรยายให้ความรู้คำแนะนำในการส่งเสริมพัฒนาการให้สอดคล้องกับปัญหาเด็กแต่ละคนโดยยึดคำแนะนำในคู่มือ TEDA4I เกี่ยวกับการพัฒนาการล่าช้า การพัฒนาทักษะด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม การบรรยายให้ความรู้คำแนะนำในการส่งเสริมพัฒนาการให้สอดคล้องกับปัญหาเด็กแต่ละคนโดยยึดคำแนะนำในคู่มือ TEDA4I สอนและฝึกทักษะการกระตุ้นโดยสาธิตวิธีการฝึกเป็นตัวอย่าง

1.2 การสนับสนุนทางอารมณ์ผู้ปกครอง ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ปกครองและผู้วิจัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคการดูแลเด็ก และการเสริมแรงและกำลังใจในการดูแลเด็ก

1.3 การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินพัฒนาการเด็ก และการสาธิตและฝึกทักษะการประเมินพัฒนาการ

1.4 การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล ได้แก่ การประเมินพัฒนาการเด็ก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการประเมินพัฒนาการ การเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย การให้คำแนะนำเพิ่มเติมกับผู้ดูแล และแนวทางการพัฒนาการเด็ก

2. แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาการล่าช้าและทักษะการพัฒนาและประเมินพัฒนาการของผู้ปกครอง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบถูก และ ผิด

3. เครื่องมือที่เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการมีค่าความเที่ยงตรง (Validity) โดยรวมเท่ากับ 0.84 และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยนำแนวทางของเฮลซิงกิ (Helsinki) เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การให้สิทธิความยินยอมในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลภาพรวม การสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย การอธิบายและชี้แจงประโยชน์ที่ได้รับอย่างเข้าใจก่อนตัดสินใจลงชื่อเข้าร่วมหรือปฏิเสธ ดังนี้

1. ขออนุมัติผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับการดำเนินการวิจัยพร้อมประสานขอการสนับสนุนบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ดำเนินการประเมินพัฒนาการเด็กครั้งที่ 1 ก่อนการทดลอง และอบรมผู้ปกครองที่ดูแลเด็กเกี่ยวกับโปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครอง ร่วมกับ TEDA4I สำหรับเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า

4. ดำเนินการทบทวน กระตุ้นเตือน ตามผลโปรแกรมฯ และประเมินพัฒนาการ ครั้งที่ 2-3 ระหว่างการทดลอง

5. ดำเนินการทบทวน กระตุ้นเตือน ตามผลโปรแกรมฯ และประเมินพัฒนาการ ครั้งที่ 4 หลังการทดลอง

6. ดำเนินการติดตามการประเมินผลพัฒนาการ ครั้งที่ 5 – 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ คัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ตรวจสอบให้คะแนนของแบบสอบถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พร้อมลงรหัสแต่ละฉบับ

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และน้ำหนักแรกเกิด มาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) และค่าร้อยละ (Percentage)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มก่อน-หลัง ใช้สถิติ Pair t-test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างพัฒนาการจากการวัดซ้ำแต่ละครั้ง ครั้งที่ 1-6 ใช้สถิติ One way ANOVA with repeated measures

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก 0-5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ผู้ปกครอง			เด็ก		
ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ			1. เพศ		
20-39 ปี	9	30.0	ชาย	20	66.7
40-59 ปี	15	50.0	หญิง	10	33.3
60 ปีขึ้นไป	6	20.0			
2. อาชีพ			2. อายุ (เดือน)		
รับจ้างทั่วไป	10	33.3	12 – 24 เดือน	7	23.3
พนักงานบริษัท	7	23.3	25 – 36 เดือน	13	43.3
ธุรกิจส่วนตัว	4	13.3	37 – 48 เดือน	6	20.0
แม่บ้าน	9	30.0	49 – 60 เดือน	4	13.3
3. ระดับการศึกษา			3. น้ำหนักแรกคลอด		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	9	30.0	≤ 2500 กรัม	2	6.7
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	10	33.3	≥ 2500 กรัม	28	93.3
อนุปริญญา	8	26.7			
ปริญญาตรี	3	10.0			

