

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข



Nursing, Health, and Public Health Journal

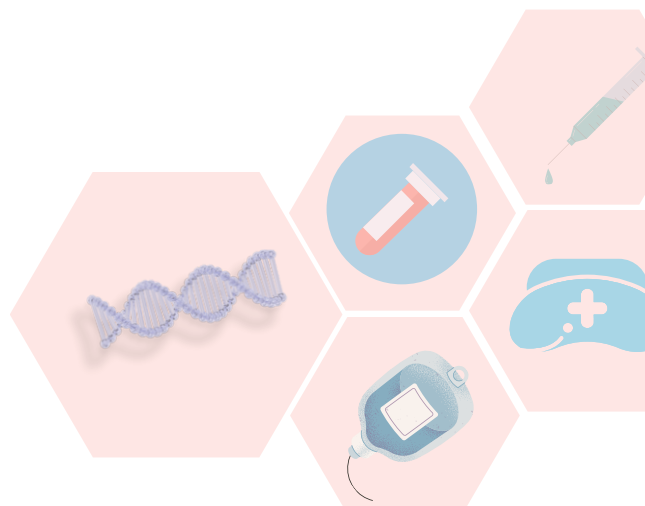
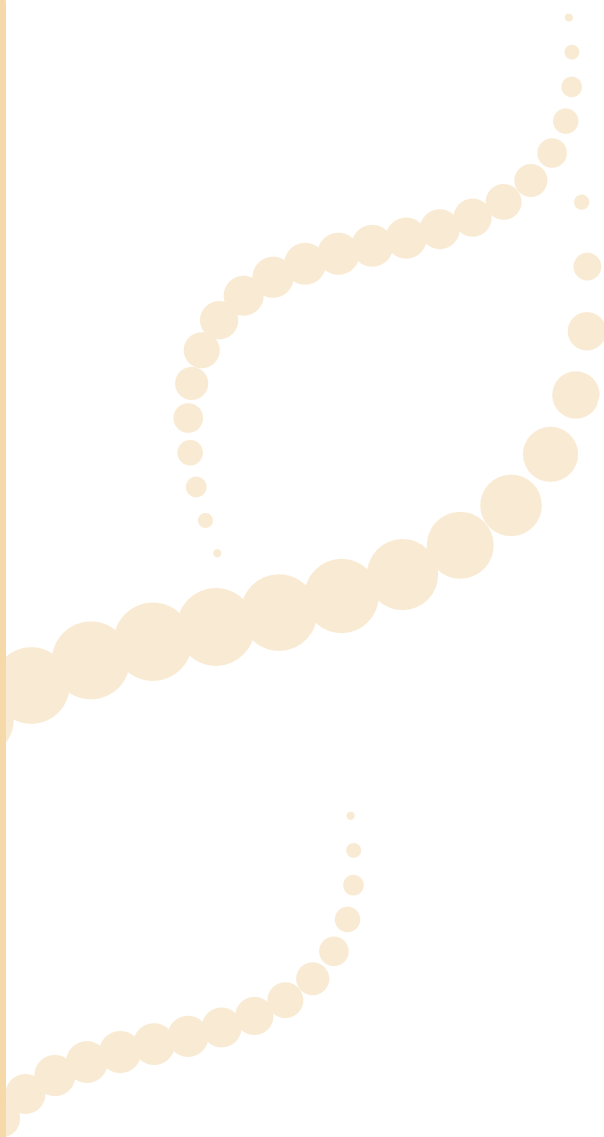
NHPHJ

ISSN 2774-082X (online)



N
H
P
H
J

ปีที่
5
ฉบับที่
2
Vol. 5 No. 2
พฤษภาคม - สิงหาคม 2569
May - August 2026



กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

90/6 ถนนศรีธรรมไตรปิฎก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000

Email: nhphj@bcnb.ac.th

โทรศัพท์ 055-252-546-8 ต่อ 1207

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ		
ศ.(พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	1. Professor Jane M. Amer	University of Missouri, USA	
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	2. Dr.Elizabeth A. Anderson	University of Missouri, USA	
	3. ศ.ดร.วงศา เล่าศิริวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
ศ.รพญ.วนิษา ชื่นกองแก้ว	4. รศ.ดร.ปัทมา สุพรรณกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย	5. รศ.ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม	
สถาบันพระบรมราชชนก	6. รศ.ดร.นิทรากิจธีระวุฒิมังษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	7. รศ.ดร.ศิวพร อึ้งวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
ผศ.ดร.อัศนี วันชัย	8. รศ.ดร.ชัชคณะ แพรรชาว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี	9. ผศ.ทพ.ดร.ภัชรพล สำเนียง	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
พุทธรักษา	10. ผศ.ดร.วิภาพร สิทธิศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธรักษา	
		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	11. ผศ.ดร.เกศกาญจน์ ทันทประภัสสร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธรักษา	
		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	12. ผศ.ดร.รุ่งทิพา หวังเรืองสถิตย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพุทธรักษา	
		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	13. ผศ.ดร.ดวงพร ปิยะคง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
บรรณาธิการ	14. ผศ.ดร.ภัทรมนัส พงศ์รังสรรค์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
ผศ.ดร.อัศนี วันชัย	15. ผศ.ดร.อินทิรา ปากันทะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธรักษา	16. ผศ.ดร.ภก.ศราวุฒิ อุพัฒน์นันท	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	17. ดร.สุธีภรณ์ สุวรรณโอสถ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	18. นางวัชรภรณ์ ไพโรจน์	โรงพยาบาลพุทธรักษา พิษณุโลก	
ผศ.ดวงใจ พรหมพยัคฆ์	19. ดร.นิตยา คำสว่าง	โรงพยาบาลพุทธรักษา พิษณุโลก	
ดร.วิสิฐศรี เพ็งนุ่ม	20. ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก	
ผศ.สุรรัตน์ ณ วิเชียร	21. ผศ.ดร.อัญชลี แก้วสระศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธรักษา	
นางสาวศิริพร พังตน		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
นางสาวณฐชา ยศปัญญา	22. ผศ.ดร.เกียรติกิจธีระวุฒิมังษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธรักษา	
นางสาวสุพัตรา ระภาพล		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
นางสาวจิรนนท์ คล้ายทรัพย์	23. ดร.เบญญาภา พรหมพุก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธรักษา	
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธรักษา	24. นางนุโรม จุ่งพ่วง	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	25. นางสาวอรทัย สิมะพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธรักษา	
		คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	
	26. นายแพทย์วิบูลย์ วาณิชย์เจริญพร	โรงพยาบาลพุทธรักษา พิษณุโลก	
	27. นายจตุพร เสือมี	โรงพยาบาลพุทธรักษา พิษณุโลก	
	28. นายทรงศักดิ์ จำปาแพง	โรงพยาบาลพุทธรักษา พิษณุโลก	

บทบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข (Nursing, Health, and Public Health Journal: NHPHJ) เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2569 โดยผลงานที่ได้รับการเผยแพร่ได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องเพื่อให้งานทุกชิ้นมีคุณภาพ ฉบับนี้มีบทความวิจัยจำนวน 9 เรื่อง คือ 1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 2 2) ผลของการพัฒนานวัตกรรม “DSHR Smart Bag” เพื่อการส่งเสริมความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม ในการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) ประสิทธิภาพความแข็งแรงในชีวิตของครอบครัวที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 4) ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันแชทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจคุณแม่” ต่อความรู้และทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์ 5) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยวิกฤตที่มีไตวายเฉียบพลันระหว่างฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 6) ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชนเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน 7) การพัฒนารูปแบบและผลลัพธ์ของรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาล ในเครือข่ายจังหวัดลำปาง 8) ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 9) ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ ต่อความรู้และพฤติกรรมการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกในการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน และบทความวิชาการ 1 เรื่อง คือ การใช้เกมมิฟิเคชันในการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความทั้ง 10 เรื่องนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่านในการนำไปใช้พัฒนางานทางการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพต่อไป และขอเชิญทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข โดยสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/nhphj>

ผศ.ดร.อัศนี วันชัย

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิชาการ	หน้า
การใช้เกมมิฟิเคชันในการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย <i>Using gamification strategies for cognitive stimulation in the elderly with mild cognitive impairment (MCI)</i> จิตนธี ริชชี และ ขนิษฐา จันทร์เทศ Jitnatee Ritchie and Khanitta Chanthed	45 - 58
บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 2 <i>Factors affecting nutritional behaviors among teenage pregnant women at Regional Health 2</i> จิตตระการ ศุภร์ดี, ปิยะเนตร วิริยะปราโมทย์, และ ภูษิตา ครุธดิลกานันท์ Jitrakarn Sookdee, Piyanate Wiriapramote, and Phusita Krutdilakanun	1 - 16
ผลของการพัฒนานวัตกรรม “DSHR Smart Bag” เพื่อการส่งเสริมความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม ในการควบคุมระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง <i>The development of an innovation development “DSHR Smart Bag” to promote knowledge, attitudes, behavior control intake sodium enhance to control blood pressure in hypertension patients</i> อวิณห์ บัวประชุม, อังคณา เรือนก้อน, อภิเชษฐ์ พูลทรัพย์, และ นพรัตน์ ธรรมวงษา Awinon Buaprachum, Angkhana Ruankon, Apichead Poonsub, and Nopparat Thammawongsa	17 - 34
ประสบการณ์ความแข็งแกร่งในชีวิตของครอบครัวที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 <i>The Lived Experiences of Resilience among Families Affected by COVID-19</i> อังคณา เรือนก้อน, สุวรรณิ สร้อยสงค์, และ สุกัญญา อีระวรรณ Angkhana Ruankon, Suwannee Sroisong, and Sukanya Theerawan	35 - 44
ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันแชทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจ น้านมแม่” ต่อความรู้และทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์ <i>The effectiveness of the chatbot application “Mom Milk Wise Thai: Thai Wisdom for Supporting Breastfeeding” on knowledge and attitudes toward breastfeeding among pregnant women</i> นุจเรศ โสภา, สุจิตา สุปันตี, จินตนาพร จันทพันธ์, นาริชา พันธ์ขี้, วรวรรณ ตะบองเพชร, และ วลัยรัตน์ แก้วช่างเขียน Nujares Sopa, Sutida Supantee, Jintanaporn Chanthaphan, Narisa Panchang, Worawan Tabongphet, and Wanyarat Kaewchangkhian	59 - 68

บทความวิจัย	หน้า
อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยวิกฤตที่มีไตวายเฉียบพลันระหว่างฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม <i>Incidence of intradialytic complications in critically ill patients with acute kidney injury</i> ดวงรัตน์ ทิมศรี Duangrat Thimsi	69 - 79
ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชนเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน <i>Self-directed learning readiness of community nurses to development essential knowledge and skills for community health nursing practice</i> วิบูลย์ลักษณ์ ปริยาวงศากุล, กอปรภรณ์ อัมพรพันธ์, และ สุรัตนา ทศนุช Wiboonluk Preeyawongsakul, Korbpor Ampornphan, and Surattana Tossanoot	80 - 92
การพัฒนาารูปแบบและผลลัพธ์ของรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาล ในเครือข่ายจังหวัดลำปาง <i>Development and outcomes of the patient refer-back service model by ambulance in the Lamphang Provincial network</i> ดารากาญจน์ จันทรตระกูล Darakarn Chantrakul	93 - 107
ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนต่อความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก <i>The effects of a program to enhance the self-efficacy on knowledge behavior in preventing fall and balance among older adults, Muang district Phitsanulok</i> ปิลันธนา จันทร Pilanthana Janthorn	108 - 121
ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ ต่อความรู้ และพฤติกรรมการสร้าง ความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกในการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน <i>Effects of Empowerment Program on Early Mother-Infant Bonding and First Breast feeding in Delivery Room of Mothers Attending Antenatal Care at Ban Thi Hospital, Lamphun Province</i> นงลักษณ์ ดวงศรี และ เพ็ชรินทร์ เขียวสิงห์ Nongluck Duangsri and Phetcharin Kiewsing	122 - 134

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 2

Factors affecting nutritional behaviors among teenage pregnant women at Regional Health 2

จิตตระการ สุกรณ์¹, ปิยะเนตร วิริยะปราโมทย์^{1*}, และ ภูษิตา ครุฑดิลังกัน²

Jittrakarn Sookdee¹, Piyanate Wiriayapramote^{1*}, and Phusita Krutdilakanun²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก¹

Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute¹

นักวิชาการอิสระ²

Independent Scholar²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) e-mail: piyanate@bcnb.ac.th

(Received: May, 3; Revised: May, 22; Accepted: May, 27)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 194 คนซึ่งได้จากการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางอำนาจการทดสอบของโพลิตและเบค กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คัดออกและการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 7 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการบริโภคอาหาร การสนับสนุนทางสังคมด้านโภชนาการ ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 75.63, S.D. = 9.24) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โดยรวมทำนายได้ร้อยละ 59 ($R^2 = 0.59, p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยเชิงทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น เสนอว่าสามารถนำปัจจัยเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นให้ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น, การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร, การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล, ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

Abstract

This quantitative research aimed to determine the level of nutritional behaviors and identify the factors influencing these behaviors among pregnant adolescents in Health Region 2. The sample comprised 194 pregnant adolescents. The sample size was determined using the statistical power analysis table by Polit and Beck, and the participants were recruited based on specific inclusion and exclusion criteria employing a multistage stratified random sampling technique. Data were collected utilizing a structured questionnaire divided into seven sections: sociodemographic characteristics, nutritional behaviors, perceived benefits of nutritional consumption, nutritional self-efficacy, social

support for nutrition, nutritional beliefs, and nutritional knowledge among pregnant adolescents. Data analysis was conducted using frequencies, percentages, means, standard deviations, minimums, maximums, and multiple linear regression analysis, with the statistical significance level set at $p < 0.05$.

The findings revealed that the nutritional behaviors of pregnant adolescents in Health Region 2 were at a moderate level (Mean = 75.63, S.D. = 9.24). The significant factors influencing the nutritional behaviors of pregnant adolescents included the perceived benefits of nutritional consumption, interpersonal influences, and nutritional knowledge. These variables collectively accounted for 59% of the variance ($R^2 = 0.59$, $p < 0.01$).

The results of this study serve as foundational data for further investigation into the predictive factors of health-promoting nutritional behaviors among pregnant adolescents. It is recommended that these factors be applied to effectively promote and enhance the dietary practices of pregnant adolescents in the future.

Keywords: nutritional behaviors, teenage pregnant women, benefits of consume nutrition, interpersonal influence, knowledge of nutrition

บทนำ

ในปัจจุบันสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นปัญหาที่สำคัญในหลายประเทศ จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่า ทั่วโลกมีอัตราการคลอดบุตรในสตรีอายุ 15–19 ปี สูงถึงร้อยละ 11 ของการคลอดบุตรทั่วโลก (World Health Organization, 2025) สำหรับประเทศไทยจากผลการสำรวจของสำนักอนามัยเจริญพันธุ์ แม้จะพบว่าแนวโน้มอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15–19 ปีจะลดลงจากร้อยละ 53.4 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 20.9 ในปี 2566 แต่อัตราการคลอดซ้ำในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในเขตภาคเหนือ ซึ่งพบเป็นปัญหาที่ยังไม่บรรลุลตามเป้าหมายของประเทศ และต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มักเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและไม่ได้อวางแผนมาก่อน ทำให้มีโอกาสในการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ทุพโภชนาการ ภาวะโลหิตจางรวมถึงภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์สูงกว่าในวัยผู้ใหญ่ (World Health Organization, 2024) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นยังมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมมารดาบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักมีพฤติกรรม รับประทานอาหารจานด่วน รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่ครบ 3 มื้อ รวมทั้งมีความเครียดด้านจิตใจ กังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่ใส่ใจตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร (นวพร วุฒิชัย และคณะ, 2560) นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมักเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม อยู่ในวัยเรียน ไม่มีงานทำ หรือมีรายได้ไม่เพียงพอ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ซึ่งอาจทำให้ไม่ได้รับการยอมรับจากสามีหรือครอบครัว ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือในด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร กำลังใจ ค่าใช้จ่ายในการจัดหาอาหาร เพื่อบำรุงร่างกาย ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้การศึกษาในปัจจุบันยังพบอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์มีภาวะน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์เพิ่มเกินเกณฑ์เพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย พบภาวะน้ำหนักเกินขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 22.20, 45 และ 34 ตามลำดับ (NHS England, 2019; Stang & Huffman, 2016; Branum et al., 2015) สำหรับประเทศไทยพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์มากกว่าและน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 62.30 และ 12.90 ตามลำดับ (Chairat et al., 2023) ซึ่งการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์นั้นสะท้อนถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้อีกด้วย

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์รวมทั้งทารกในครรภ์ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องได้รับพลังงานและสารอาหารเพิ่มมากกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ เพื่อเตรียมพร้อมในการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายขณะตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ผลกระทบจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมทำให้เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ (ปัญญา สนั่นพานิชกุล และ ยศพล เหลืองโสมนภา, 2558) เกิดภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย และพบปัญหาสุขภาพของทารกแรกเกิดระยะยาวเพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2024) ทั้งนี้พฤติกรรมกรรมการบริโภคมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการด้วยกัน

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์หลายประการ เช่น การรับรู้ประโยชน์มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี (สุวรรณิ โสนุช และ มยุรี นิรัตธราดร, 2554) การศึกษาของ ชารินันท์ สีสาทิวนนท์ และคณะ (2561) พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมด้านโภชนาการ และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยข้างต้นมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ ยกเว้นปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ยังไม่พบการศึกษาที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ รวมทั้งการศึกษาดังกล่าวของสตรีวัยรุ่นยังมีน้อยและไม่เป็นปัจจุบัน รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 2 เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรสุขภาพ นำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทั้งยังช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ประกอบกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ หรือมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร 2) การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการบริโภคอาหาร 3) การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล 4) ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร 5) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โดยตัวแปรเหล่านี้ เป็นตัวแปรที่สามารถแก้ไขได้ และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นให้ดีขึ้น



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 ไม่จำกัดอายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 15 - 19 ปี นับถึงวันที่คลอด ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power of analysis) ของโพลิทและเบค (Polit & Beck, 2012) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.24 จำนวนตัวแปรต้น 5 ตัว ขนาดอิทธิพลที่ใช้ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยนำขนาดของอิทธิพลมาเปิดตารางอำนาจการทดสอบ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 194 ราย

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นหลายขั้นตอน (Multistage stratified random sampling) โดยพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบไม่แทนที่ โดยเลือกมำร้อยละ 50 ของจังหวัดและอำเภอ (World Health Organization, n.d.) จากนั้นผู้วิจัยคำนวณสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จากข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2563 (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้ จังหวัดตาก อำเภอเมืองตาก 9 คน อำเภอท่าสองยาง 27 คน อำเภอแม่สอด 16 คน และอำเภอวังเจ้า 9 คน จังหวัดพิษณุโลก อำเภอเมืองพิษณุโลก 23 คน อำเภอนครไทย 12 คน อำเภอบางระกำ 11 คนและอำเภอวังทอง 16 คน จังหวัดเพชรบูรณ์ อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ 21 คน อำเภอหล่มสัก 14 คน อำเภอวิเชียรบุรี 12 คน และอำเภอหนองไผ่ 12 คน รวมทั้งสิ้น 194 คน โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. ไม่มีโรคแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง เป็นต้น
2. มีทารกในครรภ์ 1 คน
3. สามารถอ่านออก เขียนได้ การมองเห็น การได้ยินปกติ
4. ได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครอง และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. สตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจพบภายหลังว่ามีโรคแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์
2. สตรีตั้งครรภ์ที่ย้ายไปอยู่พื้นที่อื่นระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ร่วมกับการดัดแปลงแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์อายุ 16-20 ปี ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ที่อยู่อาศัยด้วย ดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนตั้งครรภ์ จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ จำนวนครั้งที่คลอด ระยะห่างระหว่างครรภ์ อายุครรภ์ อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ และอาการขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 อันดับ (ปฏิบัติเป็นประจำ = 4, ไม่เคยปฏิบัติ = 1) ประเมินโดยให้เลือกเพียง

คำตอบเดียว คะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 25 - 100 คะแนน แปลผลคะแนน โดยใช้วิธีอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ตามหลักของ Bloom (1964) ดังนี้

ระดับดีมาก	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 80 – 100 คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 60 – 79 คะแนน
ระดับน้อย	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 25 – 59 คะแนน

3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ (ใช้แน่นอน = 5, ไม่ใช่นั่น = 1) ประเมินโดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียว คะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 15 - 75 คะแนน แปลผลคะแนนโดยใช้วิธีอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ตามหลักของ Bloom (1964) ดังนี้

ระดับดีมาก	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 60 – 75 คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 45 – 59 คะแนน
ระดับน้อย	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 15 – 44 คะแนน

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านโภชนาการ มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ (ใช้แน่นอน = 5, ไม่ใช่นั่น = 1) ประเมินโดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียว คะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 16 - 80 คะแนน แปลผลคะแนนโดยใช้วิธีอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ตามหลักของ Bloom (1964) ดังนี้

ระดับดีมาก	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 64 – 80 คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 48 – 63 คะแนน
ระดับน้อย	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 16 – 47 คะแนน

5. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ (มั่นใจมากที่สุด = 5, ไม่มั่นใจมากที่สุด = 1) ประเมินโดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียว คะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 16 - 80 คะแนน แปลผลคะแนนโดยใช้วิธีอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ตามหลักของ Bloom (1964) ดังนี้

ระดับดีมาก	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 64 – 80 คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 48 – 63 คะแนน
ระดับน้อย	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 16 – 47 คะแนน

6. แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ (เชื่อแน่นอน = 5, ไม่เชื่อแน่นอน = 1) ประเมินโดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียว คะแนนของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 13 - 65 คะแนน แปลผลคะแนนโดยใช้วิธีอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ตามหลักของ Bloom (1964) ดังนี้

ระดับดีมาก	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 52 – 65 คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 39 – 51 คะแนน
ระดับน้อย	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 13 – 38 คะแนน

7. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูก - ผิด (ตอบถูก = 1, ตอบผิด = 0) คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 19 แบ่งระดับคะแนนโดยใช้วิธีอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ตามหลักของ Bloom (1964) ดังนี้

ระดับดีมาก	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 15 – 19 คะแนน
ระดับปานกลาง	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 11 – 14 คะแนน
ระดับน้อย	ได้แก่ คะแนนตั้งแต่ 0 – 10 คะแนน

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ผลการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เท่ากับ 1.00 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.95 การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.90 การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.90 การสนับสนุนทางสังคม ด้านโภชนาการ เท่ากับ 0.90 ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.90

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โดยใช้สูตรของสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.90 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการบริโภคอาหาร การสนับสนุนทางสังคมด้านโภชนาการ ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.86, 0.87, 0.90, 0.87 และ 0.87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือราชการเพื่อขอความร่วมมือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก จังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย
2. จัดอบรมผู้ช่วยวิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือที่เก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกับของทีมงาน อันจะนำไปสู่ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามดังนี้
 - 3.1 ผู้ทำวิจัยอธิบายข้อมูลให้กับอาสาสมัครและผู้ปกครอง แจกเอกสารข้อมูลและแบบขอความยินยอมให้อาสาสมัครและผู้ปกครอง พิจารณาก่อนตัดสินใจ แล้วจึงให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
 - 3.2 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยต้องตอบให้ครบทุกข้อคำถามและตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว แต่ละท่านใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40-45 นาที โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยคอยอำนวยความสะดวก ดูแลความเรียบร้อยในการตอบแบบสอบถามและเก็บแบบสอบถามคืน
4. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 2 ระหว่างเดือนกันยายน 2564 - มีนาคม 2565
5. ภายหลังการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล
2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น วิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ผู้วิจัยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์เครือข่ายภูมิภาค มหาวิทยาลัยนเรศวร COA No. 026/2021 PREC No. 021/64 ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2564 ผู้วิจัยดำเนินการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจอย่างอิสระในการให้ความยินยอม เข้า

ร่วมในการวิจัย โดยต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองก่อนเก็บข้อมูล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการ เข้าร่วมวิจัยได้ตลอดการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 2 (N=194 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุ		
วัยรุ่นตอนกลาง (14 – 17 ปี)	111	57.22
วัยรุ่นตอนปลาย (18 – 20 ปี)	83	42.78
Mean = 17.32 ปี, S.D. = 1.34, Min = 15 ปี, Max = 19 ปี		
2. สถานภาพสมรส		
โสด	5	2.58
สมรสจดทะเบียน	28	14.43
สมรสไม่จดทะเบียน	73	37.63
อยู่ด้วยกันไม่แต่งงาน	58	29.90
แยกกันอยู่	30	15.46
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	62	31.96
มัธยมศึกษาตอนต้น	85	43.81
มัธยมศึกษาตอนปลาย	25	12.89
ประกาศนียบัตร (ปวช., ปวส.)	22	11.34
4. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	113	58.25
นักเรียน/นักศึกษา	36	18.56
รับจ้างทั่วไป	25	12.89
ค้าขาย	15	7.73
ทำงานโรงงาน	5	2.58
5. รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)		
< 5000 บาท	59	30.41
≥ 5,000-10,000 บาท	102	52.58
> 10,000 บาท	33	17.01
6. ที่มาของรายได้		
ตนเอง	25	12.89
สามี	109	56.19
พ่อ/แม่	60	30.93
7. ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ เหลือเก็บ	73	37.63
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	93	47.94
ไม่เพียงพอ แต่ไม่เป็นหนี้	9	4.64
ไม่เพียงพอ แต่เป็นหนี้	19	9.79
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว		

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	1 คน	5	2.58
	2 คน	29	14.95
	3 คนขึ้นไป	160	82.47
9.	ผู้ที่อยู่อาศัยด้วย		
	อยู่คนเดียว	5	2.58
	อยู่ 2 คนกับสามี	29	14.95
	อยู่กับสามีและญาติ (เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง)	160	82.47
10.	จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์		
	ครรภ์ที่ 1	154	79.38
	ครรภ์ที่ 2	40	20.62
11.	จำนวนครั้งที่ผ่านการคลอด		
	ไม่เคย/ แท้ง	160	82.47
	ผ่านการคลอด 1 ครั้ง	34	17.53
12.	ระยะห่างระหว่างครรภ์ (กรณีครรภ์หลัง) (N=40)		
	น้อยกว่า 2 ปี	8	20.00
	มากกว่า 2 ปี	32	80.00
13.	อายุครรภ์		
	ไตรมาส 1 (สัปดาห์ที่ 1-13)	61	31.44
	ไตรมาส 2 (สัปดาห์ที่ 14-27)	45	23.20
	ไตรมาส 3 (สัปดาห์ที่ 28-40)	88	45.36
14.	อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก		
	ก่อน 12 สัปดาห์	122	62.89
	หลัง 12 สัปดาห์	72	37.11
15.	จำนวนครั้งที่ฝากครรภ์		
	สม่ำเสมอตามนัด	184	94.85
	ไม่สม่ำเสมอ / ไม่มาตามนัดทุกครั้ง	10	5.15
16.	ดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนตั้งครรภ์		
	BMI ต่ำ (น้อยกว่า 18.5 กก./ม ²)	54	27.84
	BMI ปกติ (18.5 – 24.9 กก./ม ²)	125	64.43
	BMI เกินเกณฑ์ (มากกว่า 25 กก./ม ²)	15	7.73
	Mean = 19.94 กก./ม ² , S.D. = 2.39, Min = 16 กก./ม ² , Max = 27 กก./ม ²		
17.	ความเข้มข้นของเลือด (Hct) ครั้งที่ 1		
	น้อยกว่า 33 %	40	20.62
	ตั้งแต่ 33 % ขึ้นไป	154	79.38
	Mean = 36.04%, S.D. = 2.86, Min = 30%, Max = 43%		
18.	ความเข้มข้นเลือด (Hct) ครั้งที่ 2 (N = 88 คน)		
	น้อยกว่า 33 mg%	32	36.36
	ตั้งแต่ 33 mg% ขึ้นไป	56	63.64
	Mean = 36.20 mg%, S.D. = 2.92, Min = 31 mg%, Max = 40 mg%		
19.	อาการขณะตั้งครรภ์ปัจจุบัน		
	มีอาการไม่สุขสบาย	29	14.95
	ไม่มีอาการไม่สุขสบาย	165	85.05

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยที่สุด 15 ปี และสูงสุด 19 ปี มีอายุเฉลี่ย 17.32 ปี (S.D. = 1.34) มีสถานภาพสมรส แต่ไม่ได้จดทะเบียน จำนวน 73 คน (ร้อยละ 37.60) รองลงมาเป็น การอยู่ด้วยกัน ไม่แต่งงาน จำนวน 58 คน (ร้อยละ 29.90) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 85 คน (ร้อยละ 43.81) ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 113 คน (ร้อยละ 58.25) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ในช่วง 5,000-10,000 บาท ต่อเดือน จำนวน 102 คน (ร้อยละ 52.58) ซึ่งมีความเพียงพอของรายได้และไม่เหลือเก็บ จำนวน 93 คน (ร้อยละ 47.94) รองลงมาคือ มีความเพียงพอของรายได้และเหลือเก็บ จำนวน 73 คน (ร้อยละ 37.63) กลุ่มตัวอย่างอยู่กับสามี และญาติจำนวน 160 คน (ร้อยละ 82.47) ส่วนใหญ่ตั้งครุภรรยาครั้งแรก จำนวน 154 คน (ร้อยละ 79.38) อายุครรภ์ อยู่ในช่วงไตรมาส 3 จำนวน 88 คน (ร้อยละ 45.36) ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ จำนวน 122 คน (ร้อยละ 62.89) มาฝากครรภ์สม่ำเสมอตามนัด จำนวน 184 คน (ร้อยละ 94.85) มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ จำนวน 125 คน (ร้อยละ 64.43) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.94 กก./ม.² (S.D. = 2.39) มีความเข้มข้นของเลือด (Hct) ครั้งที่ 1 อยู่ในระดับปกติ ระหว่าง 30-43 mg% โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.04 mg% (S.D. = 2.86) เท่าๆกับครั้งที่ 2 อยู่ในระดับปกติ ระหว่าง 31-40 mg% โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.20 mg% (S.D. = 2.92) ส่วนอาการขณะตั้งครุภรรยาปัจจุบันนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการไม่สุขสบายหรือภาวะแทรกซ้อน จำนวน 165 คน (ร้อยละ 85.05) มีกลุ่มตัวอย่างเพียงบางส่วนที่มีอาการไม่สุขสบายเล็กน้อย น้อย ๆ เช่น หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 14.95)

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ของสตรีตั้งครุภรรยาในเขตสุขภาพที่ 2 ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครุภรรยาในเขตสุขภาพที่ 2 (N=194 คน)

ตัวแปร	Min	Max	Mean	S.D.	ระดับ					
					น้อย		ปานกลาง		ดี	
					จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร	50.00	75.00	63.81	6.74	0	0	49	25.30	145	74.70
2.การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร	16.00	80.00	65.78	10.28	5	2.60	93	47.90	96	49.50
3.การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล	48.00	79.00	62.65	7.30	5	2.60	54	27.80	135	69.60
4.ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	30.00	61.00	48.31	6.37	15	7.70	121	62.40	58	29.90
5.ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	9.00	17.00	13.22	1.84	40	20.60	100	51.50	54	27.80
6.พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	58.00	95.00	75.63	9.24	10	5.20	119	61.30	65	33.50

ตาราง 2 พบว่า สตรีตั้งครุภรรยาส่วนใหญ่ จำนวน 119 คน ร้อยละ 61.30 มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (60 -79 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย 75.63 (S.D. = 9.24)

ส่วนการรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ระดับดี จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 74.70 (Mean = 63.82, S.D. = 6.74) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ระดับดี จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 49.50 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 47.90 (Mean = 62.65, S.D. = 7.30) การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ระดับดี จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 66.90 (Mean = 65.78, S.D. = 10.28) ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ระดับปานกลาง จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 62.40 (Mean = 48.32, S.D. = 6.37) และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ระดับปานกลาง จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 51.50 และอยู่ระดับน้อย จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 20.60 (Mean = 13.23, S.D. = 1.85)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังตาราง 3 และตาราง 4

ตาราง 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ในเขตสุขภาพที่ 2 (N=194 คน)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1.การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร	1.000				
2.การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร	.065	1.000			
3.การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล	.087	.451**	1.000		
4.ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	.329**	.293**	-.100	1.000	
5.ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	-.008	.182**	.208**	.090	1.000
6.พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	.298**	.598**	.252**	.257**	.014

** $p < .05$

ตาราง 3 พบว่า การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละตัวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบทีละคู่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's moment correlation coefficient) โดยไม่ได้ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร ($r = .29, p < .05$) การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล ($r = .25, p < .05$) และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ($r = .25, p < .05$) ปัจจัยทั้ง 3 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร ($r = .59, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ($r = .01$)

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์พหุการถดถอย (R^2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (N=194 คน)

ตัวแปรทำนาย	Unstandardized coefficients		β	t	p
	B	SE			
1. การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร	6.836	1.053	.322	6.491*	0.001
2. การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการบริโภคอาหาร	.663	.975	.038	0.680	0.497
3. การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล	10.981	.947	.653	11.601*	0.001
4. ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	.874	.869	.054	1.007	0.315
5. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	-1.645	.634	-.124	-2.595**	0.010

$R^2 = 0.59, F = 36.66, \text{Constant} = 29.44, p < .01$

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ (R^2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (N = 194) เป็นการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อศึกษาว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรต้นทั้งหมด 5 ตัว ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการบริโภคอาหาร การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ร้อยละ 59 ($R^2 = 0.59$) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับค่อนข้างสูง แสดงว่าโมเดลมีอำนาจในการพยากรณ์ที่ดี และค่า $F=36.66$ $p < 0.01$ แสดงว่าโมเดลการถดถอยโดยรวมมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ตัวแปรต้นอย่างน้อย 1 ตัวสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้จริง

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้สามารถอภิปรายผลพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 75.63, S.D. = 9.24) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีอายุเฉลี่ย 17.32 ปี อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 15 – 17 ปี) ซึ่งเป็นรอยต่อเข้าสู่การเป็นวัยผู้ใหญ่ มีการปรับตัวในหลายเรื่อง เช่น การเข้าสังคมกับเพื่อน การทำกิจกรรมต่าง ๆ อาจส่งผลกระทบต่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหารได้ การศึกษาค้นคว้านี้ต่างจากการศึกษาของ ฐิตารีย์ ดิชาภิรมย์ และคณะ (2562) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาใช้บริการแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในระดับดี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นมีอายุ 19 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 40) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุต่างกัน จึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (นุชราพรรณ วงษ์มัน และคณะ, 2557) เห็นได้ว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพรวมถึงการบริโภคอาหารด้วย และในสภาพปัจจุบันวัยรุ่นที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไปจึงอยากมีลูกที่สมบูรณ์แข็งแรง จึงใส่ใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหารมากขึ้น วัยรุ่นมักแสวงหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือเนื่องจากสะดวกสบาย และสามารถค้นหาข้อมูลได้ตลอดเวลา (ชนิษฐา เมฆกมล และ อารีรัตน์ วิเชียร, 2561)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรต้นทั้งหมด 5 ตัว ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการบริโภคอาหาร การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ร้อยละ 59 สามารถอธิบายได้ ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า เมื่อคะแนนการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารจะเพิ่มขึ้น 6.836 หน่วย ($B = 6.836$, $p < .001$) ดังตาราง 3 และ 4 อธิบายได้ว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่รับรู้ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร จะมีแนวโน้มมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีเมื่อควบคุมปัจจัยอื่นแล้ว สะท้อนว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยแท้จริงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการวิจัยพบว่าครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มนี้ มีความเพียงพอของรายได้และไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 47.90) รองลงมาคือ มีความเพียงพอของรายได้และเหลือเก็บ (ร้อยละ 37.96) ซึ่งถือว่ามียาได้เพียงพอที่จะเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนารักษ์ ตามเที่ยงตรง และคณะ (2560) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่รับรู้โภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ส่งผลต่อสุขภาพของทารก เมื่อมีรายได้ของครอบครัวเพียงพอ จึงมีความใส่ใจในการเลือกบริโภคอาหารมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธารินันท์ ลีลาทิวานนท์ และคณะ (2561) พบว่าการมีรายได้ที่เพียงพอส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ดังจะเห็นได้จากดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์พบว่า BMI ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระดับปกติ (BMI 18.5-24.9 กก./ม²) มีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 19.94 กก./ม.² (S.D. = 2.39) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตารีย์ ดิชาภิรมย์ และคณะ (2562) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ($r = .282, p < .01$) กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการมากจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ดี ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ตามแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2011) เป็นความเชื่อ ความเข้าใจหรือการคาดหวังของบุคคลถึงประโยชน์หรือผลลัพธ์ทางด้านบวกของพฤติกรรมหลังจากการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแล้วและยังทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ อย่างแน่นอน ซึ่งการวิจัยนี้สอดคล้องตามแนวคิดดังกล่าว ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอตามนัด จำนวน 184 คน (ร้อยละ 94.85) และมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ จำนวน 122 คน (ร้อยละ 62.89) ซึ่งจะได้รับความรู้และการส่งเสริมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์จากเจ้าหน้าที่พยาบาล และแพทย์ของสถานบริการรักษาสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 อย่างต่อเนื่อง จึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสะท้อนได้จากค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติทั้ง 2 ครั้ง

2.2 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร การวิจัยนี้พบว่า ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ จากตาราง 3 และ 4 การรับรู้ความสามารถแห่งตน ดูเหมือนผลขัดแย้งแต่แท้จริงแล้ว พบได้บ่อยทางสถิติในการวิเคราะห์ Correlation เป็นการดูที่ละตัวแปรจึงพบความสัมพันธ์สูง แต่เมื่อวิเคราะห์ Regression ที่ควบคุมตัวแปรอื่นร่วมกัน อาจซ้อนทับกับตัวแปรอื่น (Martinez & Cribbie, 2021) โดยเฉพาะการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้ประโยชน์ จึงทำให้ผลการทำนายลดลง ในเชิงสถิติลักษณะนี้อาจเกิดจาก Multicollinearity คือ ตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์กันเอง จากตาราง 3 พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตน มีสัมพันธ์กับการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล ($r = .451$) ทำให้เมื่อเข้าสมการพร้อมกัน ตัวแปรจะดึงอิทธิพลของอีกตัวแปรได้ อธิบายได้ว่า แม้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมหรือเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ แต่ปัจจัยนี้ยังไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมจริง อาจเนื่องจากข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวยุคใหม่ หรือการพึ่งพาผู้อื่นในการจัดหาอาหาร สังคมรอบตัว มากกว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพียงอย่างเดียว จึงทำให้อิทธิพลระหว่างบุคคลกลายเป็นตัวทำนายที่เด่นกว่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ ชนาภา งามฉาย และคณะ (2563) ซึ่งพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานอาหาร สามารถทำนายและมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ($\beta = .286, p < .001$) และการวิจัยของ ชาริณห์ ลีลาทิวานนท์ และคณะ (2561) ซึ่งพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับประทานอาหาร สามารถทำนายและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยอธิบายไว้ว่า กลุ่มตัวอย่างในวัยที่เข้าสู่ช่วงวัยรุ่นใหญ่ ทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้สำเร็จและมีความคาดหวังถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง บุคคลจะมีความมุ่งมั่นและพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2015 อ้างใน ชนาภา งามฉาย และคณะ, 2563)

2.3 การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล จากการศึกษาพบว่า เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุดในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากตาราง 3 และ 4 ผลนี้สอดคล้องกันอย่างชัดเจนมาก เพราะถึงแม้ค่าความสัมพันธ์จะไม่สูงมาก แต่เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว กลับกลายเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุด หมายความว่าเมื่อคะแนนการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารจะเพิ่มขึ้น 10.981 หน่วย และ ค่า $\beta = .653$ สะท้อนว่า การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญแท้จริงของพฤติกรรมการบริโภคอาหารในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งพัฒนาการวัยรุ่นเป็นวัยที่พึ่งพา สามี มารดา ญาติ เพื่อนและบุคลากรสาธารณสุขสูง จึงได้รับผลจากการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลมากกว่าความรู้หรือความเชื่อส่วนบุคคล เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชาริณห์ ลีลาทิวานนท์ และคณะ (2561) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านโภชนาการสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ซึ่งอธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากครอบครัวขยาย อาจได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสามี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้ อาศัยอยู่กับสามีและญาติร้อยละ 82.47 และรายได้ครอบครัวมาจากสามี ร้อยละ 56.2 มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีเช่นกัน นอกจากนี้การมาฝากครรภ์ที่สถานบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 จะได้รับ

การดูแลเอาใจใส่จากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารและแนวทางการดูแลตัวเองในเรื่องการบริโภคอาหาร เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุวรรณิ โลนุช และ มยุรี นิรุตตรัตน (2554) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ($B = 22, p < .05$) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์ได้ สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender กล่าวว่า หากบุคคลได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้บุคคลมีการวางแผนและการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ รัตนารักษ์ ตามเที่ยงตรง และคณะ (2560) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการ ($r = .288, p < .001$) แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้ ($\beta = -.079, p < .423$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.1) ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ เป็นการตั้งครรภ์ในวัยเรียน อาจเลิกเรียนกลางคัน ด้อยโอกาสในการหางานทำ และถูกทอดทิ้งจากสังคม หรือการไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว จึงทำให้ขาดความใส่ใจในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อตนเอง

2.4 ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การวิจัยนี้พบว่า ไม่พบความสัมพันธ์ จากตาราง 3 และ 4 เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่ใช่ปัจจัยทำนายอิสระ หมายความว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในภาพรวม แต่เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นแล้ว อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร อาจถูกอธิบายแทนโดยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล จึงไม่เหลืออิทธิพลเฉพาะตัว ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยโดยส่วนใหญ่ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์จะรับการถ่ายทอดความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และมีแนวโน้มที่จะทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามความเชื่อนั้น การศึกษาของ ธารินทร์ สีลาทิวานนท์ และคณะ (2561) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ร้อยละ 37 ($R^2 = 37, p < .001$) โดยอธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอาศัยอยู่เป็นครอบครัว (ร้อยละ 44) จึงมีแบบอย่างและมีการถ่ายทอดความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารนำไปสู่การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามความเชื่อนั้น การศึกษาของ ศรีนคร มังคะมณี และขวัญใจ เพทายประกายเพชร (2567) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ร้อยละ 54.70 (Adjusted R^2 เท่ากับ 0.54) โดยอธิบายว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ในเขตสุขภาพที่ 5 มาจากหลากหลายวัฒนธรรม สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งต่างจากผลการวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในระดับปกติ อีกทั้งยังได้รับความรู้และการส่งเสริมสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์เมื่อมารับบริการฝากครรภ์ จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ จึงทำให้ปัจจัยด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

2.5 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การศึกษาวิจัยนี้ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.124, p = .010$) จากตาราง 3 และ 4 ผลนี้แตกต่างกันชัดเจนและเป็นประเด็นสำคัญมาก ในเชิงสถิติการไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมแต่เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในการหาอิทธิพลทำนายแล้ว พบว่า ความรู้ที่เพิ่มขึ้นกลับสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดลง แสดงว่าแม้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการมากขึ้น แต่ไม่ได้หมายความว่ามีความรู้พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้นเสมอไป ซึ่งเป็นผลที่แตกต่างจากแนวคิดทั่วไปที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลมีความรู้ด้านโภชนาการมากขึ้น จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น ผลการศึกษานี้สะท้อนว่า ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ยังมีข้อจำกัดด้านวุฒิภาวะ การพึ่งพาครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ และอำนาจในการเลือกอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Whisner และคณะ (2016) ที่ศึกษาสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในสหรัฐอเมริกา พบว่า แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตระหนักถึงความสำคัญของโภชนาการระหว่างตั้งครรภ์ แต่ไม่ได้มีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมเสมอไป ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่น เช่น รายได้ การเข้าถึงอาหาร และอิทธิพลจากบุคคลรอบข้างด้วย นอกจากนี้ การศึกษาของ Rundle และคณะ (2018) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวนมากเข้าใจคำแนะนำด้านโภชนาการ แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง เนื่องจากข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ความอยากอาหาร การแพ้ท้อง และสภาพแวดล้อมทางสังคม ใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุริยวรรณ สีลาดเลา และคณะ (2564)

ที่พบว่า แม้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง จะอยู่ในระดับสูง แต่กลับไม่เห็นความสำคัญในการเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ จึงมิได้นำไปสู่การปฏิบัติจริง อีกประเด็นหนึ่งคือ กลุ่มที่มีความรู้มากอาจตระหนักถึงข้อบกพร่องของตนเองมากกว่า จึงส่งผลให้คะแนนของพฤติกรรมต่ำกว่าความเป็นจริง สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจ “รู้แต่ทำไม่ได้” เนื่องจาก ไม่มีอำนาจเลือกอาหาร ถูกควบคุมด้วยครอบครัว จึงเกิดช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อาจไม่ได้เป็นตัวทำนายอิสระเสมอไป เพราะเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว อิทธิพลอาจลดลงหรือเปลี่ยนทิศทางได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Appiah และคณะ (2021) พบว่า แม่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีระดับความรู้ด้านโภชนาการในระดับปานกลางถึงดี แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารยังไม่เหมาะสมในหลายด้าน โดยเฉพาะความหลากหลายของอาหารและการบริโภคสารอาหารที่จำเป็น สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของ กรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1991 อ้างใน กริช เรืองไชย และ อภิญญา อุดระชัย, 2565) ที่กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่นๆ เข้ามามีเกี่ยวข้องด้วย

ผลการศึกษานี้สะท้อนว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นพฤติกรรมที่มี ความซับซ้อน และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาหลายด้านร่วมกัน โดยเฉพาะแรงสนับสนุนจากบุคคล รอบข้าง มากกว่าความรู้เพียงอย่างเดียว ดังนั้น การส่งเสริมโภชนาการควรมุ่งเน้นการเสริมพลังทางสังคมและ การสนับสนุนจากครอบครัวร่วมด้วย มากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางการพยาบาล ในการสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการบริโภคอาหาร การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และเพิ่มการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในเรื่องของโภชนาการที่เหมาะสม ผ่านสื่อทั้งการให้ความรู้ที่หน่วยบริการและออนไลน์ โดยเพิ่มในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับสตรีตั้งครรภ์และตัวสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์
3. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยปัจจัยเชิงทำนายเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นลำดับต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษากับกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเฉพาะกลุ่ม โดยเก็บข้อมูลในสถานพยาบาล ระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ข้อมูลมีความหลากหลาย สามารถนำไปวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เหมาะสมแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการบริการฝากครรภ์คุณภาพ เช่น สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแม่เลี้ยงเดี่ยว สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น
2. ควรศึกษาพฤติกรรมด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์แต่ละไตรมาส เพื่อนำไปวางแผนโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมด้านโภชนาการในแต่ละไตรมาสต่อไป
3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมด้านโภชนาการต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในระยะยาว เช่น น้ำหนักทารกแรกเกิด ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). รายงานผลการดำเนินงานโครงการแม่วัยรุ่น พ.ศ. 2568. https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/202509/m_magazine/
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ข้อมูลการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี. รายงานประจำปี การเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย 2564. กลุ่มพัฒนาระบบข้อมูล กองแผนงาน กรมอนามัย, from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report>
- กริช เรืองไชย และ อภิญญา อุตระชัย. (2565). ความรู้ด้านโภชนาการ การบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในวัยรุ่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(1), 101-115.
- ชนิษฐา เมฆมกล และ อารีรัตน์ วิเชียรประภา. (2561). บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่น. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(2), 69 - 77.
- ชนาภา งามฉาย, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และ สุพิศ ศิริอรุณรัตน์. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(1), 48-59.
- ฐิตารีย์ ดิชาภิรมย์, จันทรัตน์ เจริญสันติ, และ พรณพิล ศรีอารณ. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 46(3), 157-168.
- ธารินทร์ สีสาทิวนนท์, โสเพ็ญ ชูวน, และ สุนันทา ยั่งยืนเศรษฐ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 10(2), 25-37.
- นพพร วุฒิธรรม, พรทิพย์ กวินสุพร, และ เกษรวิ ละม้ายสกุล. (2560). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้านโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น: กรณีโรงพยาบาลกระทุ่มแบนในจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 23(3), 405 - 415.
- นุชราพรรณ วงษ์มัน, พงนิย เสี่ยมจิตต์, และ จำลอง วงษ์ประเสริฐ. (2557). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(1), 211-235.
- ปัญญา สนั่นพานิชกุล และ ยศพล เหลืองโสมนภา. (2558). การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น: ปัจจัยทางด้านการตลาดที่มีผลต่อทารก. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 32(2), 147-156.
- รัตนารณ ตามเที่ยงตรง, ศิริวรรณ แสงอินทร์, และ วรณิ เดียววิเศษ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(1), 49-60.
- ศรีธน มังคะมณี และ ขวัญใจ เพทายประกายเพชร. (2567). บทบาทของความเชื่อด้านสุขภาพในพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน กรณีศึกษาในเขตสุขภาพที่ 5. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 4(3), 118-129.
- สุวรรณี โลงุข และ มยุรี นิรัตธาด. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุรีย์วรรณ สีสาดเลา, ธรรมศักดิ์ สายแก้ว, วรรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว, กล้านรงค์ วงศ์พิทักษ์, และ ธัญญะ พรหมศร. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของนักศึกษาพยาบาลราชภัฏสวนสุนันทา ศูนย์การศึกษาจังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ*, 1(1), 61-72.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ในคลินิกฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- Appiah, P. K., Naa Korklu, A. R., Bonchel, D. A., Fenu, G. A., & Wadga-Mieza Yankey, F. (2021). Nutritional knowledge and dietary intake habits among pregnant adolescents attending antenatal care clinics in urban community in Ghana. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2021, 8835704. <https://doi.org/10.1155/2021/8835704>
- Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Objectives. Handbook I: The Cognitive Domain*. McKay.