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 50 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.3 และมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 33.3 ส่วนเด็ก 0-5 ปี เพศชาย ร้อยละ 66.7 มีอายุ ระหว่าง 25-36 เดือน ร้อยละ 43.3 และมีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 2500 กรัม ร้อยละ 93.3

ตารางที่ 2 ร้อยละและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้และทักษะการพัฒนาและประเมินพัฒนาการ ของผู้ปกครอง

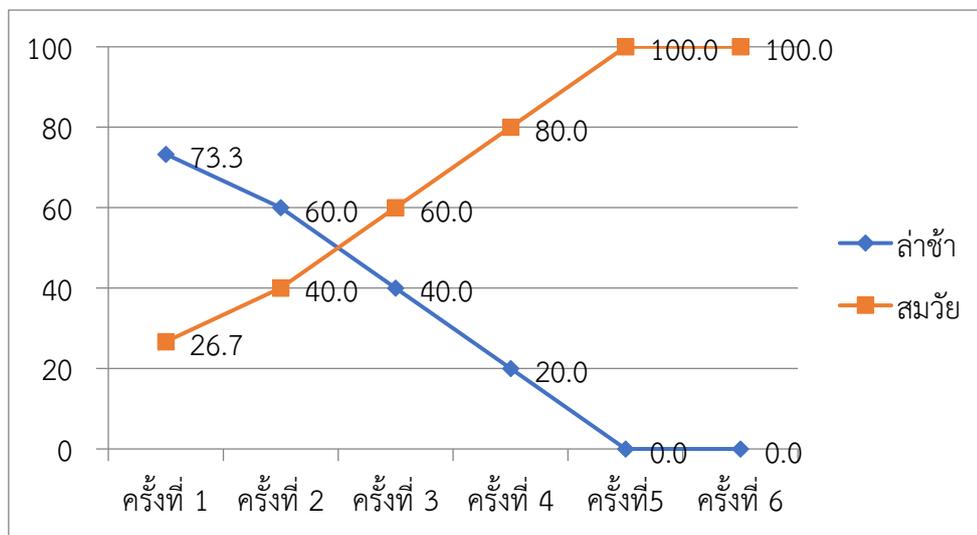
ตัวแปร	Mean(±SD)	t	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาล่าช้า			
ก่อนการให้ความรู้	63.4(±48.8)	14.87*	<0.01
หลังการให้ความรู้	96.6 (±18.2)		
2. ทักษะการพัฒนาและประเมินพัฒนาการ			
ก่อนการให้ความรู้	53.3 (±50.7)	13.48*	<0.01
หลังการให้ความรู้	86.6 (±34.5)		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะการพัฒนาและประเมินพัฒนาการก่อนการอบรม ค่าเฉลี่ย 63.4 และ 53.3 (SD=±48.8 และ ±50.7) หลังการอบรม 96.6 และ 86.6

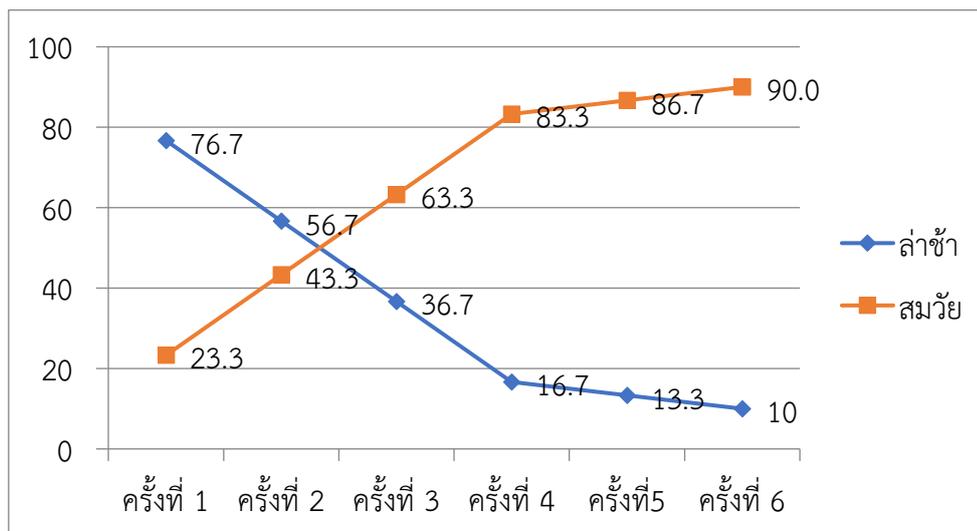
(SD=±18.2 และ ±34.5) เมื่อนำมาเปรียบเทียบภายในกลุ่มโดยใช้ paired t test พบว่า หลังดีกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <math><0.01</math>