- Branum, A.M., Sharma, A.J. & Deputy, N.P. (2016). QuickStats: Gestational Weight Gain Among Women with Full-Term, Singleton Births, Compared with Recommendations - 48 States and the District of Columbia, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65(40), 1121.
- Chairat, T., Ratinthorn, A., Limruangrong, P., & Boriboonhirunsarn, D. (2023). Prevalence and related factors of inappropriate gestational weight gain among pregnant women with overweight/ obesity in Thailand. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 319. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05635-0>
- Martinez, G. N., & Cribbie, R. (2021). Incidence and interpretation of statistical suppression in psychological research. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 53(4), 480–488. <https://doi.org/10.1037/cbs0000267>
- NHS England. (2019), *NHS Maternity Statistics, England 2018-19*. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-maternity-statistics/2018-19>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th ed.). Pearson.
- Polit, D. F., & Beck, C., T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9th ed.). Walter Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins.
- Rundle, R., Soltani, H., & Duxbury, A. (2018). Exploring the views of young women and their healthcare professionals on dietary habits and supplementation practices in adolescent pregnancy: A qualitative study. *BMC nutrition*, 4(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s40795-018-0254-7>
- Stang, J., & Huffman, L. G. (2016). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Obesity, reproduction, and pregnancy outcomes. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(4), 677–691. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2016.01.008>
- Whisner, C. M., Bruening, M., & O'Brien, K. O. (2016). A brief survey of dietary beliefs and behaviors of pregnant adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(5), 476–481. <https://doi.org/10.1016/j.jpbg.2016.03.002>
- World Health Organization. (2024). *Adolescent Pregnancy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- World Health Organization. (2025). *World Health Statistics 2025: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381418/9789240110496>
- World Health Organization. (n.d). *The World Health Survey: Sampling Guidelines for Participating Countries*. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whssamplingguidelines>

ผลของการพัฒนานวัตกรรม “DSHR Smart Bag” เพื่อการส่งเสริมความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม ในการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
The development of an innovation development “DSHR Smart Bag” to promote knowledge, attitudes, behavior control intake sodium enhance to control blood pressure in hypertension patients

อวินันท์ บัวประชุม¹, อังคณา เรือนก้อน¹, อภิเชษฐ์ พูลทรัพย์^{1*}, และ นพรัตน์ ธรรมวงษา²,
Awinon Buaprachum¹, Angkhana Ruankon¹, Apichead Poonsub^{1*}, and Nopparat Thammawongsa²,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก¹

Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.¹

คณะเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี²

Faculty of Technology, Udonthani Rajabhat University²

*ผู้ให้กรติดต่อ (Corresponding) e-mail: apichead@bcnb.ac.th

(Received: 7 May, 2026; Revised: 26 May, 2026; Accepted: 31 May, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนานวัตกรรม “DSHR Smart Bag” ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนานวัตกรรม 3) ทดลองใช้นวัตกรรม 4) ประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 2) นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” 3) แบบบันทึกความดันโลหิต 4) แบบประเมินความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม และ 5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา paired t-tests และ independent t-tests

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองที่ใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรูปแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ 2) ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองที่ใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรูปแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ข้อเสนอแนะ นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: นวัตกรรม, การควบคุมโซเดียม, ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรม, ความดันโลหิตสูง

Abstract

This research and development (R&D) study aimed to develop the "DSHR Smart Bag" innovation. The research was conducted in four phases: 1) situational study and analysis, 2) innovation development, 3) innovation implementation, and 4) effectiveness evaluation. Participants were selected using purposive sampling, and the sample size was determined using G*Power software. The research instruments included 1) an in-depth interview guide, 2) the "DSHR Smart Bag" innovation, 3) a blood pressure recording form, 4) questionnaires assessing knowledge, attitudes, and sodium intake control behaviors, and 5) a satisfaction assessment form for the innovation. Data were analyzed using descriptive statistics, paired *t*-tests, and independent *t*-tests.

The results revealed that: 1) The experimental group utilizing the "DSHR Smart Bag" demonstrated significantly higher mean scores in knowledge, attitudes, and sodium intake control behaviors compared to the control group receiving conventional care ($p < 0.05$). 2) The experimental group exhibited significantly lower blood pressure levels than the control group ($p < 0.05$).

Recommendation: The "DSHR Smart Bag" innovation can be effectively utilized to promote knowledge, attitudes, and sodium intake control behaviors, thereby managing blood pressure levels among hypertensive patients.

Keywords: innovation, sodium control, knowledge, attitude, behavior, hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากร โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่า ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1,300 ล้านคน และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้น แต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และในปี พ.ศ. 2568 คาดว่า จะเพิ่มจำนวนเป็น 1.56 พันล้านคน (World Health Organization, 2021) สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น อาจแสดงอาการต่างๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565)

ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นมัจจุราชเงียบ ไม่สามารถรักษาหายขาดได้ แต่สามารถควบคุมด้วยการใช้ยาโดยรับประทานยาตามแผนการรักษา และไม่ใช้ยา ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทาน โดยรับประทานอาหารตามแนวทางหลักบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง (dietary approaches to stop hypertension: DASH) คือ อาหารลดเค็ม (low salt diet) ลดอาหารรสจัด ลดเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน หรือน้ำปลาไม่เกิน 3-4 ช้อนชาต่อวัน ลดอาหารแปรรูป เช่น กุนเชียง หมูยอ แฮม ไส้กรอก อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง อาหารที่มีผงฟู ควรรับประทานอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน เพราะใยอาหารปริมาณสูงจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการลดระดับความดันโลหิต 2) ออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 5 วัน หรือรวมเป็นระยะเวลาสัปดาห์ละ 150 นาที หรือเพิ่มกิจกรรมทางกาย 3) ควบคุมน้ำหนักให้ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) อยู่เกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ 4) จัดการความเครียด 5) จำกัดหรืองดแอลกอฮอล์ โดยในผู้หญิงไม่ควรเกิน 1 ดั้มมาตรฐานต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 2 ดั้มมาตรฐานต่อวัน 6) เลิกสูบบุหรี่ (นพพร วุฒิธรรม, 2562) เป็นต้น

การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพราะความดันโลหิตสูงมีค่าความดันโลหิต (Blood pressure: BP) 140/90 มม.ปรอท หรือมากกว่า จะส่งผลให้เกิดความดันในหลอดเลือดแดงสูงขึ้น กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกกระตุ้นให้หลั่งสารเคมีของกระบวนการอักเสบ ได้แก่ ไซโตไคน์ (cytokines) อินเตอร์ลิวคิน (interleukins) คีโมไคน์ (chemokines) เกิดการอักเสบภายในหลอดเลือด และเกิดกระบวนการซ่อมแซมเพื่อปรับสมดุลของเนื้อเยื่อหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงเกิดไฟโบรซิส (fibrosis) หลอดเลือดแดงตีบตัว (vasoconstriction) (Kucmierz et al, 2021; Xiao & Harrison, 2020) โดยเฉพาะเกิดรอยโรคต่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญ ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะขาดเลือดมาเลี้ยงที่จอประสาทตา (retinopathy) ไตเสื่อมหน้าที่ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (Kucmierz et al, 2021) โรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ควบคุมได้ด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ของผู้ป่วย เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถที่จะดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้ถูกต้อง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมได้ ก็ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จึงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ นอกจากนี้ การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต จากการศึกษาการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค พบว่าช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 8 - 14 มม.ปรอท (Lawrence et.al., 2013) และการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมน้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือ 1,500 มิลลิกรัม จะช่วยลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 2 - 8 มม.ปรอท (Joint National Committee, 2017) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการลดการบริโภคเกลือในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยลดการบริโภคเกลือลง 4.6 กรัมต่อวัน พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) ลดลง 22.7 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) ลดลง 9.1 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว (Lawrence et al, 2013) จากการศึกษาผลจากการได้รับโซเดียมปริมาณสูงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคโซเดียมในปริมาณมากเกินไป (5 กรัม/วัน) มีผลอย่างชัดเจนต่อการเกิดความดันโลหิตสูง โดยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก จะเพิ่มขึ้น 2.86 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) ต่อการบริโภคโซเดียมเพิ่ม 1 กรัม และปริมาณการบริโภคโซเดียมมีความสัมพันธ์กับอัตราการตาย รวมทุกสาเหตุและยังมีรายงานแสดงให้เห็นว่าการลดการบริโภคโซเดียมลงจะมีผลให้ความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีความดันโลหิตปกติลดลงได้ทั้งสองกลุ่ม รวมถึงจะสามารถลดความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานได้ด้วย ซึ่งการลดบริโภคโซเดียมมีผลทั้งการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565) โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ลดเกลือโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลกในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ ภายใน พ.ศ. 2568 โดยกำหนดให้ลดเกลือและโซเดียมลงร้อยละ 30 ภายใน พ.ศ. 2568 (World Health Organization, 2013) จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า คนไทยนิยมรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ในขณะที่การรับประทานผักผลไม้อยู่ในระดับที่น้อยกว่า 400 กรัมต่อวัน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) อาหารเหล่านี้มีปริมาณโซเดียมและไขมันสูง ซึ่งโซเดียมที่ได้จากการกินอาหารจะส่งผลต่อระดับความดันโลหิตสูงโดยตรง เนื่องจากเกลือโซเดียมในร่างกายที่สูงขึ้นจะส่งผลให้ร่างกายมีการดูดน้ำกลับเข้าสู่หลอดเลือดได้มากขึ้น ส่งผลให้ผนังด้านในของหลอดเลือดมีปริมาณเลือดและความต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการปรับเปลี่ยนวิธีการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

ประเทศไทย จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเกลือพบว่าสูงถึง 2 เท่าของปริมาณที่ ร่างกายต้องการ ทำให้พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 66 เขตสุขภาพที่ 2 พบร้อยละ 47 และจังหวัดพิษณุโลกพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ผ่านการคัดกรอง จำนวน 4,509 คน และในอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลกมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ผ่านการคัดกรอง จำนวน 3,053 คน (Health Data Center, 2565) ผลกระทบจากการควบคุมโรคไม่ได้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น ทำให้พบผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นในชุมชน ในปัจจุบันพบว่า อาหารที่มีโซเดียมแฝงไม่ได้มาจากการรับประทานเค็มเท่านั้น โดยอาหารธรรมชาติก็มีโซเดียมเล็กน้อย การปรุงแต่งรสหรือการแปรรูปอาหารทำให้อาหารมีปริมาณโซเดียมสูงเพิ่มมากขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ปรากฏอาการที่ชัดเจน และยังขาดความรู้ความเข้าใจและขาดความตระหนักส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ รวมทั้งการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อควบคุมการบริโภคโซเดียม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ในการให้ความรู้การจะเลือกนวัตกรรมมาใช้ในการให้ความรู้ ควรมีประสิทธิภาพ เข้าใจง่าย ประกอบคำอธิบายควรต้องเข้าใจลักษณะของเฉพาะของสื่อแต่ละชนิดว่าสามารถสร้างความ

สนใจ และให้ความหมายต่อประสบการณ์การเรียนรู้แก่ผู้ป่วยได้ จากการสอบถาม ผู้ป่วยจำนวน 10 ราย พบว่ารู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่ยังขาดความรู้ในเรื่องของการควบคุมปริมาณโซเดียมที่รับประทานในแต่ละวัน มีความต้องการเครื่องมือหรือแนวทางที่นำมาใช้ในการเรียนรู้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยผลของการใช้สื่อนวัตกรรมอีก (รัก) ไต่ต่อความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ปราณี แสดคง และคณะ, 2561) ซึ่งแสดงว่าการให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเชื่อ และนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้น ควรมีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้ความรู้ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) (Becker & Maiman, 1975) มีจุดเน้นที่พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย หากผู้ป่วยสามารถรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้จากการศึกษาที่ผ่านมา มีงานวิจัยที่นำโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังพบว่าแนวโน้มของการเกิดโรคยังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลทางด้านสุขภาพจะเป็นการช่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมเหมาะสมได้ ซึ่งการพัฒนาวัตกรรมการ “DSHR Smart Bag” ในการให้ความรู้จะเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่เห็นเป็นรูปธรรมและนำไปใช้ได้จริงสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาวัตกรรมการ “DSHR Smart Bag” เพื่อการส่งเสริมความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์วิจัย

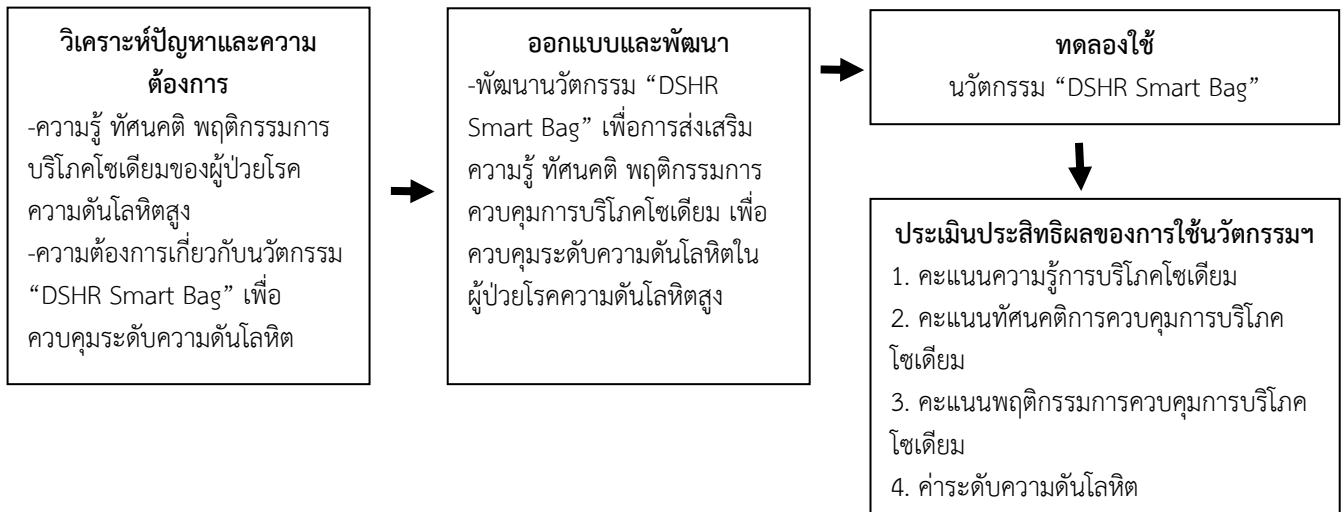
1. เพื่อสำรวจสถานการณ์ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อออกแบบและพัฒนาวัตกรรมการ “DSHR Smart Bag” ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของวัตกรรมการ “DSHR Smart Bag” ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐาน

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองที่ใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรูปแบบปกติ
2. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองที่ใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรูปแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรม “DSHR Smart Bag” เพื่อการส่งเสริมความรู้ ทักษะ ทักษะการควบคุมการบริโภคโซเดียม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Becker และ Maiman (1975) และใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในการออกแบบและพัฒนานวัตกรรมที่นำไปใช้เพื่อการส่งเสริมความรู้ ทักษะ ทักษะการควบคุมการบริโภคโซเดียม ในการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 4 ระยะ 1) ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนานวัตกรรม 3) ทดลองใช้นวัตกรรม 4) ประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรม ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้การรับประทานโซเดียมเกินของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงผลของการรับประทานโซเดียมเกินต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประสิทธิภาพการลดการรับประทานโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สถานการณ์การบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของชุมชนในการบริโภคโซเดียม แนวทางเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเครื่องมือ การสื่อสาร ช่องทางการได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมกับโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาสถานการณ์จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นรายบุคคลตามแนวคำถามกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 10 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมือง จังหวัด

พิษณุโลก จำนวน 30 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* power กำหนดขนาดอิทธิพลที่ 0.80 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.95 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กิ่งโครงสร้างเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหา ความรู้ ทักษะ ทักษะการควบคุมปริมาณโซเดียม เพื่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ทีมผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ครอบคลุมความรู้ ทักษะ ทักษะการควบคุมปริมาณโซเดียม และแบบสอบถามแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับความดันโลหิต และการใช้ยาในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต จำนวน 10 ข้อ ตอบข้อคำถามตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต จำนวน 10 ข้อ ตอบข้อคำถามตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต มีคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ เป็นการสอบถามข้อมูลในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

ปฏิบัติทุกวัน	หมายถึง	ปฏิบัติ 7 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติน้อย	หมายถึง	ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์แบบสอบถาม แบบบันทึก แบบประเมิน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบว่าแต่ละข้อคำถาม วัดได้ตรงตามสิ่งที่ต้องการวัดหรือไม่ หลังจากนั้นได้นำแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบบันทึก แบบประเมินมาแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ และ ใช้สำนวนภาษาที่เหมาะสม วิเคราะห์ด้วยดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence) ได้ค่า IOC 0.80

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่ม ตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คน และนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่า 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ป่วยเพศชาย หรือเพศหญิงมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 35-60 ปี ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่มีโรคร่วม ส่วนพยาบาลวิชาชีพเป็นเพศชายหรือเพศหญิง อายุ 22-59 ปี ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตพื้นที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป สัมภาษณ์เชิงลึกและสอบถามโดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง และนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ สรุปผล และจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม-31 มีนาคม พ.ศ.2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนานวัตกรรม

โดยผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์ในขั้นตอนที่ 1 มาสังเคราะห์ออกแบบนวัตกรรม ซึ่งนวัตกรรมที่ได้เป็นลักษณะรูปแบบกล่องให้ความรู้ในการชั่งตวงปริมาณโซเดียมตามผู้ป่วยเลือกรับประทานตามเมนูอาหารเปรียบเทียบกับระดับความดันโลหิต ชื่อ “DSHR Smart Bag” ประกอบด้วย 1) ตาชั่งใช้สำหรับชั่งตวงวัดปริมาณโซเดียม 2) ตารางแสดงระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับปริมาณโซเดียมโดยแบ่งระดับความดันโลหิตตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี 3) กล่องเมนูอาหารตัวอย่างที่แสดงปริมาณโซเดียมในแต่ละรายการที่ใช้ในการสื่อความรู้จากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร และ 4) คู่มือวิธีการใช้กล่อง DSHR Smart Bag DSHR (Decrease Sodium, Decrease Hypertension, Decrease Renal failure) ประกอบด้วย ความรู้ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย การฉายาในเบื้องต้น และการงดสูบบุหรี่ดื่มสุรา แล้วนำนวัตกรรมไปทดลองใช้ Try out ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 ราย และตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน-31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” คือ กล่องให้ความรู้การชั่งตวงปริมาณโซเดียมตามผู้ป่วยเลือกรับประทานตามเมนูอาหารเปรียบเทียบกับระดับความดันโลหิต และแบบสอบถาม โดยการทำงานของนวัตกรรมคือผู้ป่วยต้องทราบระดับความดันโลหิตของตนเองพื้นฐานของตนเอง จัดอยู่ในกลุ่มสีใดของป้องกันจรรยา 7 สี และให้เลือกเมนูอาหารตามผู้ป่วยเลือกรับประทานหรือรับประทานเป็นประจำ ระบบจะแสดงปริมาณโซเดียมพร้อมกับระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นพร้อมด้วยกลุ่มสีป้องกันจรรยา 7 สีที่เปลี่ยนตามเมนูอาหารที่ผู้ป่วยเลือก และให้ความรู้ในการปฏิบัติตามคู่มือ DSHR Smart Bag

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำนวัตกรรม “DSHR Smart Bag” ไปทดลองใช้โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 ราย ระยะเวลา 1 เดือน ประเมินผลและวิเคราะห์ปัญหาหลังการใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” ปรับปรุงก่อนที่นำไปใช้จริงในขั้นตอนต่อไปเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 -31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล จากปัญหา อุปสรรคของการทดลองใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” เพื่อนำมาปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

ระยะที่ 3 นำนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น ไปทดสอบประสิทธิภาพกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลกจำนวน 70 คน โดยมี กลุ่มที่ใช้นวัตกรรม จำนวน 35 คน และกลุ่มที่ไม่ได้ใช้นวัตกรรม จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” และแบบบันทึกความดันโลหิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยนำนวัตกรรม “DSHR Smart Bag” ที่ประกอบด้วย 1) ตาชั่งใช้สำหรับชั่งตวงวัดปริมาณโซเดียม 2) ตารางแสดงระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับปริมาณโซเดียมโดยแบ่งระดับความดันโลหิตตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี 3) กล่องเมนูอาหารตัวอย่างที่แสดงปริมาณโซเดียมในแต่ละรายการที่ใช้ในการสื่อความรู้จากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร และ 4) คู่มือวิธีการใช้กล่อง DSHR Smart Bag DSHR (Decrease Sodium, Decrease Hypertension, Decrease Renal failure) ไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน ในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม- 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ จำนวน 35 คน ในระหว่างวันที่ 1

พฤษภาคม- 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 3 เดือน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม- 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินผลการใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” จากการลงบันทึกค่าความดันโลหิตจากแบบบันทึกความดันโลหิต

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรม โดยการใช้แบบประเมินความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม และวัดความดันโลหิตโดยเครื่องวัดความดันโลหิตเพื่อประเมินระดับความดันโลหิตหลังจากการใช้นวัตกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมฯ เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

เกณฑ์ในการให้คะแนน

คะแนน 4 หมายถึง มีความพอใจต่อการใช้นวัตกรรมฯมากที่สุด

คะแนน 3 หมายถึง มีความพอใจต่อการใช้นวัตกรรมฯมาก

คะแนน 2 หมายถึง มีความพอใจต่อการใช้นวัตกรรมฯปานกลาง

คะแนน 1 หมายถึง มีความพอใจต่อการใช้นวัตกรรมฯน้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรม โดยใช้ แบบประเมินความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มที่ใช้นวัตกรรม และกลุ่มที่ไม่ได้ใช้นวัตกรรม และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมฯ ระหว่างวันที่ 1-31 สิงหาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรม เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียม และระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มควบคุมและทดลองโดยใช้สถิติ (paired t-test) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียม และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลองโดยใช้สถิติ (Independent t-test)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ CoA No. 016/2566, REC No. 007/2566 วันที่รับรอง 31 มกราคม พ.ศ. 2567 การเข้าร่วมการวิจัยเป็นตามความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาตามปกติ นำเสนอผลวิจัยในภาพรวมและเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์สถานการณ์ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้การรับประทานโซเดียมเกินของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ถึงผลของการรับประทานโซเดียมเกินต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประสิทธิภาพการลดการรับประทานโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สถานการณ์การบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ความเชื่อ

ค่านิยม และวิถีชีวิตของชุมชนในการบริโภคโซเดียม แนวทางเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเครื่องมือ การสื่อสาร ช่องทางการได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า

1) ด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 86.8 ของกลุ่มเป้าหมาย เห็นว่าผู้ที่มิระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยมีอาการแสดง คือ ปวดศีรษะ ปวดตึงต้นคอ มึนงง หรือตาพร่ามัว และคนที่เป็โรคความดันโลหิตสูงควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท

2) ด้านการรับรู้การรับประทานโซเดียมเกินของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเห็นว่าการรับประทานเกลือมีประโยชน์ต่อร่างกาย ถ้าร่างกายขาดเกลือ (โซเดียม) ระบบต่างๆในร่างกายจะทำงานผิดปกติ

3) ด้านการรับรู้ถึงผลของการรับประทานโซเดียมเกินต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการรับประทานเกลือเกินมีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคือ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ไตทำงานหนักขึ้น การที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อร่างกาย คือ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไตและกลุ่มเป้าหมายทุกคนเห็นว่าตนเองมีความเสี่ยง/มีโอกาที่จะเกิดอันตรายจากการไม่ควบคุมการรับประทานเกลือ (โซเดียม)

4) ด้านประสบการณ์การลดการรับประทานโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาหารจานด่วน อาหารตามสั่งประกอบไปด้วยเครื่องปรุงรส เช่น เกลือ ปลา ร้า ผงชูรส รสดี น้ำปลา ซอสปรุงรส ซอสหอย ซีอิ้วขาว ซึ่งในอาหารแต่ละจานประกอบไปด้วยเครื่องปรุงมากกว่า 1 ชนิดเพื่อช่วยให้อาหารมีรสชาติที่อร่อยขึ้น และจากกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ประกอบอาหารรับประทานเองและใช้เครื่องปรุงหลายชนิดประกอบกันเนื่องจากอาหารที่ปรุงต้องรับประทานทั้งครอบครัวรสชาติของอาหารจึงต้องถูกปากทุกคนในบ้าน และบางส่วนมีความจำเป็นต้องซื้ออาหารถุงมารับประทานเนื่องจากมีภาระหน้าที่การทำงานที่ต้องรับผิดชอบมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา บางส่วนอยู่คนเดียวการซื้ออาหารถึงรับประทานเป็นทางเลือกที่ง่ายกว่าการทำอาหารรับประทานเอง ส่วนของอาหารสำเร็จรูปกลุ่มเป้าหมายมีติดไว้ที่บ้านเช่น ปลากระป๋อง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ผักกาดดองกระป๋อง จะนำออกมารับประทานบางครั้ง ในส่วนของอาหารแห้ง อาหารหมักดองจะไม่ซื้อมาติดบ้านไว้ ถ้าอยากรับประทานจะซื้อในบางครั้งหรือเมื่อมีโอกาสเดินทางไปสถานที่ท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงของอาหารประเภทนี้ก็จะซื้อมารับประทาน โดยไม่ได้ลดปริมาณโซเดียม

5) ด้านสถานการณ์การบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายในช่วงระยะเวลา 3 วันที่ผ่านมารับประทานอาหารประเภทไหนเป็นส่วนใหญ่โดยส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารที่ปรุงเอง และซื้ออาหารถุงมารับประทาน ซึ่งโดยส่วนใหญ่ไม่ได้ควบคุมปริมาณเกลือ (โซเดียม) และคิดว่ารับประทานไม่เกิน เพราะรสชาติอาหารถูกปากพอดี

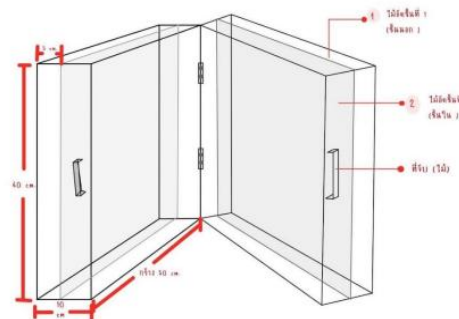
6) ด้านความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของชุมชนในการบริโภคโซเดียม จากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับความคิดในการลดการรับประทานเกลือ/โซเดียมของตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่คิดที่จะลดการรับประทานเกลือ/โซเดียมของตนเอง แต่ยังไม่สามารถทำได้เนื่องจากยังติดในรสชาติอาหารที่ต้องอร่อยถูกปากจึงทำได้บางครั้งเมื่อไปตรวจตามนัดและแพทย์ให้คำแนะนำ แต่ก็ทำได้ไม่กี่มื้ออาหารก็กลับไปปรุงอาหารที่มีรสชาติอร่อยเหมือนเดิมอีกทั้งคนในครอบครัวก็ยังปรับตัวกับการรับประทานอาหารที่มีรสชาติจืดไม่ได้ จึงทำได้ในบางครั้งเมื่อได้รับการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่ และด้วยระยะเวลาที่เร่งรีบเนื่องจากต้องทำงานจึงต้องรับประทานอาหารตามสั่งและอาหารถุงเช่นเดิมจึงยังไม่สามารถที่จะลดการรับประทานเกลือ/โซเดียมลงได้

7) ด้านแนวทางเพื่อลดการบริโภคโซเดียมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายพบว่า กลุ่มเป้าหมายต้องการให้ครอบครัวมีความรู้ในเรื่องของอาหารชนิดต่างๆว่ามีปริมาณเกลือ/โซเดียมมากน้อยเพียงใด วิธีการเลือกเครื่องปรุงอาหาร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหารอย่างไรจึงจะควบคุมความดันโลหิตได้ ต้องการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ความรู้ และคอยตักเตือน กำกับติดตามเป็นระยะ และต้องการให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่วยเหลือหรือสนับสนุนโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เรื่องการรับประทานอาหารที่มีเกลือ/โซเดียมเป็นส่วนประกอบให้เห็นภาพชัดเจน มีตัวอย่างที่สามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้กับตนเองได้ โดยที่ไม่ใช้การให้คำแนะนำปากเปล่า

8) ด้านเครื่องมือ การสื่อสาร ช่องทางการได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมกับโรคความดันโลหิตสูง จากการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายพบว่า สื่อการเรียนรู้ที่นำมาใช้ในการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเกลือ/โซเดียม ควรเป็นในรูปแบบที่ผู้ป่วยมองเห็นภาพชัด สัมผัสได้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้

ระยะที่ 2 การพัฒนานวัตกรรม

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์ในขั้นตอนที่ 1 มาสังเคราะห์เพื่อออกแบบนวัตกรรม แล้วนำรูปแบบที่ผ่านการตรวจสอบไปทดลองใช้ Try out ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 ราย โดยออกแบบเป็นนวัตกรรมชื่อ “DSHR Smart Bag” เป็นกล่องอุปกรณ์ให้ความรู้ในการชั่งตวงปริมาณโซเดียมตามผู้ป่วยเลือกรับประทานตามเมนูอาหารเปรียบเทียบกับระดับความดันโลหิต ประกอบด้วย 1) ตาชั่งใช้สำหรับตวงวัดปริมาณโซเดียม 2) ตารางแสดงระดับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับปริมาณโซเดียมโดยแบ่งระดับความดันโลหิตตามแนวคิดป้องกันจรรยา 7 สี และ 3) กล่องเมนูอาหารตัวอย่างที่แสดงปริมาณโซเดียมในแต่ละรายการที่ใช้ในการสื่อความรู้จากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร



ออกแบบกล่องอุปกรณ์

- 19 คือ ค่าความดันระดับความดัน เมื่อเทียบกับป้องกันจรรยา 7 สี
- 10 mmHg = 4 mmol
1 mmHg = 1 x 4 / 10
= 0.4 mmol

ป้องกันจรรยา 7 สี	eGFR ต่ำที่สุดใน 1 ปี
ขาว	100
เขียวอ่อน	100 - 7.6 = 92.4
เขียวเข้ม	100 - 7.6 = 92.4
เหลือง	100 - (8-15.6) = 92-84.4
ส้ม	100 - (16-23.6) = 84-76.4
แดง	100 - (31.2) = 68.8
ดำ	ไม่ได้คำนวณเป็นโรคแล้ว

สูตรคำนวณ

1. $4 \times 19 / 10 = eGFR$ ที่น้อย

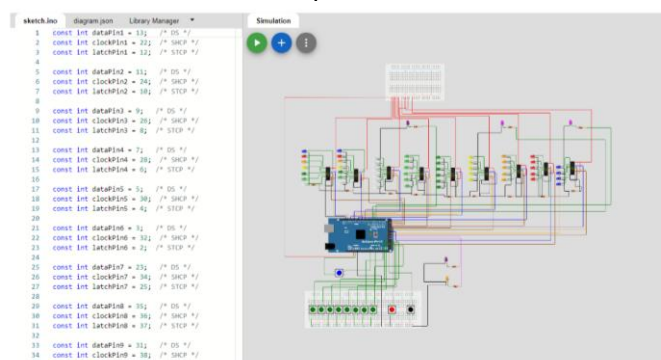
2. ค่าโซเดียม/ความดันโลหิต

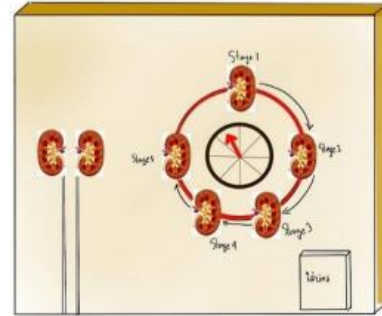
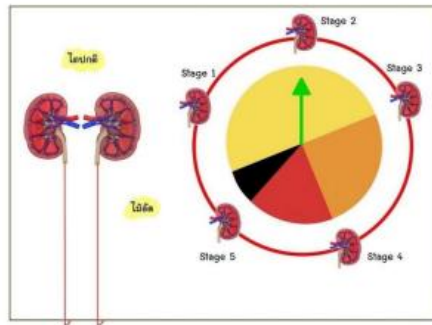
ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยสีเขียวอ่อน มีค่า SBP อยู่ที่ 120/80 mmHg, กินผักผลไม้ 1,200 mg ส่งผลให้ SBP สูงถึง 141 mmHg, ค่าความดันขึ้น 21 mmHg

คำนวณคือ $21 \times 4 / 10 =$ ค่าโซเดียม/ความดันโลหิต

ความดันโลหิต (mmHg)	ปริมาณโซเดียม (มก./วัน)	ภาวะแทรกซ้อนโรคไตโดยเป็นอันตรายถึงชีวิต	
กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางไต	3,000	ไม่ควรรับไตมากกว่า 2,000 มก./วัน	ไม่ควรรับไตมากกว่า 1,500 มก./วัน
180/110	1,000	162/100	162/101-180/109
160/100	1,500	151/96	170/105
179/109	1,999	169/104	190/115
140/90-159/99	1,000	141/91	160/100
<139/89	500	140/90	159/99
120/80-139/89	51-499	130/85	148/93
< 120/80	<50	121/81	140/90
		139/89	140/100

ออกแบบตารางคำนวณปริมาณโซเดียมกับอัตราการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต และจัดเข้ากลุ่มป้องกันจรรยา 7 สี





ออกแบบวงจรไฟฟ้าควบคุมการทำงานของชนิดอาหารกับปริมาณโซเดียมกับการทำนายภาวะไตเสื่อมระยะต่างๆ



นวัตกรรม “DSHR Smart Bag”

- คู่มือ DSHR Smart Bag DSHR คือ Decrease Sodium, Decrease Hypertension, Decrease Renal failure ประกอบด้วย วิธีการใช้กล่อง DSHR Smart Bag ความรู้ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย การใช้ยาในเบื้องต้น และการงดสูบบุหรี่ดื่มสุรา

ผลการศึกษา จากการทดลองใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” เป็นกล่องอุปกรณ์ให้ความรู้ในการชั่งตวงปริมาณโซเดียมตามผู้ป่วยเลือกรับประทานตามเมนูอาหารเปรียบเทียบกับระดับความดันโลหิต กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” สามารถใช้ได้จริง ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือ/โซเดียม กับระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น และสอดคล้องความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะไตเสื่อม และมีข้อเสนอแนะจากผู้ทดลองใช้ว่าควรเพิ่มในส่วนของเมนูอาหารเพิ่มมากขึ้น

ระยะที่ 3 ผู้วิจัยนำนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น ไปทดสอบประสิทธิภาพกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาดิฉันว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง การดูแลรักษาโรคที่เป็นอยู่ ประสบการณ์การได้รับความรู้และความเชื่อต่อพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=70)

ข้อมูลผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.601 ^b
ชาย	16	45.71	13	37.14	
หญิง	19	54.29	22	62.86	
อายุ (ปี)					0.054 ^a
35-40	1	2.85	2	5.71	
41-45	2	5.71	3	8.57	
46-50	5	14.29	4	11.43	
51-55	8	22.86	9	25.72	
56-60	19	54.29	17	48.57	
สถานภาพสมรส					0.023 ^a
โสด	1	2.86	2	5.71	
สมรส	34	97.14	32	91.43	
หม้าย	0	0	1	2.86	
หย่า / แยก	0	0	0	0	
ระดับการศึกษา					0.238 ^a
ไม่ได้ศึกษา	2	5.71	3	8.57	
ประถมศึกษา	15	42.86	16	45.71	
มัธยมศึกษา/ ปวช.	5	14.29	6	17.14	
อนุปริญญา/ ปวส.	5	14.29	5	14.29	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	7	20.00	4	11.43	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.86	1	2.86	
อาชีพ					0.067 ^a
เกษตรกร	5	14.29	4	11.43	
รับจ้าง	7	20.00	8	22.86	
ค้าขาย	8	22.86	9	25.71	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	10	28.56	9	25.71	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	14.29	5	14.29	
รายได้โดยเฉลี่ย					0.126 ^a
น้อยกว่า 1,000 บาท	5	14.29	5	14.29	
1,001-3,000 บาท	3	8.57	4	11.43	
3,001-5,000 บาท	5	14.29	4	11.43	
5,001-10,000 บาท	7	20.00	8	22.87	
มากกว่า 10,000 บาท	15	42.85	14	40.00	
สิทธิการรักษา					0.274 ^a
สิทธิประกันสังคม	3	8.57	5	14.29	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	22	62.86	24	68.57	
ประกันชีวิตเอกชน	2	5.71	0	0	
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8	22.86	6	17.14	

ข้อมูลผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ผู้ให้การดูแลหลักด้านสุขภาพ					0.385 ^a
สามี/ภรรยา	23	65.71	26	74.29	
บุตร	9	25.71	7	20.00	
พ่อ/แม่	2	5.71	0	0	
พี่/น้อง	1	2.86	2	5.71	
ไม่มี	0	0	0	0	

หมายเหตุ : a ทดสอบด้วย Chi square test, b ทดสอบด้วย Fisher's Exact test, *p< 0.05

ตาราง 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 45.71 ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 62.86 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 56-60 ปี ร้อยละ 54.29 และ 48.57 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 97.14 และ 91.43 ตามลำดับ และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=70)

ข้อมูลผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง (ปี)				
1-5	5	14.29	3	8.57
6-10	13	37.14	14	40.00
≥ 10	17	48.57	18	51.43
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง				
- ไม่มี	34	97.14	35	100
- มี	1	2.86	0	0
การดูแลรักษาโรคที่เป็นอยู่				
กินยาแผนปัจจุบัน	35	100	35	100
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ควบคุมอาหาร, ออกกำลังกาย, ฯลฯ)	30	85.71	31	88.57
ประสบการณ์การได้รับความรู้และความเชื่อต่อพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				
ได้รับ	35	100	35	100
ระดับความดันโลหิต				
-Systolic (mmHg)				
120-139	18	51.43	19	54.29
140-159	15	42.86	16	45.71
160-179	2	5.71	0	0
≥ 180	0	0	0	0
-Diastolic (mmHg)				
80-89	18	51.43	19	54.29
90-99	16	45.71	15	42.85
100-109	1	2.86	1	2.86
≥ 110	0	0	0	0

ข้อมูลผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนัก (kgs)				
≤ 40	1	2.86	1	2.86
41-50	1	2.86	2	5.71
51-60	4	11.43	5	14.29
≥ 61	29	82.85	27	77.14
ส่วนสูง (cms.)				
141-150	21	60.00	19	54.28
151-160	9	25.71	10	28.57
161-170	4	11.43	5	14.29
≥ 171	1	2.86	1	2.86
ดัชนีมวลกาย(BMI) Kg/m2				
< 18.5 (น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์)	0	0	0	0
18.5-22.9 (สมส่วน)	5	14.29	4	11.43
23.0-24.9 (น้ำหนักเกิน)	10	28.57	9	25.71
25.0-29.9 (อ้วน)	19	54.28	21	60.00
≥ 30 (อ้วนอันตราย)	1	2.86	1	2.86

ตาราง 2 พบว่า ข้อมูลภาวะสุขภาพ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ยกเว้นกลุ่มทดลองพบมีภาวะแทรกซ้อน 1 คน ร้อยละ 100 ของทั้ง 2 กลุ่มมีประสบการณ์การได้รับความรู้และความเชื่อต่อพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตาราง 3 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag”

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p
	mean	S.D.	ระดับ	mean	S.D.	ระดับ		
กลุ่มควบคุม (n=35)	48.6	5.98	ปานกลาง	49.1	7.12	ปานกลาง	0.56	0.96
กลุ่มทดลอง (n=35)	52.6	3.48	ปานกลาง	73.6	3.58	สูง	21.1	< .00

หมายเหตุ: ทดสอบด้วย Paired t-test, $p < 0.05$

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้นวัตกรรมค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้นในระดับสูง ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .00$) ส่วนในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต อยู่ในระดับปานกลางไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 4 เปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag”

ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p
	mean	S.D.	ระดับ	mean	S.D.	ระดับ		
กลุ่มควบคุม (n=35)	38.6	6.99	ปานกลาง	39.1	8.11	ปานกลาง	0.60	0.93
กลุ่มทดลอง (n=35)	52.6	3.47	ปานกลาง	77.4	2.58	สูง	23.1	< .001

หมายเหตุ : ทดสอบด้วย Paired t-test, $p < 0.05$

จากตาราง 4 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้นวัตกรรมค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้นในระดับสูง ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต อยู่ในระดับปานกลางไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag”

พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p
	mean	S.D.	ระดับ	mean	S.D.	ระดับ		
กลุ่มควบคุม (n=35)	47.5	7.99	ปานกลาง	47.6	8.11	ปานกลาง	0.58	0.96
กลุ่มทดลอง (n=35)	51.6	3.47	ปานกลาง	74.7	2.57	สูง	22.1	< .00

หมายเหตุ : ทดสอบด้วย Paired t-test, $p < 0.05$

จากตาราง 5 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต อยู่ในระดับปานกลาง หลังการใช้นวัตกรรมค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้นในระดับสูง พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมกับระดับความดันโลหิต อยู่ในระดับปานกลางไม่มีความแตกต่างกัน

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรม โดยผู้วิจัยวัดความดันโลหิตโดยเครื่องวัดความดันโลหิตเพื่อประเมินระดับความดันโลหิตหลังจากการใช้นวัตกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียมและประเมินความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม ดังตาราง 6-7

ตาราง 6 เปรียบเทียบระดับ ร้อยละ ความดันโลหิตก่อนและหลังของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag”

ระดับความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระดับความดัน
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
-Systolic (mmHg)					
120-139	18	51.43	17	48.57	ลดลง
140-159	15	42.86	14	40.00	ลดลง
160-179	2	5.71	2	5.71	ลดลง

ระดับความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระดับความดัน
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
-Dyastolic (mmHg)					
80-89	18	51.43	17	48.57	ลดลง
90-99	16	45.71	15	42.86	ลดลง
100-109	1	2.86	1	2.86	ลดลง

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ นวัตกรรม “DSHR Smart Bag”

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. นวัตกรรมทำให้ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มี โซเดียมกับระดับความดันโลหิต	3.85	0.60	มาก
2. นวัตกรรมมีความเหมาะสมต่อการใช้งาน	3.75	0.58	มาก
3. นวัตกรรมมีประโยชน์ต่อท่านและประชากรทุกคนในชุมชน	3.94	0.65	มาก
4. นวัตกรรมมีความเรียบง่าย	3.68	0.54	มาก
5. นวัตกรรมมีความน่าสนใจ	3.86	0.56	มาก
6. นวัตกรรมมีความปลอดภัยในการใช้งาน	3.98	0.69	มาก
7. นวัตกรรมทำให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มี ประสิทธิภาพ ไม่ฟุ่มเฟือย	3.84	0.54	มาก
8. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ ถ่ายทอดให้แก่ชุมชนได้	3.92	0.68	มาก
9. ท่านมีความพึงพอใจนวัตกรรม	3.98	0.69	มาก
ภาพรวม	3.87	0.61	มาก

ตาราง 7 แสดงระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.87) เมื่อพิจารณาความคิดเห็นรายข้อ พบว่า ระดับความพึงพอใจที่มี ค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ นวัตกรรมมีความปลอดภัยในการใช้งาน (ค่าเฉลี่ย = 3.98) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก รองลงมา ได้แก่ นวัตกรรมมีประโยชน์ต่อท่านและประชากรทุกคนในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 3.94) ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ นวัตกรรมมีความเรียบง่าย มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.68)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยทั้ง 2 ข้อ คือ

1) ค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองที่ใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแล รูปแบบปกติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกลุ่มทดลองที่ได้ใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” ช่วยในการส่งเสริมความรู้ตาม ทักษะ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Becker และ Maiman (1975) เพื่อให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและ การป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค ปัจจัยร่วมและแรงจูงใจ ทำให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตใน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Becker & Maiman, 1975) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพ ตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่โรงพยาบาลรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

หลังเข้าโปรแกรม (ค่าเฉลี่ย=10.46, S.D.=1.47) สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม (ค่าเฉลี่ย=7.97, S.D.=2.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.00$) ค่าเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่าก่อนการทดลอง และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.00$) (ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และ กนกกาญจน์ ทิพานุเคราะห์, 2568)

2) ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองที่ใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรูปแบบปกติ ด้วยเหตุผลที่ว่า นวัตกรรม DSHR Smart Bag มีรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความรู้โดยใช้ สบซ โมเดล ซึ่งเป็นการส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรคและคัดกรองผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำแนกออกเป็น 7 สี ทำให้ประชาชนที่ได้ใช้นวัตกรรมเกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนวัตกรรม 7 สี ปันรัก โกลโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพหลังใช้นวัตกรรมสูงกว่าก่อนใช้นวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.76, S.D.= .25) ข้อรายการที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ นวัตกรรมสามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้จริง (Mean=4.87, S.D.= .34) และน้อยที่สุดคือ นวัตกรรมสามารถทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับป้องกันโรค 7 สี มากขึ้น (Mean=4.67, S.D.= .44) และนวัตกรรมมีความแข็งแรง (Mean=4.67, S.D.= .47) (ไศตรีย์ แพน้อย และคณะ, 2567) ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดทางจิตวิทยาที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเชื่อว่ามนุษย์จะตัดสินใจดูแล ป้องกัน หรือรักษาโรค เมื่อบุคคลนั้นประเมินแล้วว่าตนเองมีความเสี่ยง ประโยชน์จากการปฏิบัติมากกว่าอุปสรรค และมีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งการใช้นวัตกรรมเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่ตนเองจะป่วยหรือเป็นโรคเหล่านั้น เช่น การเชื่อว่าตนเองมีกรรมพันธุ์เสี่ยงเป็นเบาหวานจึงมีโอกาสป่วยสูงกว่าคนทั่วไป

จากผลการวิจัยนี้ ผลของการพัฒนานวัตกรรม “DSHR Smart Bag” เพื่อการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถนำไปใช้ประโยชน์กับประชาชน เช่น บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำนวัตกรรม “DSHR Smart Bag” เพื่อการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเสริมสร้างความรู้และสุขภาพชุมชนที่ดีแก่ประชาชนต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการควบคุมการบริโภคโซเดียม เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. ควรเผยแพร่และขยายผลการใช้นวัตกรรม “DSHR Smart Bag” ไปยังผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้น เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุพบผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก และเป็นการชะลอความเสื่อมตามวัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาทดลองนวัตกรรมกับผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชั้นคลินิกเพิ่มเติม และเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาผลการวิจัยในระยะยาว เช่น 3 เดือนขึ้นไป เพื่อประเมินผลลัพธ์ในระยะยาวได้อย่างชัดเจนมากขึ้น ควรมีการสนับสนุนงบประมาณการการผลิตหรือใช้สื่อนวัตกรรมในการให้ความรู้กับประชาชนเพิ่มมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้ นวัตกรรมมีขนาดใหญ่ทำให้การนำไปใช้ไม่สะดวก ใช้พื้นที่ค่อนข้างมาก จำนวนเมนูอาหารตัวอย่างน้อยถ้าได้รับการพัฒนาต่อควรเพิ่มเมนูอาหารให้มากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจและเห็นความสำคัญของการบริโภคโซเดียม

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). *กรมควบคุมโรค แนะนำประชาชนใส่ใจสุขภาพ วัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอป้องกันโรคความดันโลหิตสูง*. shorturl.at/fwDST
- ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และ กนกกาญจน์ ทีปานุเคราะห์. (2568). ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อความรู้เจตคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ โรงพยาบาลรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา. *วารสารวิชาการศรีปทุม ชลบุรี*, 21(1), 49-61.
- นพพร วุฒิชัย. (2562). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 46(4), 173-182.
- ปราณี แสดคง, ศรีสุตา ลุนพุม, สุรัสวดี พนมแก่น, กันนิษฐา มาเห็ม, และ เตือนฉาย พรเพ็ญ. (2561). ผลของการใช้สื่อนวัตกรรมอีกร(รัก)ไตต่อความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 214-222.
- ไศตรีย์ แพน้อย, ปณัฐตา พรมเสนา, ปณัฐตา พรมเสนา, ชนิตา อินทร์ภักดี, จุฑาภรณ์ เกลี้ยงกลม, จุฑามาศ จันทราภรณ์, ชลดา คงกัลป์, ชลธิชา อินทร์ชื่น, ชาลินี สุวรรณ, ชลิสสา จุล่าย, และ ฐานิดา ไกรชู. (2567). นวัตกรรม 7 สี ปันรักไกลโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 7(2), e270174-e270174.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *สุขภาพคนไทย 2563*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568*. องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
<https://doi.org/10.1097/00005650-197501000-00002>
- Health Data Center. (2565). *Demographic Statistics*. <https://hdc.moph.go.th/>
- Joint National Committee. (2017). *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment High Blood Pressure: National High Blood Pressure Education Program*.
<https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/express.pdf>
- Kucmierz, J., Frak, W., Miyanarska, E., Franczyk, B., & Rysz, J. (2021). Molecular interactions of arterial hypertension in its target organs. *International Journal of Molecular Science*, 22(9669), 2-15. <https://doi.org/10.3390/ijms22189669>
- Lawence, J. A., Catherin, M. C., & David, W. H. (2013). Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control. *Journal of the American Medical Association*, 289(16), 2083-2093. <https://doi.org/10.1001/jama.289.16.2083>
- World Health Organization. (2013). *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Xiao, L., & Harrison, D. G. (2020). Inflammation in Hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*, 36(5), 635-647. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.01.013>

ประสบการณ์ความแข็งแกร่งในชีวิตของครอบครัวที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19

The Lived Experiences of Resilience among Families Affected by COVID-19

อังคณา เรือนก้อน¹, สุวรรณี สร้อยสงค์^{2*}, และ สุกัญญา อีระวรรณ³Angkhana Ruankon¹, Suwannee Sroisong^{2*}, Sukanya Theerawan³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก¹,
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์^{2*}, มหาวิทยาลัยกุหลาบ ประเทศเวียดนาม^{2*},
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก³Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajanok Institute¹,Faculty of Nursing, Uttaradit Rajabhat University^{2*}, Faculty of Health Science, University of Cuu Long, Vietnam ^{2*},Phitsanulok Provincial Public Health Office³

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding) Email: suwannee.bcn2@gmail.com

(Received: Feb, 21; Revised: May, 29; Accepted: May, 31)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ วัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ความแข็งแกร่งในชีวิตของครอบครัวที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลในครอบครัวที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 12 ครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ประสบการณ์ความแข็งแกร่งในชีวิตของครอบครัวที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1) พลังครอบครัวเมื่อเผชิญวิกฤต 2) เครือข่ายความช่วยเหลือนอกครัวเรือน 3) ความช่วยเหลือจากระบบสุขภาพชุมชน 4) การเผชิญปัญหาผ่านการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพ ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนภาพกระบวนการรับมือของครอบครัว ที่นำเอาความเข้มแข็งของสมาชิกมาผสานกับระบบสนับสนุนทางสังคมภายนอก รวมทั้งมีการแสวงหาข้อมูลและระบบบริการสุขภาพเชิงรุก เพื่อให้สามารถก้าวข้ามภาวะวิกฤตไปได้

ดังนั้น ประสบการณ์ความแข็งแกร่งในชีวิตของครอบครัวที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 นี้ สามารถนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมและการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตของครอบครัวที่มีการติดเชื้อไวรัส โคโรนา-19 และ/หรือเมื่อเผชิญภาวะวิกฤตในครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ: ประสบการณ์ความแข็งแกร่งในชีวิต, ครอบครัว, ไวรัสโคโรนา-19

Abstract

This qualitative study aimed to describe the lived experiences of resilience among families affected by Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Participants were family members who had experienced COVID-19 infection within their households. Twelve families were purposively selected. Data were collected through semi-structured, in-depth interviews and analyzed using content analysis.

The findings revealed that resilience experiences among families affected by COVID-19 comprised four major themes: 1) family strength during crisis, 2) support networks beyond the household, 3) assistance from the community healthcare system, and 4) coping through seeking health-related information. These themes reflected the dynamic process by which families mobilized internal strengths, external social resources, and proactive health-seeking behaviors to navigate the crisis.

The study highlights that resilience among families affected by COVID-19 may be applied in organizing activities and developing programs to promote family resilience among family affected by COVID-19 and/or those facing future family crises.