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพัฒนาการล่าช้า จากการวัดแต่ละครั้ง (ครั้งที่ 1-6)

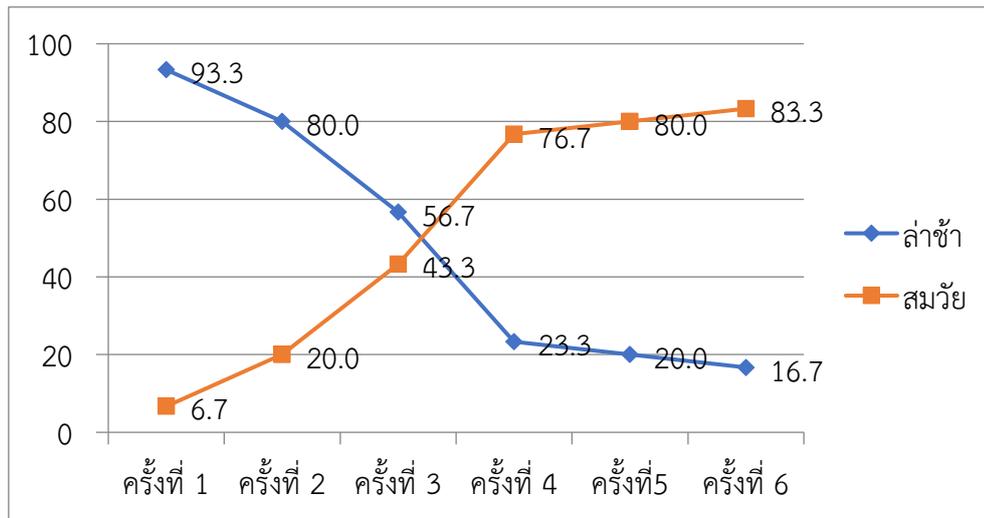
ภายหลังเด็ก 0-5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ที่ได้รับ โปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I มีพัฒนาการ ประกอบด้วย ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม จากการเปรียบเทียบการวัดซ้ำ ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6 แต่ละครั้งมีพัฒนาการสมวัยที่ดีขึ้น ดังภาพประกอบที่ 1-5



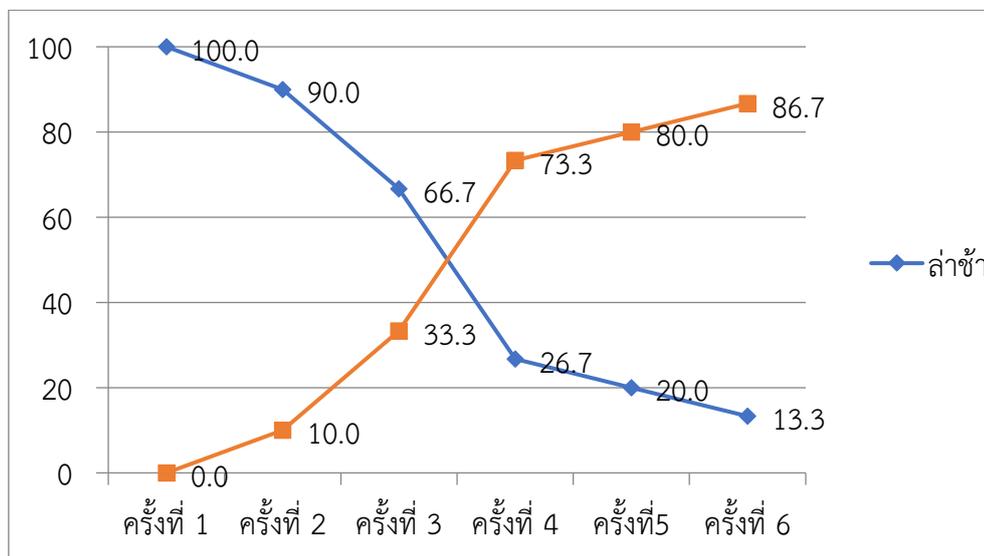
ภาพประกอบ 1 แสดงพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว



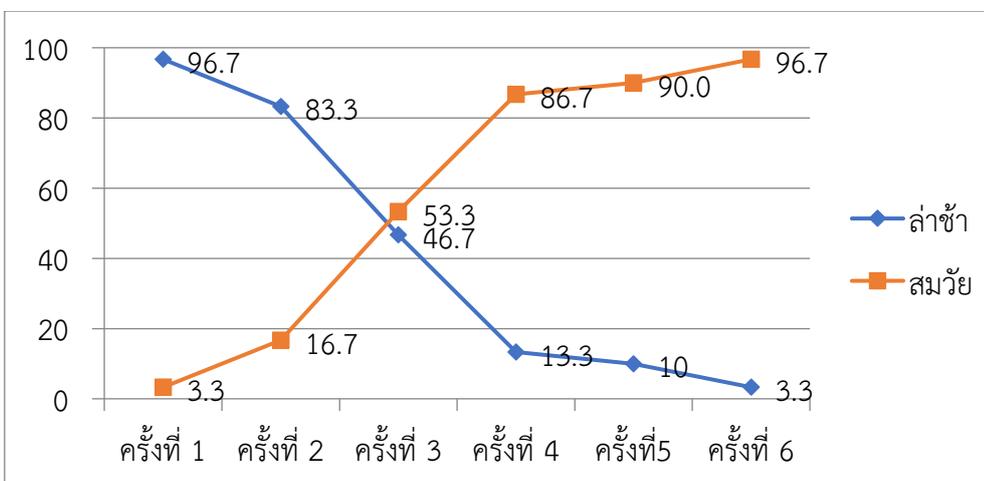
ภาพประกอบ 2 แสดงพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา



ภาพประกอบ 3 แสดงพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา



ภาพประกอบ 4 แสดงพัฒนาการด้านการใช้ภาษา



ภาพประกอบ 5 แสดงพัฒนาการ ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ปกครองในเด็ก 0-5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า จากการวัดแต่ละครั้ง (ครั้งที่ 1-6)

พัฒนาการล่าช้า	ครั้งที่ (Mean ±SD)						p-value
	1	2	3	4	5	6	
1. ด้านการเคลื่อนไหว	73.3(±8.2)	60.0(±8.9)	40.0(±9.2)	20.0(±7.8)	0(±0.0)	0(±0.0)	≤0.01
2. ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา	76.7(±7.8)	56.7(±7.2)	36.7(±8.1)	16.7(±6.2)	13.3(±5.9)	10(±5.5)	≤0.01
3. ด้านการเข้าใจภาษา	93.3(±6.3)	80.0(±7.4)	56.7(±7.4)	23.3(±5.8)	20.0(±7.7)	16.7(±6.9)	≤0.01
4. ด้านการใช้ภาษา	100.0(±0.0)	90.0(±5.5)	66.7(±8.8)	26.7(±7.2)	20.0(±7.6)	13.3(±5.6)	≤0.01
5. ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม	96.7(±5.5)	83.3(±6.9)	46.7(±9.1)	13.3(±6.7)	10.0(±3.1)	3.3(±6.7)	≤0.01

จากตารางที่ 3 พบว่า ภายหลังจากเด็ก 0-5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ที่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I มีพัฒนาการ ประกอบด้วย ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม จากการเปรียบเทียบการวัดซ้ำ ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6 แต่แต่ละครั้งมีความแตกต่างที่มีลักษณะพัฒนาการสมวัยที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

ผลของการใช้โปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I พบว่า เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา มีพัฒนาการ ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมดีขึ้นจากการวัดซ้ำแต่ละครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยดำเนินการภายใต้การประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ 1) การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร โดยการบรรยายความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาการล่าช้า การพัฒนาทักษะด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมและการสาธิตและกระตุ้นพัฒนาการ 2) การสนับสนุนทางอารมณ์ ผู้ปกครอง ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดาและผู้วิจัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคการดูแลเด็ก และการเสริมแรงและกำลังใจในการดูแลเด็ก 3) การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินพัฒนาการเด็ก และการสาธิตและฝึกทักษะการประเมินพัฒนาการ 4) การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล ได้แก่ การประเมินพัฒนาการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการประเมินพัฒนาการ การเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย การให้คำแนะนำเพิ่มเติมกับผู้ดูแล และแนวทางการพัฒนาการเด็ก โดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น สื่อวีดิโอ สื่อบุคคล บุคคลต้นแบบ แผ่นพับ กิจกรรมกลุ่ม พาวเวอร์พอยท์ การติดตามกระตุ้นเตือนผ่านช่องทางไลน์และมือถือ และมีการติดตามประเมินพัฒนาการเด็กทั้งหมด 6 ครั้งแล้วนำผลการประเมินแต่ละครั้งมาพัฒนากระตุ้นและปรับเปลี่ยนแนวทางในการพัฒนาการเด็กกับผู้ปกครองให้ดีขึ้น จากผลของโปรแกรมห้กล่าวจึง

ส่งผลให้พัฒนาการเด็กที่ล่าช้ามีพัฒนาการที่ดีขึ้นสมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ชัดเจนและสะดวกต่อการวัด ระบบการสนับสนุนจะดำเนินไปได้ต้องประกอบด้วยการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร รวมถึงการให้ความรู้ คำแนะนำ การชี้แนะหรือให้คำปรึกษา การสนับสนุนทางอารมณ์ รวมถึงการสร้างสัมพันธ์ภาพ การเปิดโอกาสให้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็ก การบอกเล่าถึงปัญหาหรืออุปสรรคและการเสริมแรงโดยการให้คำชมเชย กำลังใจ และปรับทัศนคติให้เห็นถึงความจำเป็น การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ รวมถึงการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรค และการสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล รวมถึงการประเมินความสามารถและสมรรถภาพในการป้องกันโรคและอภิปรายร่วมกัน การเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยและให้คำแนะนำเพิ่มเติม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เนตรนภา พรหมมา และพรพนา สมจิต (2556) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเล่านิทานของครอบครัวคนสามวัยต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดพะเยา พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วัฒนาพร คำกัน (2566) เรื่องผลของโปรแกรม TEDA4I ในเด็ก 0-5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าในโรงพยาบาลลำพูน พบว่า เด็ก 0-5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า หลังการได้รับกระตุ้นพัฒนาการด้วยโปรแกรม TEDA4I ในภาพรวมมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ทุกด้านอย่างสมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องผลการศึกษาของ มาลี เอื้ออำนวย และคณะ (2564) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของบิดามารดาและผู้ดูแล อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุดมญา พันธินิตย์ และคณะ (2562) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และทักษะของครูอนุบาลในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีทักษะการคัดกรองพัฒนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการใช้อุปกรณ์และการแปลผลการคัดกรองพัฒนาการ ($p < 0.05$) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุนันต์ทา พิรุน และวิศรดา ตีเมืองชัย (2565) การวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หลังการพัฒนาด้านการรับรู้การส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดู ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามหลังกระตุ้นภายใน 30 วัน เพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนาและผลการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ พบว่า มีพัฒนาการสมวัย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฮาลาวาตี สนิหวิ (2563) เรื่องรูปแบบการพัฒนากระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กโดยมีส่วนร่วมของครอบครัว อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี พบว่า เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นสมวัย ร้อยละ 70