Keywords: resilience experiences, families, COVID-19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด -19 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ (Emerging disease) ที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก โรคโควิด -19 เป็นกลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ติดต่อกันจากคนสู่คนจากละอองน้ำลาย หรือละอองฝอยขนาดเล็กของระบบหายใจ เมื่อผู้ติดเชื้อ ไอ จาม หรือสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุที่มีเชื้อไวรัสอยู่และไปสัมผัสปาก จมูก หรือตา ระยะการฟักตัวของเชื้อโรค 2-14 วัน เฉลี่ย 5.1 วัน อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดศีรษะ หายใจสั้น ๆ ท้องเสีย อ่อนเพลีย ส่วนใหญ่มีอาการคล้ายไข้หวัดธรรมดา (common cold) หรือไข้หวัดใหญ่ (Influenza) เมื่อมีอาการรุนแรงจะมี ปอดอักเสบ (pneumonia) ไตวาย (kidney failure) อวัยวะสำคัญล้มเหลว และเสียชีวิต (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

โรคโควิด -19 เกิดจากเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ (SARS-CoV-2) องค์การอนามัยโลกจึงประกาศยกระดับเป็นโรคระบาดใหญ่ (pandemic) อย่างเป็นทางการในวันที่ 11 มีนาคม 2563 เนื่องจากอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 4.6 ของกลุ่มผู้ป่วยโรคโควิด -19 ที่มีอาการรุนแรง (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2564) ประเทศไทยเริ่มมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 ระลอกแรก ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 สำหรับข้อมูล ณ วันที่ 7 กันยายน 2564 มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสม 1,294,522 คน รายใหม่ 13,988 คน ผู้ป่วยอาการรุนแรง 4,601 คน และผู้เสียชีวิตสะสม 13,042 คน (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สถานการณ์โรคโควิด-19 ของจังหวัดพิษณุโลกข้อมูล ณ วันที่ 2 พฤษภาคม 2564 พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 มียอดสะสม 284 คน รักษาอยู่ 134 คน หายป่วย 150 คน (ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2564) ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่เป็นบุคคลวัยทำงานยังต้องออกทำงานเพื่อหารายได้ และบางรายเดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยง ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลในครอบครัว ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบและเสียชีวิต ดังเช่นบางครอบครัวติดเชื้อโควิด-19 ทั้งครอบครัว บิดา-มารดาเสียชีวิตทำให้บุตรไม่มีผู้ปกครองดูแล (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพิษณุโลก, 2564) การแพร่กระจายเชื้อและความเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความตื่นตระหนก เกิดผลกระทบโดยตรงต่อชีวิตการทำงาน หลายบริษัทและโรงงานปิดกิจการ ส่งผลให้ถูกเลิกจ้างงานหรือตกงาน ขาดรายได้ เกิดความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจของครอบครัวเพราะการดำเนินชีวิตประจำวันจะต้องใช้จ่ายเงินทั้งค่าอุปโภค บริโภคของครอบครัว (Limsuwan et al., 2022) ส่งผลต่อสุขภาพจิตก่อให้เกิดความเครียด กังวล อารมณ์แปรปรวน (Diao et al., 2023; โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต, 2564) อีกทั้งยังมีการตีความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ว่าเป็นบุคคลที่ไม่ควรคบหา บางครั้งลามไปถึงญาติพี่น้องของผู้ติดเชื้อด้วย เหตุการณ์ดังกล่าวเป็นลักษณะที่ไม่ต้องการของสังคมหรือลักษณะที่สังคมรังเกียจ (ประชาธิปไตย กะทา, 2550; Diao et al., 2023) การที่บุคคลในครอบครัวติดเชื้อโควิด-19 นับเป็นความทุกข์และความท้าทายที่บุคคลครอบครัวจะต้องแก้ไขปัญหาและดำเนินชีวิตก้าวผ่านเหตุการณ์ ที่ยากลำบากนี้ การปรับตัวและสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เรียกว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการเผชิญและยืนหยัดต่อสู่สถานการณ์วิกฤตของชีวิตได้ และได้รับสิ่งสนับสนุนที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต อีกทั้งความเข้มแข็งภายในซึ่งเป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995; Lombardi et al., 2026) ความแข็งแกร่งในชีวิตจึงเป็นพลังที่ช่วยให้ครอบครัวสามารถหาทางออกหรือจัดการกับปัญหาที่เผชิญ จนผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้าย ๆ ไปได้ รวมถึงสามารถปรับตัวได้ดี พื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วไม่จมอยู่กับความทุกข์

นับเป็นการพัฒนาสถาบันครอบครัวในมิติการสร้างเสริมความเข้มแข็งในครอบครัว (Lombardi et al., 2026) แม้ว่าจะมีการศึกษาผลกระทบทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในระดับบุคคลจำนวนมาก แต่ยังคงขาดการศึกษาที่มุ่งทำความเข้าใจ “กระบวนการความเข้มแข็งในชีวิตระดับครอบครัว” ตามบริบทชุมชนไทย โดยเฉพาะจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งผลการศึกษาจะทำให้เข้าใจการเผชิญและจัดการสุขภาพของครอบครัวที่มีบุคคลในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ตามบริบทความจริงของวิถีชีวิตและนำไปเป็นข้อมูลพัฒนาระบบการจัดการดูแลครอบครัวที่มีสมาชิกติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ความเข้มแข็งในชีวิตของครอบครัวที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในชีวิต (resilience) ตามแนวคิดของ Grotberg (1995) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) I have หมายถึง ฉันมีแหล่งสนับสนุนภายนอก (external support) ได้แก่ มีบุคคลภายนอกครอบครัวหรือเพื่อนบ้านที่คอยช่วยเหลือ 2) I am หมายถึง ฉันมีความเข้มแข็งภายในของตนเอง (inner strengths and self esteem) 3) I can ฉันสามารถจัดการปัญหา โดยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ หรือมีทักษะทางสังคมที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงาน (social and interpersonal skills) และแนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Model of Family Functioning: MMFF) ตามแนวคิดของ Mc Master (Epstein et al., 1983) ที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตามภารกิจต่าง ๆ ของครอบครัว การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้นำแนวคิดในประเด็นด้านการจัดการปัญหา (Problem solving) การสื่อสาร (Communication) และบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว (Role) มาประยุกต์ใช้กับแนวคิดความเข้มแข็งในชีวิตแก้ไขปัญหาเมื่อสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อศึกษาความเข้มแข็งในชีวิตของครอบครัวที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร บุคคลที่มีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ที่อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผู้ให้ข้อมูล คือ บุคคลที่มีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก 1 คน ต่อ 1 ครอบครัว โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (key informant) คือ

- 1) อายุมากกว่า 18 ปี
 - 2) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ที่กักตัวที่บ้าน (Home isolation) หรือแยกกักตัวในชุมชน (Community isolation) และผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ยังมีชีวิตอยู่
 - 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี
 - 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- เกณฑ์การคัดออก ได้แก่
- 1) อาศัยอยู่ในครอบครัวในฐานะลูกจ้าง หรือผู้อาศัย
 - 2) มีความเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิตใจ จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การดำเนินการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ศึกษา คือ ผู้ประสานงานในพื้นที่ (Gatekeeper) เพื่อเป็นการสร้างความไว้วางใจและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นทางการ ภายหลังจากได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยจึงดำเนินการติดต่อผู้ให้ข้อมูลหลักผ่านทางโทรศัพท์เพื่อแนะนำตัว ชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยละเอียด ตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และนัดหมายวัน เวลา รวมถึงสถานที่ สัมภาษณ์ตามความสะดวกและเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลหลัก

จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 12 ครอบครัว ซึ่งสัมภาษณ์จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว (data saturation)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลัก (Primary Instrument) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองผ่าน การสังเกต การสัมภาษณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ บทบาทในครอบครัว

2. แนวคำถามความแข็งแรงในชีวิตของครอบครัวที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแรงในชีวิตของครอบครัวที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับความแข็งแรงในชีวิตของครอบครัวที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 เช่น ความรู้สึกหลังจากทราบผลการตรวจยืนยันของสมาชิกในครอบครัวว่ามีติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ครอบครัวได้รับผลกระทบอะไรบ้าง ครอบครัวมีการปรับตัวเพื่อผ่านเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาได้อย่างไรบ้าง

3. เทปบันทึกเสียง ใช้สำหรับบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ ควบคู่กับการจดบันทึกข้อมูล

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นั้น คณะผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์แนวคำถามร่วมกัน เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และขอบเขตของการวิจัย จากนั้นนำแนวคำถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 จำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การวิจัยเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความครอบคลุม ตามวัตถุประสงค์ จำนวน 1 คน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้สัมภาษณ์ครอบครัวที่มีการ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 จำนวน 3 คน และดำเนินการแก้ไขอีกครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การเตรียมทีมวิจัย มีผู้วิจัยหลัก 1 คน และผู้ช่วยผู้วิจัย 2 คน ผู้วิจัยหลักเป็นผู้อธิบายความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ การคำนึงถึงความเป็นบุคคล เคารพผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มีประสบการณ์ เทคนิคการสัมภาษณ์ การสังเกตสีหน้าและท่าทางของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ การใช้เทปบันทึกเสียง และการบันทึกข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย

2. ทีมผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก และคณะกรรมการจริยธรรม เมื่อได้รับอนุมัติจึงแจ้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก

3. ทีมผู้วิจัยประชุมเตรียมความพร้อมการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมสถานที่ในการสัมภาษณ์ โดยใช้ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใกล้บ้านของผู้ให้ข้อมูล

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เป็นผู้ประสานในพื้นที่ (Gatekeeper) ช่วยดำเนินการในการเข้าถึงและสร้างความไว้วางใจผู้ให้ข้อมูลหลัก ภายหลังผู้ให้ข้อมูลอนุญาต ผู้วิจัยจึงดำเนินการติดต่อผู้ให้ข้อมูลผ่านโทรศัพท์ โดยสอบถามแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น การถอดเทปจะใช้นามสมมติเพื่อปกปิดความเป็นบุคคลของผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และขออนุญาตบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถสัมภาษณ์โดยวิธี face to face หรือ on site ขอให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม หากเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ขอให้ผู้ให้ข้อมูลให้คำยินยอมด้วยวาจา

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที ห่างกัน อย่างน้อย 1 เดือน หลังการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยจึงนัดผู้ให้ข้อมูล เพื่อนัดสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 กำหนดนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล และขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยถอดเทป และสรุป เนื้อหาประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน ตุลาคม 2564 ถึงเดือนธันวาคม 2564

การตรวจสอบข้อมูล ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (data triangulation) โดยตรวจสอบข้อมูลความ แข็งแกร่งในชีวิตของครอบครัวที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ตามวิธีการดังนี้ 1) การตรวจสอบแหล่งบุคคล เป็นการ ตรวจสอบว่า ถ้าผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ 2) การตรวจสอบแหล่งเวลา เป็นการตรวจสอบว่า ข้อมูลต่างเวลากัน ข้อมูลจะเหมือนกันหรือไม่ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน 2 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัย ทำการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 และสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 มีระยะเวลาห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน และ 3) การตรวจสอบแหล่ง สถานที่ เป็นการตรวจสอบว่าข้อมูลที่ต่างสถานที่จะเหมือนกันหรือไม่ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล สะดวก ได้แก่ ห้องให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใกล้บ้านของผู้ให้ข้อมูลหรือที่บ้านผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์ตามวิธีของไมล์และฮูเบอร์แมน (Miles & Huberman, 1994) มี 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การตัด ทอนข้อมูล (data reduction) โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นคัดแยกประเภทข้อมูลให้ได้ข้อความที่มี ความหมายเหมือนกัน มีความสัมพันธ์กันหรือต่างกัน 2) การแสดงข้อมูล (data display) นำข้อความมาจัดเป็น หมวดหมู่ และรวมเป็นหัวข้อเพื่อแสดงให้เห็นข้อความหรือประโยคที่กำหนดความหมาย 3) การสรุปและตรวจสอบ ความถูกต้อง (drawing and verifying conclusion) เป็นการตีความหมาย สรุปผลการศึกษา และตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อค้นพบ สามารถอธิบายเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ได้ถูกต้อง ตรงกับประสบการณ์จริง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยผ่านการรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมโดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสาธารณสุขจังหวัด พิษณุโลก เลขที่ 021/2565 ลงวันที่ 1 กันยายน 2565 ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับความเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ แสดงถึงการให้เกียรติ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย การทำกิจกรรมทุกอย่างตลอดการ วิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยง รวมถึงข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการเพื่อการตัดสินใจ ผู้ให้ข้อมูลจะมีอิสระในการ ตัดสินใจ ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ และผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วม วิจัยแต่จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น การวิจัยจะคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยมีมาตรการในการ ป้องกันการเกิดความเสียหายตลอดการวิจัย หากผู้ให้ข้อมูลเกิดความเครียด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 คน เป็นครอบครัวเดี่ยวจำนวน 4 ครอบครัว (ร้อยละ 33.33) และครอบครัวขยาย จำนวน 8 ครอบครัว (ร้อยละ 66.67) เพศหญิง 7 คน เพศชาย 5 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.67 ปี ช่วงอายุ 20-40 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 66.67) ช่วงอายุ 41-60 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 33.33)

2. ประสบการณ์ความแข็งแรงในชีวิตของครอบครัวที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ประกอบด้วย 4 ประเด็น หลัก คือ 1) พลังครอบครัวเมื่อเผชิญวิกฤต 2) เครือข่ายความช่วยเหลือนอกครัวเรือน 3) ความช่วยเหลือจากระบบ สุขภาพชุมชน และ 4) การรับมือผ่านแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพ

1) พลังครอบครัวเมื่อเผชิญวิกฤต ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าโรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดที่อันตรายทั่วโลก มีผู้ติด เชื้อโควิด-19 และเสียชีวิตจำนวนมาก เมื่อมีคนใดคนหนึ่งในครอบครัวติดเชื้อโควิด สมาชิกในครอบครัวจะต้องดูแลซึ่ง

กันและกันทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผ่านวิกฤตของความเจ็บป่วยนี้ โดยสมาชิกของครอบครัวที่ไม่ติดเชื้อโควิดได้ให้ความช่วยเหลือดังคำพูดดังนี้

“ตอนแรกพ่อมีอาการไข้ ไอ จึงไปซื้อชุดตรวจโควิดจากร้านขายยามาตรวจเอง เจอ ATK 2 ชิด แต่ผม (ลูกชาย) ยังตรวจ ATK ไม่พบ ผมจึงคอยดูแลพ่อ โดยคอยซื้ออาหารหรือของใช้ที่จำเป็นมาให้ และแยกห้องกันนอน และอีก 3-4 วันต่อมา ผมมีอาการไข้ ปวดศีรษะตัวร้อนจัดตอนกลางคืน คิดว่าเป็นไข้หวัด ตอนเช้าตรวจ ATK โดยวิธีแยงจมูก 3 ครั้ง ผลไม่ติดเชื้อโควิด แต่เมื่อซื้อชุดตรวจโควิดแบบตรวจด้วยน้ำลาย จึงพบ ATK 2 ชิด ซึ่งทั้งผมและพ่อเครียดมาก จึงโทรหาพี่ชาย ที่อยู่คนละบ้าน ให้ตรวจ ATK พบว่าพี่ชายไม่ติดเชื้อโควิด จึงให้พี่ชายเป็นคนซื้ออาหารหรือของใช้ที่จำเป็นมาส่ง ตลอดระยะที่มีการกักตัวที่บ้าน” (ID1 ผู้ชายอายุ 30 ปี)

“แม่ของหนูเป็นแม่ค้าขายของในตลาด ไม่ทราบว่าจะติดโควิดตอนไหน แม่ติดโควิดก่อน อีก 3-4 วัน ทั้งพ่อและหนูมีอาการไข้ เจ็บคอ ไอ ปวดเมื่อยตามตัว...ทุกคนต้องกักตัวในบ้าน เพราะ 2-3 วันแรก ไอ มีไข้ และเจ็บคอมาก แม่ก็เครียดที่ขาดรายได้ พ่อก็พูดให้กำลังใจว่าเป็นสถานการณ์ชั่วคราว หุดยขายของแค่ 5-10 วัน ถ้าอาการดีขึ้นก็ค่อยไปขายของ โรคนี้มันระบาดทั่วโลกไม่ได้เดือดร้อนเฉพาะบ้านเรา... (ID2 ผู้หญิงอายุ 20 ปี)

“บ้านหนูไม่มีห้องส่วนตัว จึงต้องใส่ mask ขณะอยู่ในบ้าน เปิดหน้าต่างให้อากาศระบาย แม่เป็นคนทำอาหาร ส่วนใหญ่แม่ต้มข้าวต้มไว้เป็นหม้อใหญ่ ๆ แล้วต่างคนต่างแยกกันทาน...กลัวไอใส่กันตอนกินข้าว ชามช้อน แก้วน้ำแยกของใครของมัน... แยกกันอยู่คนละมุมบ้าน...ช่วงเช้ากะช่วงเย็นจะเดินออกมาดูต้นไม้เดินรอบ ๆ บ้าน... หนูกักตัวเองที่บ้าน 10 วัน จนผล ATK แสดงว่าไม่ติดเชื้อ” (ID2 ผู้หญิงอายุ 20 ปี)

“ผมเป็นคนคอยดู ส่งข้าว ส่งน้ำให้กับน้องที่ติดโควิด.... น้องเครียด...วิตกกังวลว่าจะมีอาการรุนแรง...กลัวถูกใส่ท่อช่วยหายใจ...กลัวตาย....จนนอนไม่หลับ...ผมคอยช่วยปลอบและส่งข้อความทางไลน์ให้กำลังใจ” (ID3 ผู้ชายอายุ 40 ปี)

2) **เครือข่ายความช่วยเหลือนอกครัวเรือน** ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า เมื่อทุกคนในบ้านติดโควิด ทำให้ต้องติดต่อกับเพื่อนและ/หรือญาติพี่น้องช่วยเหลือจัดการเรื่องอาหาร ยา ของใช้จำเป็น รวมทั้งให้กำลังใจ ดังคำพูดดังนี้

“คนในบ้านตรวจพบ ATK ผลพบ 2 ชิด ทุกคน รู้สึกเครียดจัด กลัวตาย กลัวแม่แก่เด็ก ๆ จะมีอาการรุนแรง จึงต้องปรึกษาและติดต่อกับทั้งเพื่อนและญาติพี่น้อง ให้ช่วยเหลือเรื่องอาหาร...น้ำดื่ม...ยาต่างๆ ที่จะลดอาการรุนแรงของโรค” (ID4 ผู้ชายอายุ 44 ปี)

“พ่อและน้องชายปวดศีรษะ มีไข้ ตรวจพบ ATK เป็นบวก ต้องแยกตัวอยู่ในห้อง ช่วงนั้นรู้สึกมีคิดอะไรไม่ออก เพื่อนบ้านและเพื่อนที่ทำงานแนะนำให้โทรติดต่อโรงพยาบาลเพื่อส่งยามาให้ที่บ้าน เพื่อนบ้านและเพื่อนที่ทำงานคอยให้กำลังใจ และซื้ออาหารมาแขวนไว้ที่หน้าประตูบ้าน รู้สึกประทับใจมาก ทำให้รู้สึกว่าเราไม่ได้อยู่ลำพัง” (ID5 ผู้ชายอายุ 55 ปี)

“พี่ ๆ ช้างบ้าน รู้ว่าที่บ้านติดเชื้อโควิด ก็โทรมาถามอาการ และช่วยซื้ออาหารหรือของใช้ที่จำเป็นมาส่ง และเป็นธุระให้อีกหลาย ๆ เรื่อง” (ID6 ผู้ชายอายุ 40 ปี)

3) **ความช่วยเหลือจากระบบสุขภาพชุมชน** ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวตรวจพบ ATK จึงแจ้ง อสม. ประธานชุมชน บุคลากรสุขภาพเพื่อขอความช่วยเหลือ และ อสม. เป็นผู้นำยารักษาโรคโควิด-19 มาให้ถึงบ้าน และบางรายถูกส่งตัวไปยังศูนย์แยกกักตัวในชุมชน (Community isolation) ดังคำพูดดังนี้

“เมื่อรู้ว่าคนในบ้านตรวจพบ ATK เป็นบวก รู้สึกตกใจมาก จึงรีบโทรปรึกษาหมอ...พยาบาลที่ รพ.สต. ชักถามอาการและบอกว่าจะจัดยา และให้ อสม.นำมาให้” (ID7 ผู้หญิงอายุ 25 ปี)

“แจ้ง อสม. ว่าคนในบ้านติดโควิด ตรวจพบ ATK ผลพบ 2 ชิด อสม. จึงแจ้งประธานชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จากนั้น อสม. นำปรอท และเครื่องวัดออกซิเจนมาให้ พยาบาลแนะนำ ให้สังเกตอาการ...วัดอุณหภูมิพร้อมให้ส่งผลทางไลน์ เข้า เย็น วันรุ่งขึ้นมีไข้สูง และไปที่ศูนย์พักคอย ในศูนย์พักคอยมีอาหาร 3 มื้อ รู้สึกสบายใจ รู้สึกอุ่นใจว่ามีคนติดเชื้อโควิดเยอะมาก และมีคนดูแลตลอด 24 ชั่วโมง” (ID8 ผู้หญิงอายุ 28 ปี)

4) **การเผชิญปัญหาผ่านการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพ** ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า ตนเองและครอบครัวติดตามข้อมูลของศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค. ศบค.) และอ่านวิธีปฏิบัติตัวขณะเป็นโรคโควิด-19 จากเว็บไซต์ อินเทอร์เน็ต หรือบุคคลที่เชื่อถือได้ ดังคำพูดดังนี้

“ตนเองและครอบครัว คอยติดตามข่าวสารสถานการณ์โควิดตลอด ดูแลตนเองใส่หน้ากากแมสก์ เตรียมซื้อที่ตรวจ ATK ไว้พร้อม เคยตรวจ 2-3 ครั้ง ไม่เจอก็ลองออก ตอนที่ตรวจเจอมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอตรวจ พบ ATK เป็นบวก จึงรีบทานยาพารา ยาแก้ไอ อย่ายอมแก่เจ็บคอ จิบน้ำอุ่น และหมั่นสังเกตอาการ เปิดอ่านอาการและการดูแลตนเองจากเว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ทำตามที่หมอหรือกระทรวงสาธารณสุขเขียน และให้ลูกไปซื้อยาฟ้าทะลายโจรที่ร้านยา” (ID9 ผู้ชายอายุ 45 ปี)

“คนในบ้านติดโควิด กันนอนแยกห้อง สวมหน้ากากภายในบ้าน หาข้อมูลการดูแลตนเองจากเพื่อน ๆ ญาติที่เป็นหมอ เป็นพยาบาล ว่าจะต้องดูแลอย่างไรไม่ให้อาการรุนแรง แล้วปฏิบัติตามคำแนะนำ เผื่อระวังอาการ มีเบอร์ติดต่อโรงพยาบาลเอกชนเตรียมไว้เผื่อฉุกเฉินหรืออาการรุนแรง” (ID10 ผู้หญิงอายุ 32 ปี)

“พูดคุยทั้ง อสม. และพยาบาลในรพ.สต. เมื่อไปพักที่ศูนย์พักคอย ก็ติดตามอ่านคู่มือการดูแลตนเองเมื่อเป็นโควิด ได้ความรู้ในการดูแลตนเองเยอะมาก และปฏิบัติตามนั้นเลย” (ID11 ผู้หญิงอายุ 58 ปี)

“ตนเองและครอบครัว ติดตามข้อมูลของ ศูนย์ ศบค. ให้กักตัว 7-10 วัน จนตรวจ ATK ไม่พบ และคุยกับคนที่เคยเป็นโควิด เรื่องอาการและการดูแลตัวเองไม่ให้อาการรุนแรง” (ID12= ผู้ชายอายุ 35 ปี)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตของครอบครัวที่เผชิญการติดเชื้อโควิด-19 เกี่ยวข้องหลายมิติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Grotberg (1995) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ *I have* (แหล่งสนับสนุนภายนอก) *I am* (ความเข้มแข็งภายใน) และ *I can* (ทักษะการจัดการปัญหาและสัมพันธภาพ) **ประเด็นแรก** พลังครอบครัวเมื่อเผชิญวิกฤต อธิบายได้ว่า เมื่อสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อโควิด-19 จึงกักตัวที่บ้าน (Home isolation) บางบ้านที่ไม่มีห้องส่วนตัวจะเปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สวมหน้ากากขณะอยู่ในบ้าน เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 สมาชิกในครอบครัวจะดูแลซึ่งกันและกัน บางรายสมาชิกของครอบครัวอยู่บ้านคนละหลังจะช่วยส่งอาหารและของใช้ที่จำเป็น เหตุการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การระบาดของโควิด-19 นำมาซึ่งการดูแลซึ่งกันและกันยามเจ็บป่วย ทำให้เกิดสัมพันธภาพของครอบครัวที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Rich และคณะ (2022) ศึกษาความเข้มแข็งของครอบครัวและสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในแอฟริกาใต้ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถจัดการปัญหาด้วยความยืดหยุ่น ครอบครัวเกิดปรับตัวกับวิถีชีวิตใหม่เพื่อดำเนินชีวิตประจำวันขณะเจ็บป่วยและการยอมรับสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 หรืออาจกล่าวได้ว่าเมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยจากการระบาดของโควิด-19 ความสัมพันธ์ของครอบครัว บิดา มารดา พี่น้อง สมาชิกในครอบครัวมีความห่วงใยต่อกัน ดูแลกันเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งครอบครัวได้ทำหน้าที่บทบาทของครอบครัว (Family function) ดูแลแก้ปัญหาด้านสุขภาพทั้งร่างกายและใจให้กำลังใจ (Epstein et al., 1983; Miller et al., 2000) ทั้งนี้ความสามารถของครอบครัวในการจัดการกับปัญหาสะท้อนมิติ *I can* (ทักษะการจัดการปัญหาและสัมพันธภาพ) ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่ดี จะช่วยเหลือเกื้อกูลกันยามเจ็บป่วยและ/หรือยามมีปัญหาต่าง ๆ (Rich et al., 2022) ทำให้เกิดทักษะในการจัดการกับปัญหาและส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558; Grotberg, 1995) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Donga และคณะ (2021) พบว่า การระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 ส่งผลให้บางครอบครัวประสบกับความขัดแย้งจากความไม่มั่นคงของรายได้ จนกระทั่งเกิดการแตกแยกของชีวิตสมรสนำไปสู่การหย่าร้าง เนื่องจากแรงกดดันที่รุนแรงและผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน อันเนื่องมาจากการ ล็อกดาวน์อย่างเข้มงวดหรือการเว้นระยะห่างทางสังคม (Donga et al., 2021) หากครอบครัวมีความแข็งแกร่งในชีวิตจะสามารถช่วยให้บุคคลมีกำลังใจรับเอาชะตากรรมความท้าทายจากการระบาดของโควิด-19 และในกระบวนการนี้จะช่วยส่งเสริมการเติบโตของครอบครัว และจะส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีพัฒนาการที่ดี ความแข็งแกร่งในชีวิตจึงเป็นพลังที่ช่วยให้ครอบครัวสามารถหาทางออกหรือจัดการกับปัญหาที่เผชิญ จนผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้าย ๆ ไปได้ รวมถึงสามารถปรับตัวได้ดี พื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว ไม่จมอยู่กับความทุกข์ นับเป็นการพัฒนาสถาบันครอบครัวในมิติการสร้างเสริมความเข้มแข็งในครอบครัว (Rich et al., 2022)

ประเด็นสอง เครือข่ายความช่วยเหลือนอกครัวเรือน โดยได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากเครือข่ายและชุมชน และ **ประเด็นสาม** ความช่วยเหลือจากระบบสุขภาพ ทั้งสองประเด็นสะท้อนมิติ I have ซึ่งหมายถึงการมีแหล่งสนับสนุนจากภายนอกครอบครัว กล่าวคือ ครอบครัวติดเชื้อโควิด-19 ได้รับความช่วยเหลือจากญาติ เพื่อนบ้าน อสม. ประธานชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ซึ่งมีบทบาททั้งในด้านทรัพยากรที่จำเป็นและการสนับสนุนทางจิตใจ (Lombardi et al., 2026) ความสัมพันธ์แบบเครือข่ายและชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญต่อการฟื้นตัวจากวิกฤตโดยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ๆ หรือมีทักษะทางสังคมที่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงาน (Epstein et al., 1983) ทั้งนี้การระบาดของโควิด-19 เกิดวิกฤตเพียงไม่พอ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลไม่สามารถรองรับผู้ติดเชื้อโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับยารักษาอาการโควิด-19 หากผลตรวจด้วยชุดตรวจ ATK แล้วพบว่าผลตรวจเป็นบวก อาการไม่หนัก ในกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว ผู้ป่วยไม่ต้องมารับยาด้วยตนเองที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ พิษณุภา สีกา และ ชานุชัย บุญเชิด (2568) พบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ การรับรู้ข้อมูลการติดเชื้อและข้อมูลผู้ป่วย การบันทึกข้อมูล การส่งยา การส่งยา ตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงผู้ป่วย ซึ่งการจัดส่งยาแก่ผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยจักรยานยนต์ภายในวันเดียวกับที่ตรวจพบเชื้อโควิด-19 อีกทั้งประสานงานของโรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิและ อสม. เพื่อช่วยส่งยาในพื้นที่ของโรงพยาบาล ทั้งนี้การให้บริการผู้ป่วยนอกมีการเปลี่ยนรูปแบบเพื่อตอบสนองกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่ อีกทั้งป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ประเด็นที่สี่ การเผชิญปัญหาเชิงรุกผ่านการแสวงหาข้อมูลและการปฏิบัติตามคำแนะนำ ตามแนวคิด Grotberg (1995) สะท้อนมิติ I can หมายถึง ทักษะการแก้ปัญหา กล่าวคือ เมื่อสมาชิกในบ้านติดเชื้อโควิด-19 ทุกคนในครอบครัวปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขหรือแหล่งข้อมูลทางการแพทย์เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ได้แก่ การแยกกักตัวจากบุคคลอื่น การสวมหน้ากากภายในบ้าน การรับประทานยาตามอาการ การดื่มน้ำอุ่น และการแยกห้องนอน เป็นต้น ซึ่งการแสวงหาข้อมูลสุขภาพเป็นกลไกการเผชิญปัญหาเชิงรุก คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Kwon et al. (2021) ที่พบว่าบุคคลที่ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งข้อมูลสุขภาพเป็นตัวทำนายสำคัญของผลลัพธ์สุขภาพที่ดีในผู้ป่วยโควิด-19 อีกทั้งยังสะท้อนมิติ I have (แหล่งสนับสนุนภายนอก) กล่าวคือ สมาชิกในครอบครัว มีการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งสนับสนุนภายนอกที่หลากหลาย ได้แก่ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) เว็บไซต์สุขภาพ สื่อสังคมออนไลน์ บุคลากรสาธารณสุข และบุคคลที่ไว้วางใจในเครือข่ายสังคม สอดคล้องกับแนวคิดของ Grotberg (1995) ที่ระบุว่า บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนภายนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพในยามวิกฤต นอกจากนี้การได้รับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องจากแหล่งทางการที่เชื่อถือได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในผู้ป่วยโควิด-19 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Moisoglou et al. (2026) ที่พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิต และแหล่งสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในพื้นที่จำกัด ทำให้การถ่ายทอดผลไปยังบริบทอื่นควรพิจารณาอย่างระมัดระวัง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในบริบทชุมชนเมือง ซึ่งอาจแตกต่างจากบริบทชนบท

การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าความแข็งแกร่งในชีวิตของครอบครัวที่เผชิญการติดเชื้อโควิด-19 เป็นกระบวนการที่เกิดจากการบูรณาการของความสามารถในการเผชิญปัญหา และเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นการนำประยุกต์ใช้ส่งเสริมความแข็งแกร่งของครอบครัวแบบองค์รวม โดยพิจารณาทั้งมิติพลังภายในของตนเอง (I am) ความสามารถในการจัดการปัญหา (I can) และแหล่งสนับสนุนภายนอก (I have) เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการจัดการตนเองของครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านเมื่อครอบครัวเผชิญภาวะวิกฤตด้านสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ข้อมูลเกี่ยวกับ COVID-19 ไวรัสโคโรนาในประเทศไทย. จาก <https://ddc.moph.go.th>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การป้องกันใช้หลัก D-M-H-T-T-A. จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=16715&deptcode=brc>
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ind_world.php
- ประชาธิป กะทา. (2557). การทบทวนแนวคิดเพื่อการพัฒนาแผนงานวิจัยสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาคนพิการ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). ความแข็งแกร่งในชีวิต แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้. จดทอง.
- พิชญภา สีกา และ ชาญชัย บุญเชิด. (2568). การพัฒนาระบบ อสม. ของยา และฟ้าทะลายโจร ในช่วงการระบาดของโควิด โดยโรงพยาบาลกุดชุม จังหวัดยโสธร. วารสารการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ, 5(1), 171-182
- โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต. (2564). เครียด ซึมเศร้า ช่วงโควิดระบาด ปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องเร่งแก้ไข. <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30819>
- ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2564). รายงานการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. <https://phitsanulok.moph.go.th>
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพิษณุโลก. (2564). รายงานสถานการณ์ทางสังคม จังหวัดพิษณุโลก 2564. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดพิษณุโลก. <https://phitsanulok.m-society.go.th>
- Diao, C., Tan, H., Wen, Y., Zhu, R., Wu, X., Zhang, S., Zhao, Y., Liu, N., Zhou, X., & Hu, Z. (2023). Emotions, COVID-19 related thoughts and satisfaction with life during the critical period from control to relaxation. *Frontiers in Psychology*, 19(14), 1211614. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1211614>
- Donga, G. T., Roman, N. V., Adebisi, B. O., Omukunyi, B., & Chinyakata, R. (2021). Lessons learnt during COVID-19 lockdown: A qualitative study of South African families. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12552. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312552>
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Bernard van Leer Foundation.
- Kwon, S., Joshi, A. D., Lo, C. H., Drew, D. A., Nguyen, L. H., Guo, C. G., Ma, W., Mehta, R. S., Shebl, F. M., Warner, E. T., Astley, C. M., Merino, J., Murray, B., Wolf, J., Ourselin, S., Steves, C. J., Spector, T. D., Hart, J. E., Song, M., VoPham, T., ... Chan, A. T. (2021). Association of social distancing and face mask use with risk of COVID-19. *Nature Communications*, 12(1), 3737.

<https://doi.org/10.1038/s41467-021-24115-7>

- Limsuwan, N., Prachason, T., & Wisajun, P. (2022). The changes in family functioning and family happiness during the COVID-19 pandemic: The situation in Thailand. *Frontiers in Public Health*, 10, 1055819. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1055819>.
- Lombardi, S., Cunha, M. P., & Giustiniano, L. (2026). Resilience as a process: Long-term effects of COVID-19 intervention. *International Journal of Hospitality Management*, 133, 104517. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2025.104517>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Sage Publications.
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22, 168-189. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00145>
- Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Kolisiati, A., Vraha, I., Kosiara, K., Siskou, O., Kaitelidou, D., Konstantakopoulou, O., Katsoulas, T., Gallos, P., & Galanis, P. (2024). Resilience and social support improve mental health and quality of life in patients with post-COVID-19 syndrome. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14(1), 230–242. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14010015>
- Rich, E. G., Butler-Kruger, L., Sonn, I. K., Kader, Z., & Roman, N. V. (2022). Family resilience and the COVID-19 pandemic: A South African study. *Social Sciences*, 11(9), 416. <https://doi.org/10.3390/socsci11090416>

การใช้เกมมิฟิเคชันในการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย Using gamification strategies for cognitive stimulation in the elderly with mild cognitive impairment (MCI)

จิตนรี ริชชี และ ขนิษฐา จันทรเทศ*

Jitnatee Ritchie and Khanitta Chanthed*

คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

Faculty of Nursing, Payap University

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding e-mail : Nuttysan@gmail.com)

(Received: December 19, 2025; Revised: March 31, 2026; Accepted: May 28, 2026)

บทคัดย่อ

ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่ความสามารถของสมองทั้งด้านความคิด ความจำ และการใช้เหตุผลลดลงกว่าปกติกว่าคนในวัยเดียวกัน แต่ยังไม่กระทบการใช้ชีวิตประจำวัน หรือ การเข้าสังคม และเป็นสัญญาณเตือนการเกิดสมองเสื่อมในอนาคตได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการชะลอความเสื่อมถอยของการทำงานของสมองและการกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุ โดยใช้กิจกรรมการมีส่วนร่วมทางปัญญาหรือกิจกรรมการยืดหยุ่นผูกพันทางปัญญาผ่านกลไกของเกมมิฟิเคชัน กิจกรรมเหล่านี้เป็นการนำองค์ประกอบของเกมในบริบทที่ไม่ใช่เกมมาใช้ในการออกแบบกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย กิจกรรมกลุ่มดังกล่าวสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในบ้านของผู้สูงอายุและในสถานบริการสุขภาพ การประยุกต์ใช้กลไกของเกมมิฟิเคชันมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจและความสม่ำเสมอในการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องและช่วยชะลอความเสื่อมของสมองด้านพุทธิปัญญาได้

คำสำคัญ: เกมมิฟิเคชัน, การรู้คิด, ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย, ผู้สูงอายุ

Abstract

Mild cognitive impairment (MCI) is a common condition among older adults, characterized by a decline in cognitive functions—such as thinking, memory, and reasoning—beyond what is normally expected for their age. Although it does not affect daily living or social interactions, it can serve as a warning sign for the future onset of dementia. This article aims to propose approaches for slowing cognitive decline and stimulating cognitive functions in older adults through cognitive engagement activities utilizing gamification mechanisms. These activities involve integrating game elements into non-game contexts to design group activities for older adults with MCI. Such group activities can be effectively implemented in both older adults' homes and healthcare settings. Applying gamification mechanisms helps increase older adults' participation in activities, while fostering motivation and consistent engagement. Consequently, the brain is continuously stimulated, which helps slow down cognitive decline.

Keywords: gamification, cognitive, Mild Cognitive Impairment (MCI), elderly

บทนำ

ภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหรือภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment: MCI) คือภาวะที่ผู้สูงอายุเริ่มมีความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของสมอง แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรงและผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ที่พบบ่อยคือ ด้านความจำระยะสั้น ซึ่งถือว่าเป็นสัญญาณเตือนที่จะนำไปสู่การเป็นโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) (ชัชวาล รัตนบรรณกิจ, 2566; อรรวรรณ์ คูหา, 2563) จากการศึกษาแบบ Meta-analysis ของ Song และคณะในปี 2023 พบว่าความชุกของภาวะ MCI โดยรวมทั่วโลกอยู่ที่ 19.70% สำหรับข้อมูลของประเทศไทย จากการศึกษาของ Griffiths และคณะในปี 2020 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราความชุกของภาวะ MCI ที่ 35.60% (Griffiths et al., 2020) นอกจากนี้การศึกษาของวิฑูรย์ จอมคำ และคณะ (2567) พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดภาคเหนือมีอัตราความชุกของภาวะ MCI ที่ 79.50% สอดคล้องกับการศึกษาของ สโรชา เชิดชูธรรม และคณะ (2567) พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดภาคกลาง มีอัตราความชุกของภาวะ MCI 66.03% แสดงให้เห็นว่าภาวะ MCI เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก

ภาวะ MCI มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางกายวิภาคและสรีรวิทยาที่มีความเสื่อมถอยตามวัย คือมีการเปลี่ยนแปลงของ Synaptic integrity ในส่วน Hippocampus ซึ่งสัมพันธ์กับความจำบกพร่อง เช่น ปัญหาการจดจำข้อมูล ปัญหาในการจำเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านไปได้ไม่นาน หรือมีปัญหาในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ (ปณิศา ลิ้มปะวัฒน์ และ มัญชุมาส มัญจาวงษ์, 2563) ปัญหาเกี่ยวกับการจำเหตุการณ์ และการจำความหมาย/ความรู้ทั่วไป (Quaranta et al., 2023) การลดลงของ White matter และ Myelin sheaths ในสมองทำให้ความเร็วในการประมวลผลของระบบประสาทลดลง (โสฬพัทธ์ เหมรัฐโรจน์, 2561) ส่งผลต่อความเร็วของกระบวนการทำงาน เช่นความเร็วในการตอบสนองต่อการเตะเบรกรถยนต์ (ธัญชนก จัตตาริส และ วิรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การกระตุ้นการทำงานของสมองอย่างสม่ำเสมอทำได้หลายวิธี เช่น การจัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางปัญญาหรือกิจกรรมการยืดหยุ่นฝึกฝนทางปัญญา การส่งเสริมโภชนาการสำหรับสุขภาพสมอง การออกกำลังกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการจัดการความเครียด จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและชะลอการเสื่อมถอยของโครงสร้างและการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ช่วยการป้องกันการเกิดภาวะ MCI (สุรรัตน์ ณ วิเชียร และคณะ, 2568; Farhani et al., 2022) ทั้งนี้กิจกรรมการมีส่วนร่วมทางปัญญาหรือการฝึกการทำงานของสมอง เป็นรูปแบบกิจกรรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถของสมองเฉพาะด้าน เช่น ความจำ ความใส่ใจจดจ่อ และกระบวนการแก้ปัญหา พบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกสมองจะมีการทำงานของสมองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การฝึกสมองสามารถชะลอและป้องกันการเสื่อมถอยของสมองในระยะยาวได้ (อรรวรรณ์ คูหา, 2563)

กิจกรรมการมีส่วนร่วมทางปัญญาเป็นกระบวนการที่เป็นระบบที่ทำทนายการทำงานของสมอง ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองอย่างสม่ำเสมอ ช่วยฝึกฝนความสามารถทางสติปัญญาและการรู้คิด เป็นการพัฒนาศักยภาพสมองหรือการฝึกสมอง ในด้านต่าง ๆ ผ่านการทำกิจกรรม แบบฝึกหัด หรือเกมที่ออกแบบมาโดยเฉพาะ การฝึกสมองที่ดำเนินการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (อย่างน้อยวันละหนึ่งครั้ง) เป็นระยะเวลาติดต่อกันนาน ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถช่วย เสริมสร้างการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท ทำให้เกิดการทำงานของสมองที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Guss et al., 2022) อย่างไรก็ตามการฝึกฝนที่ต้องอาศัยความสม่ำเสมอและยาวนานมักประสบปัญหาด้านแรงจูงใจและความต่อเนื่องของผู้เข้ารับการฝึก ซึ่งในบริบทนี้ หลักการของเกมมิฟิเคชัน (Gamification) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว

เกมมิฟิเคชันเป็นการนำองค์ประกอบและกลไกการออกแบบเกมมาใช้ในบริบทที่ไม่ใช่การเล่นเกมที่ตรง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งส่งผลให้ผู้เล่นเกมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ตรัง สุวรรณศิลป์, 2564; Hyzy & Wardle, 2023) ทั้งนี้การนำหลักเกมมิฟิเคชันมาประยุกต์ใช้ในการฝึกฝนสมองแทนการเรียนรู้ในรูปแบบเดิม ทำให้กระบวนการเรียนรู้มีความสนุกสนาน ความน่าสนใจ และเกิดแรงจูงใจในการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพสมองและช่วยชะลอภาวะ MCI ได้

จากประสบการณ์ของผู้เขียนในการจัดการเรียนการสอนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทำการเก็บข้อมูลสุขภาพของประชากรในชุมชน ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 40.14 มีคะแนนแบบประเมินสมรรถภาพสมอง ต่ำกว่าเกณฑ์ จึงได้จัดกิจกรรมกระตุ้นสมองของผู้สูงอายุโดยใช้หลักการของเกมมิฟิเคชัน พบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกสนุก พึงพอใจในกิจกรรม เกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นและต้องการอยากเล่นซ้ำ ดังนั้น บทความวิชาการนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายหลักการเกมมิฟิเคชัน รวมไปถึงยกตัวอย่างงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้เกมมิฟิเคชันในการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้สนใจในการนำแนวคิดไปใช้ในการแก้ไขปัญหาต่อไป

หลักการของเกมมิฟิเคชัน

เกมมิฟิเคชันเป็นหลักการที่ว่าด้วยการเอากลไกของเกมมาใช้ในบริบทที่ไม่ใช่เกมหรือการสนทนาโดยตรง มีวัตถุประสงค์สร้างแรงจูงใจและการแสดงออกถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ตรัง สุวรรณศิลป์, 2564; Hyzy & Wardle, 2023) แนวคิดดังกล่าวถูกนิยามครั้งแรกในปี 2002 โดย Nick Pelling นักโปรแกรมเมอร์ชาวอังกฤษ ที่นำหลักจิตวิทยาเกม และกลไกเกม มาประยุกต์ใช้กับบริบทอื่นที่ไม่ใช่การเล่นเกมนั้น เช่น แด้มสะสม ระดับชั้น การได้รับรางวัล กระดานผู้นำ หรือการแข่งขันในบริบทของการพัฒนาสมอง แนวคิดเกมมิฟิเคชันได้นำมาประยุกต์ใช้การฝึกฝนความสามารถทางสติปัญญาและการรู้คิด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้กระบวนการเรียนรู้เป็นปฏิสัมพันธ์เชิงรุก การฝึกฝนมีความสนุกสนาน เพิ่มความเพลิดเพลินระหว่างเรียนรู้ และช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจภายใน ส่งผลให้ผู้เล่นเกมมีความสนใจและมีส่วนร่วมในเกมอย่างต่อเนื่องและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต้องการได้ นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาทักษะด้านความจำและการเรียนรู้ ตลอดจนช่วยพัฒนาสมรรถภาพสมองได้ (ตรัง สุวรรณศิลป์, 2564; Hyzy & Wardle, 2023)

แนวคิดจิตวิทยาเกม (Game psychology)

หลักการของจิตวิทยาเกม (game psychology) คือการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและความคิดของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับการเล่นเกม เน้นการวิเคราะห์ผลกระทบของเกมต่อจิตใจและพฤติกรรมของผู้เล่น การเข้าใจในจิตวิทยาเกมช่วยในการออกแบบเกมมิฟิเคชันให้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้เล่น (Toda et al., 2023) แนวคิดจากจิตวิทยาเกมที่สำคัญ ได้แก่

1. ทฤษฎีการกำหนดตนเอง (self-determination theory) ของ Ryan and Deci (2020) ตั้งอยู่บนความเชื่อที่ว่าบุคคลทุกคนมีความต้องการทางจิตวิทยาขั้นพื้นฐาน 3 ประการ ที่ต้องได้รับการตอบสนอง ได้แก่ การมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น การมีอิสระในการทำสิ่งต่าง ๆ และความสามารถ ความต้องการเหล่านี้เชื่อมโยงกันและช่วยส่งเสริมแรงจูงใจภายใน แรงจูงใจภายในทำให้ ผู้คนรู้สึกพึงพอใจเมื่อสิ่งที่ต้องการได้รับการตอบสนอง หรือเมื่อประสบความสำเร็จ การมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี การเข้าสังคมและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ส่งผลให้การตัดสินใจและควบคุมชีวิตของตนเองได้ดีขึ้น นำไปสู่ความต่อเนื่องในการทำพฤติกรรมและเกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ (Ryan & Deci, 2020)

Andrzej Marczewski ผู้เชี่ยวชาญด้านเกมมิฟิเคชัน ได้นำทฤษฎีการกำหนดตนเองมาปรับใช้ในการอธิบายแรงจูงใจภายใน (intrinsic Motivation) ในบริบทของเกมมิฟิเคชัน เรียกว่า RAMP Framework (Marczewski, 2023) โดย RAMP ประกอบไปด้วย

- 1.1 ความสัมพันธ์ (Relatedness: R) คือ ความต้องการพื้นฐานในการเชื่อมโยงกับผู้อื่น สภาพแวดล้อมภายในเกมทำหน้าที่เป็นพื้นที่ทางสังคมที่เปิดโอกาสให้เกิดติดต่อสื่อสารและเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เล่น ทั้งในรูปแบบของการร่วมมือและการแข่งขัน ซึ่งช่วยเติมเต็มความรู้สึกของการเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่ม ทำให้ผู้เล่นได้รับการยอมรับและสามารถเกื้อกูลกันได้

1.2 ความเป็นอิสระ (Autonomy: A) คือ ความต้องการควบคุมและกำหนดทางเลือกด้วยตนเอง กลไกของเกมเปิดพื้นที่ให้ผู้เล่นมีสิทธิในการจัดการทิศทาง วิธีการ และเวลาในการทำกิจกรรม รวมถึงมีส่วนร่วมในการกำหนดกติกา ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจและยอมรับผลลัพธ์ที่ตามมาด้วยความเต็มใจ

1.3 ความเชี่ยวชาญ (Mastery: M) คือ ความปรารถนาที่จะเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ตลอดจนถึงความต้องการพัฒนาทักษะเหล่านั้นให้เชี่ยวชาญ เกมมิฟิเคชันสนับสนุนกระบวนการนี้ผ่านการให้ข้อมูลย้อนกลับทันที การแสดงระดับความก้าวหน้า และการออกแบบความท้าทายที่เหมาะสม สิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้เล่นมองเห็นพัฒนาการของตนเอง ช่วยรักษาความมุ่งมั่นและลดอัตราการล้มเลิกความตั้งใจกลางคัน

1.4 จุดมุ่งหมาย (Purpose: P) คือ ความรู้สึกถึงความหมายที่ยิ่งใหญ่กว่า หรือความปรารถนาที่จะทำประโยชน์เพื่อผู้อื่น ในบริบทของเกม สิ่งนี้จะแสดงออกผ่านพฤติกรรมเชิงสังคม เช่น การทำงานเพื่อทีม การแบ่งปันทรัพยากร หรือการเกื้อกูลสมาชิกในชุมชนเกมโดยไม่หวังผลตอบแทน ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจขั้นสูงที่เชื่อมโยงบุคคลเข้ากับเป้าหมายส่วนรวม

โดยสรุป การออกแบบเกมมิฟิเคชันเพื่อตอบสนองความต้องการทางจิตวิทยาพื้นฐานเหล่านี้ มีเป้าหมายสูงสุดเพื่อยกระดับความผูกพัน ทั้งในมิติพฤติกรรมและอารมณ์ เมื่อเกมสามารถเติมเต็มแรงจูงใจภายในได้อย่างสมบูรณ์ จะช่วยเปลี่ยนความเพลิดเพลินระยะสั้นให้กลายเป็นความมุ่งมั่น นำไปสู่ความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมและมีความคงอยู่ของพฤติกรรมในระยะยาว

2. ทฤษฎี Flow เป็นแนวคิดทางจิตวิทยาที่พัฒนาโดย Mihaly Csikszentmihalyi ตั้งแต่ปี 1990 (Marczewski, 2023) แนวคิดนี้อธิบายถึงสภาวะจิตใจที่บุคคลจดจ่อและมีสมาธิอย่างลึกซึ้งกับกิจกรรมที่กำลังทำอยู่ เกิดความเพลิดเพลินและมีความสุขอย่างมากจนลืมเวลาและสิ่งรอบข้าง เกมมิฟิเคชันมุ่งหวังที่จะสร้างประสบการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดสภาวะนี้ ซึ่งนำไปสู่สมาธิที่สูงขึ้นและความรู้สึกพึงพอใจจากภายใน นอกจากนี้ ข้อมูลป้อนกลับและรางวัลที่สม่ำเสมอและทันเวลาที่เกี่ยวกับความก้าวหน้าและความสำเร็จ ยังช่วยเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและกระตุ้นให้เกิดการเข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง การคาดหวังและการได้รับรางวัลจะกระตุ้นการหลั่งโดพามีน ซึ่งสร้างวงจรการตอบสนองเชิงบวก การนำเสนอความแปลกใหม่และความอยากรู้อยากเห็นผ่านความท้าทาย รางวัล และองค์ประกอบที่ไม่คาดคิดสามารถรักษาความสนใจของผู้เล่นและป้องกันความเบื่อหน่ายได้

3. วงจรแห่งความผูกพัน (ตรึง สุวรรณศิลป์, 2564) เป็นกระบวนการที่อธิบายเกี่ยวกับเกมมิฟิเคชันที่ทำให้ผู้เล่นเล่นเกมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้วยตนเองและให้พฤติกรรมในคงอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยวงจรจะเริ่มขึ้นจากบุคคลมีการทำพฤติกรรมใด ๆ ออกมาแล้ว ได้รับการตอบสนองว่าพฤติกรรมนั้นเป็นพฤติกรรมที่ดี จะทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ อีก โดยไม่มีการบังคับ วงจรแห่งความผูกพันประกอบไปด้วย