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ใช้เป็นต้นแบบในการดำเนินงานกระตุ้นพัฒนาการเด็ก
2. สามารถนำโปรแกรมประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าใช้เป็นแนวทางในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามบริบทของโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการกระตุ้นพัฒนาการเด็กทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้านมีระบบกำกับติดตามในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการกระตุ้นพัฒนาการที่ดีที่สุด
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อยืนยันผลของโปรแกรมผลของโปรแกรมการประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองร่วมกับ TEDA4I เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรมพิงค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ธณกร ปัญญาไสโสภณ. (2564). *ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ*. คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา: หจก.เลิศศิลป์สาส์ณ โฮลดิ้ง.
- เนตรนภา พรหมมา และพรพนา สมจิตร. (2556). ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเล่านิทานของครอบครัวคนสามวัยต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยในจังหวัดพะเยา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(6), 1092-1102.
- มาลี เอื้ออำนวย, อภิรัช อินทรางกูร ณ อยู่ธยา, กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, พรรณนิภา บุญกล้า, ศศิธร คำมี และกรชนก หน้าขาว. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของบิดามารดาและผู้ดูแลเด็ก อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 3(1), 48-63.
- วัฒนาพร คำกัน. (2566). ผลของโปรแกรม TEDA4I ในเด็ก 0-5 ปี ที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าในโรงพยาบาลลำพูน. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 31(1), 16-26.
- ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. (2566). *ศูนย์ข้อมูลคลินิกเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.
- สถาบันราชานุกูล. (2562). *ผลการใช้ โปรแกรม TEDA4I ในเด็กบกพร่องทางพัฒนาการสติปัญญา สถาบันราชานุกูล*. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต.
- สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2560). *คู่มือสำหรับพ่อแม่เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการดูแลและพัฒนาการเด็ก: ตอนวัยเด็ก 0-3 ปี*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
- สุนันต์หา พิณ และวิศรุตดา ตีเมืองซ้าย. (2565). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 19(3), 207-219.

- หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด. (2560). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 281-96.
- อดิสรส์ดา เพ็ญฟู และวีระศักดิ์ ชลไชยะ. (2561). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิง.
- อรพรรณ บัวอิน. (2560). การศึกษาปฐมวัยและพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนในประเทศกำลังพัฒนา: หลักฐานเชิงประจักษ์จากประเทศไทย. *พัฒนาการเศรษฐกิจปริทรรศน์*, 1(11), 73-107.
- อุดมญา พันธินิตย์, Apawan Nookong, จินต์ณภัส แสงงาม, กรรณิการ์ ชัยลี, กรรณิการ์ เกิดศรีพันธุ์, กิ่งกาญจน์ เกิดศรีพันธุ์. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และทักษะของครูอนุบาลในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(39), 60-72.
- ฮาลาวาตี สนิหวิ. (2563). รูปแบบการพัฒนาระบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านพัฒนาการเด็กอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 2(1), 41-51.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Developmental monitoring and screening*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/screening.htm>.
- Cohen. (1969). *Statistic power Analysis for Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- House. (1981). *The nature of social support*. In M.A. Reading. 4th Ed. Work stress and social support Philadelphia: Addison Wesley.
- Jeong, Franchett and Yousafzai. (2018). *World health organization recommendations on caregiving interventions to support early child development in the first three years of life: Report of the systematic review of evidence*. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/guidelines/SR_Caregiving_interventions_ECD_Jeong_Final_Nov2018.pdf?ua=1.
- UNESCO. (2019). *Early childhood care and education*. <https://en.Unesco.Org/themes/early-childhood-care-and-education>.
- World Health Organization. (n.d.) *Improving early childhood development: Who guideline*. <https://www.who.int/publications/item/97892400020986>.

Health Science Journal of Nakhon Ratchasima College

ปรัชญา

เรียนรู้ สร้างสรรค์ พัฒนา นำคุณค่าบัณฑิตสู่สังคม

วิสัยทัศน์

สถาบันอุดมศึกษาเอกชนชั้นนำของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ผลิตบัณฑิตนักปฏิบัติ และการบริการวิชาการเพื่อพัฒนาท้องถิ่น
อย่างยั่งยืน โดยมุ่งเน้นสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยนครราชสีมา

เลขที่ 290 หมู่ 2 ถนนมิตรภาพ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000
โทรศัพท์ 0-444-66111 แฟกซ์ 0-444-65668 website <http://www.nmc.ac.th>