3.1 การกระทำ คือรูปแบบหรือพฤติกรรมที่สามารถจูงใจผู้เล่น ในเกมมิฟิเคชันจะนำพฤติกรรมมาจัดเป็นรูปแบบกิจกรรมที่น่าสนใจ เช่น การสำรวจ/ค้นหา การแข่งขัน การสร้างสรรค์และกิจกรรมความร่วมมือ

3.2 การตอบสนอง/รางวัล เมื่อผู้เล่นได้ดำเนินกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา เกมจะมีการตอบสนองต่อการกระทำของผู้เล่นเพื่อเป็นการบอกว่าพฤติกรรมที่ทำอยู่นั้นดีมาน้อยเพียงใด เป็นการมอบการเสริมแรงที่ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมต่อไป อาจอยู่ในรูปแบบแต้ม คะแนนเหรียญตรา ตารางอันดับ เป็นต้น

3.3 แรงจูงใจ ภายหลังผู้เล่นได้รับการตอบสนองหรือรางวัล จะทำให้ผู้เล่นเกิดความรู้สึกที่ดีและเกิดแรงจูงใจที่จะทำพฤติกรรมที่ดีนั้นซ้ำ ๆ อีก

กลไกของเกม และการกระตุ้นการรู้คิด

กลไกเกม คือ โครงสร้าง กฎเกณฑ์ และการโต้ตอบต่าง ๆ ในเกม ซึ่งเป็นระบบการทำงานภายในเกมที่ขับเคลื่อนประสบการณ์ของผู้เล่น ช่วยให้เกมมีความสนุกสนานรวมถึงสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เล่นกับเกม และระหว่างผู้เล่นด้วยกัน ประกอบด้วย การกิจ/ความท้าทาย การแข่งขัน อวตาร แต้ม/คะแนน หรือ ค่าประสบการณ์ ป้าย หรือ เหรียญตรา ตารางอันดับ ระดับ แถบความคืบหน้า สถิติการทำต่อเนื่อง และเรื่องราว ในขณะที่การรู้คิด คือ กระบวนการทางสมอง ที่มีปฏิสัมพันธ์กับข้อมูลต่างๆ เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เกิดจากกระบวนการทางสติปัญญา

เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในข้อมูล ประกอบไปด้วย ความสนใจ ความจำ การเรียนรู้ ภาษา การรับรู้ทางสายตา และการรู้คิดทางสังคม (American Psychiatric Association [APA], 2022) ตัวอย่างการนำกลไกเกมไปใช้ในการกระตุ้นการรู้คิด ดังตาราง 1

ตาราง 1 กลไกของเกมตามระบบการทำงานของเกมกับการกระตุ้นการรู้คิด (cognitive domain)

กลไกเกม (Game mechanics)	ตัวอย่างการใช้กลไกเกมในการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive domain)
ภารกิจ/ความท้าทาย (Quests/Missions/Challenges) เป็นงานหรือเป้าหมายภายในเกม ที่ผู้เล่นต้องทำเพื่อให้ได้แต้มหรือรางวัล ภารกิจหรือความท้าทายภายในเกมช่วยกระตุ้นให้ผู้เล่นมีสมาธิจดจ่อกับการเล่นเกม สร้างแรงจูงใจที่จะเล่นเกมให้จบ ยิ่งระยะเวลาการมีส่วนร่วมในเกมมากขึ้น นอกจากนี้การออกแบบภารกิจให้มีความท้าทาย และต้องอาศัยทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะอย่าง สามารถช่วยพัฒนาความตั้งใจได้	การศึกษาของ Merriman et al. (2022) เกี่ยวกับผลของการเล่นเกม “CityQuest” ในการพัฒนาความจำเชิงพื้นที่ในผู้สูงอายุ โดยเกม “CityQuest” เป็นเกมสำหรับผู้สูงอายุจะต้องขยับตัวบนเครื่องเกม Wii balance เพื่อบังคับตัวละครให้เดินทางหลบหลีกสิ่งกีดขวางไปจนถึงเส้นชัย โดยมีแผนที่และความยากง่ายให้เลือก ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาของคะแนน Trail making test (TMT) ซึ่งเป็นแบบทดสอบทางประสาทจิตวิทยาที่ใช้วัดการทำงานของสมองส่วนหน้าในหัวข้อประเมินความเร็วในการประมวลผล ความยืดหยุ่นทางความคิด และความใส่ใจ มากกว่าก่อนทดลอง ($p < 0.05$) ทั้งนี้การใช้กลไกเกมที่มีเป้าหมายหรือภารกิจท้าทายสำหรับผู้เล่นมีจุดเด่นในการพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการให้สามารถทำหลายสิ่งได้พร้อมกัน โดยการเล่นเกม “CityQuest” ช่วยในการจดจำเส้นทางการเดินทางในชีวิตประจำวัน รวมถึงฝึกการทรงตัว อย่างไรก็ตามข้อจำกัดที่สำคัญของเกมนี้คือรูปแบบของเกมจะเน้นการจดจำเส้นทางทำให้ทักษะด้านการจดจำวัตถุและการตัดสินใจไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร รวมถึงผู้สูงอายุอาจจะต้องใช้เวลาในการฝึกฝนนานกว่าคนในวัยหนุ่มสาว
การแข่งขัน (Competition) คือการที่ผู้เล่นตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปแข่งขันกันในเกม ทั้งในรูปแบบเดี่ยวหรือทีม เป็นกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้เล่นพยายามฝึกฝนทักษะให้เชี่ยวชาญ เพื่อชัยชนะในการแข่งขัน นอกจากนี้การแข่งขันในรูปแบบทีมจะส่งเสริมให้ผู้เล่นมีการปฏิสัมพันธ์กับทีมทั้งการสื่อสาร การวางแผนงานร่วมกันเพื่อให้ทีมชนะการแข่งขัน	การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Pozzi et al. (2023) เกี่ยวกับการเล่นเกมกระดานแบบดั้งเดิม กับการป้องกันการเกิดภาวะ MCI พบว่าการเล่นเกมกระดานสามารถพัฒนาการทำงานของสมองให้ดีขึ้น จากการประเมินความบกพร่องทางสติปัญญาระยะแรก ($p = 0.003$) และการทดสอบการทำงานของสมองแบบย่อ ($p = 0.02$) เมื่อแยกตามชนิดของเกม พบว่า เกม Go ช่วยพัฒนาคะแนน Trail making test (TMT) เกม Mahjong ช่วยพัฒนากระบวนการทางความคิด เกม Chess ช่วยพัฒนาการรับรู้ทางสังคม การนำกลไกแบบการแข่งขันมาใช้ในการพัฒนาการทำงานของสมองมีส่วนช่วยในการพัฒนาสมรรถภาพทางสมองในระยะยาว เพิ่มความกระตือรือร้นและทำให้มีความจดจ่อต่อสิ่งที่กำลังปฏิบัติอยู่ โดยเฉพาะในกลุ่มสมาธิสั้นหรือกลุ่มวัยหนุ่มสาว อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลไกเกมแบบการแข่งขันมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่นกลุ่มที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการได้รับรางวัล
อวตาร (Avatars) กลไกเกมแบบใช้ตัวละครจำลองในการดำเนินกิจกรรมในโลกเสมือนจริง โดยสามารถปรับเปลี่ยนรูปร่าง หน้าตา การแต่งกาย ได้ตามความต้องการ เรียกว่าเป็นการสร้างอวตารเป็น	การศึกษาของ Gui et al. (2024) ทำการศึกษาผลของเกม Yonder: The Cloud Catcher Chronicles ในการพัฒนาทักษะความสามารถในการจัดการกระบวนการทางความคิดระดับสูงในผู้สูงอายุ เป็นเกมแนวผจญภัยแบบเปิดโลกที่เน้นความผ่อนคลายและการสำรวจ เน้นให้ผู้เล่นได้สำรวจโลกอันกว้างใหญ่ ทำกิจกรรมต่างๆ

กลไกเกม (Game mechanics)	ตัวอย่างการใช้กลไกเกมในการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive domain)
ตัวแทนผู้เล่นภายในเกม การเป็นตัวละครจำลอง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่ามีอำนาจในการเลือก และเพิ่มความผูกพันกับตัวเกมมากยิ่งขึ้น อวตารสามารถทำให้ผู้เล่นมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมในแนวทางที่สอดคล้องกับลักษณะของอวตาร เรียกว่า ปรากฏการณ์โปรทีอัส (Proteus effect) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้เล่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้สอดคล้องกับความคาดหวังที่ถูกกระตุ้นโดยรูปลักษณ์ภายนอกของอวตารของตนเอง (Martin et al., 2024)	เช่น ประดิษฐ์สิ่งของ ทำฟาร์ม และช่วยเหลือผู้อื่น ผู้เล่นสามารถปรับแต่งรูปลักษณ์ อาชีพของตัวละครได้หลากหลาย ผลการทดลองพบว่ากลุ่มเล่นเกมมีการพัฒนา ทักษะความสามารถในการจัดการกระบวนการทางความคิดระดับสูงเพิ่มมากขึ้น การสร้างสถานการณ์เสมือนจริงหรือ “อวตาร” จะทำให้ผู้เล่นเกมได้รับการฝึกในแบบที่เรียกว่า “Multitask” คือทั้งการควบคุมร่างกายและการใช้สมาธิไปพร้อม ๆ กัน และสามารถออกแบบเกมให้มีความซับซ้อนหรือมีระดับความยากเพิ่มขึ้นได้เรื่อย ๆ อย่างไรก็ตาม กลไกเกมแบบอวตารที่มีการเล่นเกมแบบควบคุมในสภาพแวดล้อม 3 มิติ อาจเป็นข้อจำกัดสำหรับผู้สูงอายุที่จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงาน ของสมองด้านใดด้านหนึ่งลดลง ทำให้เสียความสมดุลได้
แต้ม/คะแนน (Point) หรือ ค่าประสบการณ์ (Experience points) การให้แต้มเป็นค่าคะแนนตัวเลขได้จากการกระทำตามเงื่อนไขของเกม ช่วยนำเสนอความก้าวหน้าของผู้เล่น แต้มเป็นเสมือนการให้รางวัลและกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้เล่น ทำให้ผู้เล่นเกิดแรงจูงใจและนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	การศึกษาของ Bonnechère et al. (2021) ทำการวิเคราะห์ คะแนนและความเร็วในการประมวลผล ที่ได้รับการจากการเล่นเกม Cognitive Mobile Games (CMG) ในกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ไปจนถึงมากกว่า 80 ปี พบว่า ผู้ใช้งานที่ได้รับการฝึกผ่านเกมดังกล่าว มีพัฒนาการที่ดีขึ้นทั้งในด้านคะแนนและความเร็วในการประมวลผลตลอดช่วงการฝึก ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่า ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุวัยปลาย สามารถพัฒนาสมรรถภาพด้านการรู้คิดของตนเองผ่านการ เล่นเกมได้ การนำกลไกเกมแบบการให้แต้มหรือคะแนนจะช่วยเพิ่มความถี่หรือแรงจูงใจในการทำพฤติกรรมเป้าหมาย โดยเฉพาะการให้คะแนน ร่วมกับการมีแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างไรก็ตามการให้คะแนนหรือค่าประสบการณ์มักส่งผลต่อพฤติกรรมในระยะสั้นเมื่อหยุดให้คะแนน ผู้เล่นเกมก็มีแนวโน้มจะหยุดพฤติกรรมไปด้วย
ป้าย หรือ เหรียญตรา (badge) การใช้ป้าย หรือ เหรียญตรา (badge) ตอบแทนเมื่อทำภารกิจสำเร็จ เป็นการแสดงให้เห็น ทราบว่าพฤติกรรมไหนที่สำคัญ หรือเป็นเป้าหมายหลัก และใช้เป็นรางวัลเพื่อสื่อถึงการประสบความสำเร็จในพฤติกรรมนั้น ๆ นอกจากนี้ การได้รับป้ายหรือเหรียญตราเป็นการแสดงสถานะและความเชี่ยวชาญของผู้เล่นที่ได้จากการ เล่นเป็นระยะเวลาหนึ่ง หรือการเพิ่มระดับของ เหรียญตรา เช่น เหรียญทองแดง เหรียญเงิน เหรียญทอง จะช่วยกระตุ้นให้ผู้เล่นเกิด ความภาคภูมิใจและอยากพัฒนาตัวเองอย่างต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ	การศึกษาของ Borines and Adare-Tasiwoopa api (2024) นำเสนอวิธีการกระตุ้นให้นักศึกษาบูรณาการความรู้และทักษะที่ได้ เรียนรู้จากหลักสูตรพยาบาลศาสตรมาใช้ในการเตรียมความพร้อมเพื่อ สอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาล โดยมีเนื้อหาการเรียนรู้ 9 สาขาโดยใช้ระบบการมอบป้ายหรือเหรียญตราเป็นรางวัล โดยแต่ละ สัปดาห์จะมีการประกาศลำดับผู้ที่ได้รับเหรียญตรามากที่สุด ส่งผลให้ นักศึกษามีแรงจูงใจทางบวกต่อการเตรียมความพร้อมและช่วยเพิ่ม ความเชื่อมั่นในการฝึกปฏิบัติทักษะทางคลินิกของนักศึกษา การได้รับเหรียญตราเป็นกลไกของเกมมีพิเคชั่นที่ทำให้ผู้เรียนมี แรงจูงใจเชิงบวก เพิ่มความพยายามไปถึงจุดหมาย แต่ในขณะเดียวกัน หากผู้เล่นมีจุดมุ่งหมายที่เน้นผลรางวัลแต่เพียงอย่างเดียว จะทำให้การ เรียนรู้เกิดขึ้นเพียงผิวเผิน ไม่มีความพยายามทำความเข้าใจเนื้อหา แต่ อาจใช้การสุ่มตอบซ้ำๆ หรือหาทางลัดเพื่อให้บรรลุเงื่อนไขของการ ได้รับรางวัล ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวไม่ได้ช่วยสร้างโครงข่ายประสาทใน สมองที่แสดงถึงการกระตุ้นสมองเชิงลึก
ตารางอันดับ (leaderboard)	การศึกษาของ Kim et al. (2024) ศึกษาผลการฝึกอบรมการ ช่วยชีวิตขั้นสูงสำหรับพยาบาล โดยเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่ม

กลไกเกม (Game mechanics)	ตัวอย่างการใช้กลไกเกมในการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive domain)
เป็นการจัดอันดับผู้เล่นตามผลงาน เป็นการแสดงผลลัพธ์ให้เห็นได้อย่างชัดเจนผ่านการแสดงอันดับ สามารถเปรียบเทียบลำดับสูงต่ำกับผู้เล่นรายอื่น ทำให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้นกระตุ้นการแข่งขันเพื่อทำลำดับให้สูงขึ้น	ควบคุมกับกลุ่มทดลองที่ใช้วิธีการของเกมมิฟิเคชันผ่านโปรแกรม Kahoot! โดยในกลุ่มทดลองจะมีการแสดงตารางคะแนนให้เห็นในรูปแบบของกระดานผู้นำเมื่อสิ้นสุดการอบรมแต่ละหัวข้อ และสามารถเห็นคะแนนของตนเองว่าอยู่ในลำดับที่เท่าใด ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตื่นเต้นและต้องการทำคะแนนให้สูงขึ้น ภายหลังการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม ลำดับคะแนนบนตารางสามารถเพิ่มแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองของผู้เล่นเกมได้ อย่างไรก็ตาม หากผู้เล่นอยู่ในลำดับท้ายตารางหรือมีช่องว่างของคะแนนห่างจากกลุ่มนำมากเกินไป จะทำให้ผู้เล่นเกิดความท้อถอย หรือลี้ภัยการเล่นไปเลย เพราะมองไม่เห็นโอกาสแห่งความสำเร็จ ทำให้หยุดกลไกการเรียนรู้ของตนเอง
ระดับ (levels) เป็นการนำคะแนนหรือแต้มมาแปลงให้อยู่ในรูปแบบระดับ เพื่อให้ผู้เล่นสามารถเข้าใจได้ง่าย และเห็นความก้าวหน้าของตนเอง ระดับจะช่วยสร้างความรู้สึกของการเติบโตของผู้เล่นและความสำเร็จในการเล่น กระตุ้นให้กลับมามีส่วนร่วมร่วมกับในเกมอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้การเลื่อนระดับอาจนำไปสู่การได้รับรางวัลพิเศษที่ช่วยทำให้การเล่นเกมนี้น่าสนใจติดตามมากยิ่งขึ้น	การศึกษาของ Moniz et al. (2024) ทำการพัฒนาโปรแกรมเกมดนตรีดิจิทัล The Moniz Game เพื่อพัฒนาการทำงานของสมองด้านการประสานกันของระบบกล้ามเนื้อและประสาทสั่งการ โดยในแต่ละด่าน ผู้เล่นจะต้องเล่นให้ได้คะแนนถึงระดับที่กำหนด จึงจะสามารถผ่านไปสู่อันดับถัดไปได้ ซึ่งจากผลการทดสอบจากผู้เชี่ยวชาญพบว่า เกม Moniz สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางระบบประสาทได้ การที่ผู้เล่นจะต้องมีการสะสมคะแนนเพื่อเลื่อนระดับ ผ่านการทำทักะนั้นซ้ำ ๆ จะทำให้ผู้เล่นเกิดความเชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตามการกำหนดให้ผู้เล่นจะต้องสะสมคะแนนตามลำดับขั้น โดยไม่คำนึงถึงศักยภาพของผู้เล่น อาจเป็นข้อจำกัดสำหรับผู้เล่นที่มีความสามารถสูงส่งผลต่อแรงจูงใจภายใน ลดความอยากรู้อยากเห็น เกิดเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ได้
แถบความคืบหน้า (Progress Bars) เป็นการแสดงภาพให้ผู้เล่นเห็นความคืบหน้าโดยรวม โดยส่วนใหญ่จะกำหนดความสำเร็จไว้ที่ 100% การแสดงแถบความก้าวหน้าช่วยกระตุ้นให้ผู้เล่นอยากเติมเต็มแถบความคืบหน้าให้เต็ม ซึ่งตรงกับปรากฏการณ์ Zeigarnik ของ Bluma Zeigarnik นักจิตวิทยาชาวรัสเซีย ที่ทำให้คนเราจดจำงานที่ยังทำไม่เสร็จหรือถูกขัดจังหวะได้ดีกว่างานที่ทำสำเร็จลุล่วงไปแล้ว ทำให้มีความรู้สึกค้างคาใจ หรืออยากที่จะกลับไปทำงานนั้นเสร็จสิ้น (Kodden, 2020)	การศึกษาของ Lin et al. (2022) ทำการศึกษาถึงผลของการใช้วิดีโอเกมแบบมีปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อการรู้คิด การเคลื่อนไหวร่างกาย อารมณ์และคุณภาพชีวิตของบุคคลที่มีภาวะ MCI โดยกลุ่มทดลองได้เล่นเกม Xavix Hot Plus เป็นเวลา 60 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดยตัวเกมจะมีการแสดงความก้าวหน้าของผู้เล่น ในรูปแบบของค่าแคลอรี่ที่เผาผลาญ หรือความเร็วในการเหวี่ยงแขน ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนประเมินการทำงานด้านการรู้คิดเพิ่มสูงขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การแสดงผลแถบความคืบหน้าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการสร้างแรงจูงใจภายนอก อย่างไรก็ตาม ในการเห็นว่ามีเป้าหมายที่เหลืออยู่มากเท่าใด ก็อาจส่งผลให้ผู้เล่นเกิดความวิตกกังวล เหนื่อยล้าต่อภาระงานที่ค้างคาอยู่ได้
สถิติการทำต่อเนื่อง (streaks) เป็นการแสดงจำนวนครั้งของการทำติดต่อกันซ้ำๆ ในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง การ	การศึกษาของ Wang and Li (2024) ทำการศึกษามูลของเกม FISHERMAN ในผู้สูงอายุต่อทักษะความสามารถในการจัดการกระบวนการทางความคิดระดับสูง ซึ่งเป็นเกมที่ใช้ในการกระตุ้นการรู้

กลไกเกม (Game mechanics)

แสดงสถิติการทำต่อเนื่องมักใช้กระตุ้นให้ผู้เล่นมีการเข้ามาเล่นเกมติดต่อกัน เช่น การแสดงสถิติเข้าเล่นเกมทุกวัน อาจมีการให้รางวัลเสริมแรงเพิ่มเมื่อสามารถทำสถิติได้ตามที่กำหนด โดยมีแนวคิดจากการหลีกเลี่ยงการสูญเสียเป็นแนวคิดทางจิตวิทยาและเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมของ Daniel and Amos ที่อธิบายถึงความโน้มเอียงของมนุษย์ที่จะให้ความสำคัญกับความเจ็บปวดจากการสูญเสีย และหาทางหลีกเลี่ยงความสูญเสียนั้น ในบริบทของกลไกเกมจะนำมาใช้เพื่อกระตุ้นให้ผู้เล่นมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องได้ เช่น การที่ผู้เล่นไม่เข้าเล่นเกมอย่างต่อเนื่องจะทำให้สูญเสียแต้มหรือโบนัสที่ควรจะได้ ผู้เล่นจะพยายามเข้าเล่นเกมทุกวัน (Wang, 2024)

ตัวอย่างการใช้กลไกเกมในการกระตุ้นการรู้คิด

(Cognitive domain)

คิดเพียงอย่างเดียว และเกมที่ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยมีการนำเสนอสถิติการเข้าเล่นเกมประจำวัน คะแนนสะสม และระดับที่ปรับได้ตามความสามารถของผู้เล่น ผลการทดลองพบว่า กลุ่มที่ศึกษามีความพึงพอใจต่อรูปแบบเกมทั้งสองแบบ ทั้งนี้ การติดตามผลในระยะยาวพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในเกมกระตุ้นการรู้คิดแต่เพียงอย่างเดียวมากกว่าเกมที่มีการผสมผสานการเคลื่อนไหวของร่างกาย อย่างไรก็ตามผลการศึกษพบว่าการเล่นเกมอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างสถิติส่งผลให้ผู้เล่นเกมมีความเหนื่อยล้าและความรู้สึกรู้สึกสนุกสนานลดลง แม้กลไกการรักษาความต่อเนื่องจะเป็นเครื่องมือที่ทำให้ผู้เล่นเกมมีพฤติกรรมมีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอจากการเสริมแรง แต่กลไกดังกล่าวก็อาจก่อให้เกิดความเครียดทางลบได้หากเกมมีบทลงโทษผู้เล่นที่รุนแรงเกินควรหรือทำให้ผู้เล่นรู้สึกที่กำลังถูกคุกคามตลอดเวลา ผู้เล่นจะเกิดภาวะหมดไฟ (burnout) และตัดสินใจยุติพฤติกรรมการเรียนรู้ขึ้น

เรื่องราว (narrative)

เป็นเรื่องราวที่น่าสนใจ เพื่อให้เกิดความอยากเล่นต่อเนื่อง รวมถึงการมีตัวละครในเกม เพื่อให้ผู้เล่นเกิดความผูกพัน อยากติดตามความก้าวหน้าของตัวละคร ยกตัวอย่างเช่น เกม RPG (Role-playing games) เกมประเภทนี้ มีเนื้อเรื่องที่ยาว และซับซ้อน มีรายละเอียดมากมายให้จดจำ ทั้งชื่อตัวละคร สถานที่ เนื้อเรื่อง และความสัมพันธ์ของตัวละครต่างๆ ซึ่งจะช่วยในการฝึกฝนการเรียนรู้และความทรงจำ

การศึกษาของ Goumopoulos et al. (2023) ทำการศึกษาผลของการใช้เกม COGNIPLAT ในการพัฒนาความรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI โดย เกม COGNIPLAT มีการออกแบบให้มีการปรับระดับความยากง่ายตามลักษณะของผู้เล่น มีการใช้เทคโนโลยีความเป็นจริงเสมือน (Virtual reality: VR) ที่มีการกำหนดเนื้อหาของเกมให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุที่เล่นเกมมีผลประเมินการรู้คิดที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p=0.03$)

การนำเนื้อหาเชิงเรื่องราวมาใช้ในรูปแบบเกมทำให้ผู้เล่นเกิดความผูกพันและเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และความจำ อย่างไรก็ตาม การใช้เกมที่เน้นเรื่องราว หรือมีเนื้อเรื่องที่ยาวเกินไป หรือการเล่าเรื่องแบบทางเดียวที่มีบทสนทนายาวเกินไป โดยผู้เล่นไม่มีส่วนร่วม จะส่งผลให้กระบวนการทางสมองของผู้เล่นเปลี่ยนจาก ผู้เล่นเชิงรุกที่ต้องคิดตัดสินใจ ไปเป็นผู้รับสารเชิงรับ ทำให้คลื่นสมองผ่อนคลายลงและไม่เกิดการกระตุ้นศักยภาพการรู้คิดในระดับสูง

ประสบการณ์ของผู้เขียนในการนำหลักการ Gamification ไปใช้ในการกระตุ้นการรู้คิด

วิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้นักศึกษาประเมิน วิเคราะห์ วินิจฉัยและแก้ไขปัญหาสุขภาพครอบครัวและชุมชนตามปัญหาที่พบ จากการลงชุมชน ปัญหาสุขภาพชุมชนที่พบมากที่สุดคือผู้สูงอายุในชุมชนมีคะแนนแบบประเมินสมรรถภาพสมองอยู่ในระดับต่ำ แสดงถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ MCI ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม ผู้เขียนได้มอบหมายให้นักศึกษาพยาบาลออกแบบกิจกรรมและนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพสมองโดยใช้หลักการของเกมมิฟิเคชัน ยกตัวอย่างเช่น

เกมเรียงตัวเลขพลังงานอาหาร ซึ่งดัดแปลงมาจากบอร์ดเกมส์ “Lucky numbers” (Schacht, 2020) เข้าไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะต้องสลับกันเปิดการ์ดที่มีรูปและตัวเลขพลังงานอาหารมาจัดเรียงบนกระดานของตนเอง คนไหนที่สามารถจัดเรียงตัวเลขได้เต็มกระดานก่อนจะเป็นผู้ชนะ ตัวเกมสามารถเล่นได้พร้อมกัน 3-5 คน ภายหลังการเล่น เกมพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการเล่น มีความสนุกและกระตุ้นความอยากเล่นเกมซ้ำ เกมฝึกสมองนี้ใช้หลักการเกมมิฟิเคชันคือ การแข่งขัน และเรื่องราว ซึ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุอยากชนะในการแข่งขัน

เกิดแรงจูงใจในการเล่น นอกจากนี้ การนำเสนอรูปภาพที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยและการแสดงค่าพลังงานของอาหารช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาทางโภชนาการที่สอดคล้อง และ การพูดคุยสื่อสารกันระหว่างผู้เล่นยังสามารถกระตุ้นสามารถในการเข้าถึงได้ (APA, 2022)



ภาพ 1 เกมเรียงตัวเลขพลังงานอาหาร

ถ่ายโดย ขนิษฐา จันทรเทศ, เมื่อ 26 มีนาคม 2569.

เกมลูกเต๋าเปลี่ยนอารมณ์ (Mideer, 2021) ใช้ในการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวนผู้เล่นประมาณ 4-5 คน เป็นเกมฝึกความไวและสมาธิที่ผู้เล่นต้องแข่งกันหมุนลูกเต๋าสี 4 ลูกให้หน้าตาตรงกับภาพบนการ์ดอารมณ์ที่เปิดออกมา ใครทำได้ก่อนชนะและเก็บการ์ดนั้นไป เล่นวนไปเรื่อย ๆ จนการ์ดหมด ใครได้การ์ดมากที่สุดคือผู้ชนะ กลไกเกมที่ใช้คือการแข่งขัน ที่ผู้เล่นจะต้องแข่งกันในเรื่องความเร็วในการหมุนลูกเต๋าคือให้อยู่ในรูปแบบอารมณ์ที่กำหนดให้เร็วที่สุด เกมนี้ช่วยพัฒนาการรู้คิดด้านการรู้จำและการจำแนก คือ รู้จำภาพใบหน้าหรือสัญลักษณ์อารมณ์ที่อยู่บนลูกเต๋า และการจำแนกประเภท อารมณ์นั้น ๆ ว่าเป็นอารมณ์ใด (เช่น นี่คือน้ำ “เศร้า” ไม่ใช่หน้า “โกรธ”) ซึ่งเป็นการฝึกฝนทักษะพื้นฐานของการรู้คิด ด้านทักษะทางด้านมิติสัมพันธ์ โดยฝึกความสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบด้วยมือ ด้วยการหมุนลูกเต๋าคือตรงกับการ์ดที่กำหนด การเล่นเกมเป็นกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบซึ่งกันและกัน



ภาพ 2 เกมลูกเต๋าเปลี่ยนอารมณ์

ถ่ายโดย ขนิษฐา จันทรเทศ, เมื่อ 26 มีนาคม 2569.

เกมลูกเต๋าสะกดคำ (Learning Resources, 2020) เป็นเกมที่ผู้เล่นจะต้องหมุนลูกเต๋า 5 ลูกที่มีตัวอักษรภาษาอังกฤษอยู่ให้ตรงกับคำศัพท์ที่กำหนดให้ ผู้เล่นที่สามารถเรียงคำศัพท์ถูกต้องเป็นคนแรกจะได้คะแนนไป คนที่ได้คะแนนสะสมมากที่สุดจะเป็นผู้ชนะ กลไกเกมที่ใช้คือ การแข่งขัน ที่ผู้เล่นจะต้องแข่งกันในเรื่องความเร็วในการหมุนลูกเต๋าคือให้อยู่เรียงตามลำดับอักษรในคำศัพท์ที่กำหนดให้เร็วที่สุด นอกจากนี้เกมเรียงคำศัพท์ยังช่วยกระตุ้นการรู้คิดด้านความจำเพื่อใช้งาน และความสามารถในการเรียกคืนคำศัพท์ โดยเมื่อผู้เล่นทอยลูกเต๋าและได้ชุดตัวอักษรมา ผู้เล่นจะต้องจดจำชุดตัวอักษรเหล่านั้นไว้ในใจพร้อมกับเรียกค้นข้อมูลคำศัพท์ที่มีอยู่ในสมอง เพื่อดูว่าตัวอักษรที่มีอยู่

สามารถนำมาประกอบเป็นคำที่มีความหมายได้หรือไม่ และยังช่วยด้านความสามารถด้านภาษา เกี่ยวกับการสะกดคำ โครงสร้างคำ และความรู้ด้านคำศัพท์ได้



ภาพ 3 เกมลูกเต๋าสะกดคำ

ถ่ายโดย ขนิษฐา จันทรเทศ, เมื่อ 26 มีนาคม 2569.

โดยสรุป เกมมิฟิเคชันจัดเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในด้านการศึกษาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากมีศักยภาพในการเพิ่มแรงจูงใจ การมีส่วนร่วม และก่อให้เกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในระยะยาว การสร้างการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องผ่านเกมมิฟิเคชันต้องอาศัยการผสมผสานกลไกการออกแบบเกมเข้ากับหลักการทางจิตวิทยาอย่างมีเหตุผล เพื่อให้ผู้ใช้เกิดความผูกพัน และกระตุ้นให้เกิดการกลับมาใช้ซ้ำอย่างสม่ำเสมอ คือ

1. เกมมิฟิเคชันช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องผ่านการตอบสนองต่อกลไกการเรียนรู้และแรงจูงใจพื้นฐานของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แรงจูงใจภายในซึ่งมาจากการสนใจและความเพลิดเพลิน โดยธรรมชาติ เป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงโดยตรงกับความผูกพันที่ยั่งยืน เกมมิฟิเคชันใช้หลักการสร้างความผูกพัน คือ การให้รางวัลหรือข้อเสนอแนะเชิงบวกในทันทีเมื่อเกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ผู้เล่นจะถูกกระตุ้นเมื่อพวกเขารู้สึกว่าการตนเองเก่งขึ้นหรือมีความสามารถในการทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เป็นกลไกที่ทรงพลังในการสร้างแรงจูงใจและเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอัตโนมัติ (Ryan & Deci, 2020)

2. การใช้กลไกเกมเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วม การออกแบบกลไกเกมที่ประสบความสำเร็จในการกระตุ้นการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องนั้น ต้องอาศัยการผสมผสานกลไกหลายรูปแบบที่เน้นการสร้างความสนุกสนานควบคู่ไปกับการให้ตอบสนองและการให้รางวัลตอบแทนทันทีที่พฤติกรรมที่พึงประสงค์เกิดขึ้น เช่น การให้คะแนนและรางวัล เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงบวกต่อพฤติกรรมที่ต้องการ การให้เหรียญตรา เป็นสัญลักษณ์ของความสำเร็จซึ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนมีแรงจูงใจในการทำพฤติกรรม เกมที่มีความท้าทายและการแข่งขัน เป็นหนึ่งในแรงจูงใจภายนอก ที่มีประสิทธิภาพในการผลักดันการมีส่วนร่วม เกมที่มีการกำหนดความท้าทายที่เพิ่มขึ้น ช่วยกระตุ้นให้ผู้เล่นกำหนดเป้าหมายเฉพาะเจาะจงและมุ่งสู่การบรรลุความสำเร็จ การจัดลำดับในกระดานผู้นำ เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยในการตั้งเป้าหมาย กระตุ้นการแข่งขัน และให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับอันดับของผู้เล่น ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มความรู้และทักษะที่พึงประสงค์ เกมที่มีการสร้างเรื่องราวและบรรยากาศ ทำให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ที่สนุกสนานและมีความหมาย และยังกระตุ้นความอยากรู้อยากเห็น การออกแบบภาพและธีมที่น่าดึงดูดและสอดคล้องกับเนื้อหาการเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญในการดึงดูดผู้เล่น และเกมที่ต้องมีการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและความร่วมมือ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของแรงจูงใจภายใน เกมช่วยส่งเสริมทักษะทางสังคม การทำงานเป็นทีม และการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกมที่เล่นเป็นทีมกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เล่น (ตรัง สุวรรณศิลป์, 2564)

สรุป

บทความนี้ได้อธิบายเกี่ยวกับเกมมิฟิเคชันในการกระตุ้นการรู้คิด ที่สำคัญคือ การใช้กลไกของเกมในการสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นความต้องการในการเล่นอย่างต่อเนื่อง สามารถกระตุ้นการรู้คิด เช่น ด้านความตั้งใจ ทักษะความสามารถในการจัดการ ความสามารถด้านภาษา และทักษะทางด้านมิติสัมพันธ์ และนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพสมองได้ มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI จากองค์ความรู้ที่ได้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการวางแผนการจัดกิจกรรม/โครงการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ MCI ในผู้สูงอายุของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับการชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม ป้องกันการเกิดโรคอัลไซเมอร์ และการคงไว้ซึ่งความสามารถทางกายสำหรับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามในการวางแผนกิจกรรมควรคำนึงถึงระดับความยากและข้อจำกัดของแต่ละบุคคล และต้องใช้เวลาการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาพอสมควรจึงจะเห็นผลการเปลี่ยนแปลงด้านการรู้คิด รวมทั้งควรมีการติดตามประเมินผลสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุด้วยแบบทดสอบมาตรฐาน เช่น แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เป็นระยะอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยในการวินิจฉัยและวางแผนในการดูแลรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับครอบครัวและผู้ดูแล การเล่นเกมในครอบครัวเป็นสิ่งที่ช่วยสร้างความผูกพันและเป็นการใช้เวลาที่มีคุณภาพภายในครอบครัว ทั้งนี้การนำแนวทางของเกมและกลไกเกมมาใช้ในการพัฒนาสมองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ควรมีการเลือกเกมที่เหมาะกับวัยและเป้าหมาย มีความสนุกสนาน ง่ายต่อการเล่น เน้นเกมที่มีการเล่นเป็นกลุ่มหรือมีการแข่งขันเล็กน้อย ไม่ตึงเครียดจนเกินไป ซึ่งจะช่วยสร้างแรงจูงใจภายใน รวมถึงมีการนำเกมไปประยุกต์รวมกับการออกกำลังกายหรือเป็นเกมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย จะช่วยทั้งการพัฒนาสมองและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุได้

2. สำหรับบุคลากรสุขภาพ สามารถแนวทางของเกมมิฟิเคชันมาใช้ในการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองให้แก่ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นภาวะ MCI นอกจากนี้ ยังสามารถนำกลไกเกมไปรวมกับกิจกรรมการฝึกสมองในสถานการณ์ต่างๆ เช่น กิจกรรมสนทนา การกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ในชมรมผู้สูงอายุ ระหว่างการรอตรวจในหน่วยบริการสุขภาพหรือในคลินิกบริการต่างๆ เป็นต้น รวมถึงการนำไปประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างสุขนิสัยของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มสุขภาพดีและกลุ่มมีปัญหาสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

ชัชวาล รัตนบรรณกิจ. (2566). *มารู้จักภาวะปริซานหรือการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (เอ็มซีไอ) ภาวะที่เสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

https://www.si.mahidol.ac.th/sirirajdoctor/article_detail.aspx?ID=1558

ตรัง สุวรรณศิลป์. (2564). *Gamification เกมมิฟิเคชัน จูงใจคนด้วยกลไกเกม*. ชอลท์.

ธัญชนก จิตตาริส และ วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2561). การเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดในผู้สูงอายุ. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บ.ก.), *ประเด็นท้าทายและทางแก้สำหรับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี* (น. 117-130). สมาคมพหุฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.

ปณิดา ลิ้มปะวัฒน์ และ มัญจมาศ มัญจาวงษ์. (2563). ภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อย. *วารสารอายุรศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(1), 25-35.

วิทวัช จอมคำ, วิไลพร กาเชียรราย, กนกนารถ พรหมวิชัย, เกทลัน ประเสริฐจิตพิงษ์, สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, และ วินัฐดวงแสนจันทร์. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะความจำบกพร่องระยะแรกในผู้สูงอายุ อำเภอเมืองจังหวัดพะเยา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(3), 935-945.

- สโรชา เชิดชูธรรม, ธาตรี โบสถ์พิเชษฐ์, กนกพร ก่อวัฒนมงคล, และ ธนภรณ์ ลีศรี. (2567). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(3), 801-814.
- สุริรัตน์ ณ วิเชียร, กษพรณ ชาติสุทธิ, กมล ดำมินเศก, กุลวรา มีโชค, ณัฐนรี เสนา, ปัทมา สิงห์สี, ปรียานุช จันทะคุณ, มนัสนันท์ บุญทา, วิมลวรรณ หุมห้อง, สาริน แก้วเสน, หวันยิหาว แก่นสาร, อริสา ยืนยาว, และ อัจฉราภรณ์ จินะวุฒิ. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ต่อความรู้ในการป้องกันสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข*, 4(1), 103-114.
- โสฬพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์. (2561). ภาพการณ์รู้คิดในวัยผู้สูงอายุ. ใน *ก๊อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, พรทิพย์ ควรคิด, สมบัติ ตีประเสริฐสุข, ภรเอก มนัสวานิช, ไชยวรรณ เพชรล่อเหลียน, และ ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย (บ.ก.)*, ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงวัย (น. 236-250). คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- อรรณณ คูหา (บ.ก.). (2563). *คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสำหรับบุคลากรสุขภาพ*. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพะสงฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- American Psychiatric Association [APA]. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bonnechère, B., Klass, M., Langley, C., & Sahakian, B. J. (2021). Brain training using cognitive apps can improve cognitive performance and processing speed in older adults. *Scientific Reports*, 11, 12313. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-91867-z>
- Borines, Z., & Adare-Tasiwoopa api, S. (2024). The effectiveness of badging systems in engaging, motivating, and incentivizing students in the mastery of nursing licensure materials. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 21(1), 20230078. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2023-0078>
- Farhani, F., Shahrbanian, S., Auais, M., Hekmatikar, A. H. A., & Suzuki, K. (2022). Effects of aerobics training on brain plasticity in patients with mild cognitive impairment: A systematic review of randomized controlled trials. *Brain Sciences*, 12(6), 732. <https://doi.org/10.3390/brainsci12060732>
- Goumopoulos, C., Skikos, G., & Frounta, M. (2023). Feasibility and effects of cognitive training with the COGNIPLAT game platform in elderly with mild cognitive impairment: Pilot randomized controlled trial. *Games for Health Journal*, 12(5), 414-425. <https://doi.org/10.1089/g4h.2023.0029>
- Griffiths, J., Thaikruea, L., Wongpakaran, N., & Munkhetvit, P. (2020). Prevalence of mild cognitive impairment in rural Thai older people, associated risk factors and their cognitive characteristics. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 10(1), 38-45. <https://doi.org/10.1159/000506279>
- Gui, W., Cui, X., Miao, J., Zhu, X., & Li, J. (2024). The effects of simultaneous aerobic exercise and video game training on executive functions and brain connectivity in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(10), 1244-1258. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2024.04.009>
- Guss, R., Middleton, J., Slade, L., Bone, A., & Caryer, F. (Eds.). (2022). *A guide to psychosocial interventions in early stages of dementia* (2nd ed.). The British Psychological Society. <https://doi.org/10.53841/bpsrep.2014.rep101c>

- Hyzy, M., & Wardle, B. (2023). *Gamification for product excellence: Make your product stand out with higher user engagement, retention, and innovation*. Packt Publishing.
- Kim, K., Choi, D., Shim, H., & Lee, C. A. (2024). Effects of gamification in advanced life support training for clinical nurses: A cluster randomized controlled trial. *Nurse Education Today*, 140, Article 106263. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106263>
- Kodden, B. (2020). The art of sustainable performance: The Zeigarnik effect. In *The art of sustainable performance* (SpringerBriefs in Business, pp. 91–101). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-46463-9_10
- Learning Resources. (2020). *Letter Dice [Educational game]*. n.p.
- Lin, Y.-F., Liu, M. F., Ho, M.-H., Lin, Y.-K., Hsiao, Y.-L., Wang, M.-H., Chang, C.-C., & Montayre, J. (2022). A pilot study of interactive video games in people with mild cognitive impairment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), Article 3536. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063536>
- Marczewski, A. (2023). *The gamification design handbook: Even ninja monkeys like to play engage everyone*. Gamified UK.
- Martin, C. A., Biancardi, B., & Buisine, S. (2024). A theoretical review of the Proteus effect: Understanding the underlying processes. *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1379599. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1379599>
- Merriman, N. A., Roudaia, E., Ondrej, J., Romagnoli, M., Orvieto, I., O'Sullivan, C., & Newell, F. N. (2022). "CityQuest," a custom-designed serious game, enhances spatial memory performance in older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 14, Article 806418. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.806418>
- Mideer. (2021). *The Face Change Rubik's Cube* [Educational toy].
- Moniz, Y. F., Gunji, B. T. G., da Silva, A. P., Scardovelli, T. A., Martini, S. C., & Boschi, S. R. M. d. S. (2024). Moniz game: Usability and user experience evaluation of a musical game for motor coordination. *Games for Health Journal*, 13(4), 252–257. <https://doi.org/10.1089/g4h.2023.0133>
- Pozzi, F. E., Appollonio, I., Ferrarese, C., & Tremolizzo, L. (2023). Can traditional board games prevent or slow down cognitive impairment? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 95(3), 829–845. <https://doi.org/10.3233/JAD-230473>
- Quaranta, D., Caraglia, N., L'Abbate, F., Giuffrè, G. M., Guglielmi, V., Iacobucci, G. M., Rossini, P. M., Calabresi, P. C., & Marra, C. (2023). Neuropsychological predictors of conversion from mild cognitive impairment to dementia at different timepoints. *Brain and Behavior*, 13, e3098. <https://doi.org/10.1002/brb3.3098>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*, 61, 101860. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>
- Schacht, M. (2020). *Lucky numbers* [Board game]. Tiki Editions.
- Song, W. X., Wu, W. W., Zhao, Y. Y., Xu, H. L., Chen, G. C., Jin, S. Y., Chen, J., Xian, S. X., & Liang, J. H. (2023). Evidence from a meta-analysis and systematic review reveals the global

- prevalence of mild cognitive impairment. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15, Article 1227112. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1227112>
- Toda, A., Cristea, A. I., & Isotani, S. (Eds.). (2023). *Gamification design for educational contexts: Theoretical and practical contributions*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-31949-5>
- Wang, P., & Li, H. J. (2024). Acceptability assessment of an executive function training game FISHERMAN for older adults. *Games for Health Journal*, 13(1), 25–32. <https://doi.org/10.1089/g4h.2022.0177>
- Wang, X. (2024). A study on the application of loss aversion theory from the perspective of behavioral economics: Taking the fields of business and education as examples. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*, 28, 455–460. <https://doi.org/10.54097/z6260r34>

ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันแชทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใสใจน่านมแม่”
ต่อความรู้และทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์

The effectiveness of the chatbot application “Mom Milk Wise Thai: Thai
Wisdom for Supporting Breastfeeding” on knowledge and attitudes
toward breastfeeding among pregnant women

นุจเรศ โสภา, สุติดา สุปันตี*, จินตนาพร จันทพันธ์, นาริชา พันธ์ข้ง, วรวรรณ ตะบองเพชร, วัลย์รัตน์ แก้วช่างเขียน
Nujares Sopa, Sutida Supantee*, Jintanaporn Chanthaphan, Narisa Panchang,

Worawan Tabongphet, Wanyarat Kaewchangkhian

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding) e-mail: sutida_supantee@bcnsurat.ac.th

(Received: December 10, 2025; Revised: February 19, 2026; Accepted: March 22, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลัง การใช้แอปพลิเคชันไลน์แชทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใสใจน่านมแม่” กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แอปพลิเคชันแชทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใสใจน่านมแม่” ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.80 และแบบประเมินทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์ ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ paired samples t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งได้รับแอปพลิเคชันแชทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใสใจน่านมแม่” หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนทดลอง และมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแอปพลิเคชันแชทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใสใจน่านมแม่” มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้และเพิ่มทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์ ควรนำไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์

คำสำคัญ: แอปพลิเคชันแชทบอท, ความรู้, ทัศนคติ, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

Abstract

This quasi-experimental research employed a one-group pretest-posttest design to compare knowledge and attitudes toward breastfeeding among pregnant women before and after using the LINE chatbot application, “Mom Milk Wise Thai: Thai Wisdom for Supporting Breastfeeding”. The sample consisted of 40 pregnant women. The experimental instrument was the chatbot application, which yielded a Content Validity Index (CVI) of 1.00. Data collection instruments included a knowledge assessment questionnaire (CVI = 1.00, KR-20 reliability = 0.80) and a breastfeeding attitude assessment questionnaire (CVI = 1.00, Cronbach's alpha reliability = 0.90). Data were analyzed using descriptive statistics and a paired samples t-test.

The results revealed that after the intervention, the participants exhibited significantly higher mean scores for both breastfeeding knowledge and attitudes compared to their pretest scores (p -value < 0.05).

Recommendations: This study demonstrates that the “Mom Milk Wise Thai” chatbot application is highly effective in enhancing knowledge and improving attitudes toward breastfeeding. Therefore, it is recommended that this application be utilized with pregnant women.

Keywords: chatbot application, knowledge, attitudes, breastfeeding

บทนำ

ในปัจจุบันสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน มีเพียง ร้อยละ 28.60 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดให้ร้อยละของเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวนานอย่างน้อยร้อยละ 50 จะเห็นว่าได้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยยังต้องได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบผลสำเร็จ โดยพบว่าปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยด้านทารก และปัจจัยด้านการหลั่งน้ำนม เช่น น้ำนมไหลช้า (นพรัตน์ ธารณะ, 2566) ปัญหาทางด้านร่างกายของมารดา ได้แก่ เต้านมคัดตึง อักเสบ ท่อน้ำนมอุดตัน (ศศิธารา น่วมภา และคณะ, 2563) รวมถึงความเชื่อของสมาชิกในครอบครัวเรื่องการให้อาหารเสริมจะช่วยให้ทารกอ้วน หลับสบาย เลี้ยงง่าย (พัทธนี วินิจจะกุล และ อรพร ดำรงวงศ์ศิริ, 2563)

จากปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงควรมีการเตรียมมารดาในการให้นมแม่เริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ การให้ความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการให้นมลูก โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดบุตรคนแรก ปัญหาการเอาลูกเข้าเต้า ซึ่งถ้าทำได้ไม่ถูกวิธีจะส่งผลทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น ปัญหาหัวนมแตก เจ็บหัวนม เต้านมคัด จากการที่ลูกดูดนมไม่ถูกวิธี ทำให้การระบายน้ำนมออกได้ไม่ดี อาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาท่อน้ำนมอุดตัน และหากยังไม่ได้รับการช่วยเหลือ แก้ไข อาจทำให้เต้านมอักเสบและเป็นฝีได้ เนื่องจากการมารดาที่ประสบปัญหาการให้นมแม่ มักจะเครียดที่ไม่สามารถให้นมแก่ทารกได้เต็มที่ (ไซฟ์รี่ ทยะโยไซะ และ รัชนิวรรณ ชีตตรง, 2566) การเตรียมความพร้อมตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ เช่น การให้ความรู้ สร้างทัศนคติเชิงบวก และการสนับสนุนที่เหมาะสม จึงมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จในการให้นมแม่ หากมารดาหลังคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับต่ำ มีทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานไม่ครบ 6 เดือน (กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา และคณะ, 2565) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควรบูรณาการหลากหลายช่องทาง เช่น การใช้สื่อหนังสือคู่มือ หรืออินเทอร์เน็ต ร่วมกับการให้คำแนะนำโดยพยาบาล จะช่วยส่งเสริมให้มารดามีความตั้งใจ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วานานขึ้น (แววตา ศรีทอง และคณะ, 2565) และควรใช้สื่อสังคมออนไลน์ และแอปพลิเคชันไลน์มาปรับใช้เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (วรณัน รื่นพรต และคณะ, 2566) นอกจากนี้มีการใช้ภูมิปัญญาไทย เช่น การนวดกระตุ้นการไหลของน้ำนม ร่วมกับการประคบสมุนไพร ช่วยเพิ่มระดับการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด (สิริเพ็ญ มาตา และจันทร์เพ็ญ ธรรมพร, 2566) อย่างไรก็ตามยังไม่มีการพัฒนาแพลตฟอร์มสื่อแชทบอทที่บูรณาการองค์ความรู้ภูมิปัญญาไทยกับการกระตุ้นน้ำนมแม่ และพบว่าข้อมูลที่มีการเผยแพร่มีทั้งข้อมูลที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง การพัฒนาและสร้างสื่อออนไลน์เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมความรู้ของมารดา และเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง จากการพิจารณาเทคโนโลยีปัจจุบัน แอปพลิเคชันไลน์ เป็นที่นิยมในการสื่อสารของคนส่วนใหญ่สามารถช่วยให้การสื่อสารรวดเร็วและสะดวกขึ้น โดยสื่อสารได้ทั้งภาพและเสียง ทำให้เกิดความเข้าใจที่ดียิ่งขึ้น (สมิธ พิฑูรพงศ์ และ ธรรมธร ปัญญาโสภณ, 2561) เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แชทบอท (Chatbot) ได้ถูกนำมาใช้ในการสื่อสารและให้ความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น โดยมีข้อดีคือเข้าถึงง่าย ให้ข้อมูลที่ทันที และสามารถปรับให้สอดคล้องกับผู้ใช้งานเฉพาะกลุ่ม

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจให้นมแม่” ต่อความรู้และทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์จะทำให้มารดาสามารถเข้าถึงข้อมูลสำคัญผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ สอบถามความรู้ได้ตลอดเวลา ทำให้มารดาที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีสมรรถนะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และส่งผลให้ทารกได้รับน้ำนมแม่เพียงพออย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน พัฒนาการ และการเจริญเติบโตของร่างกายต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

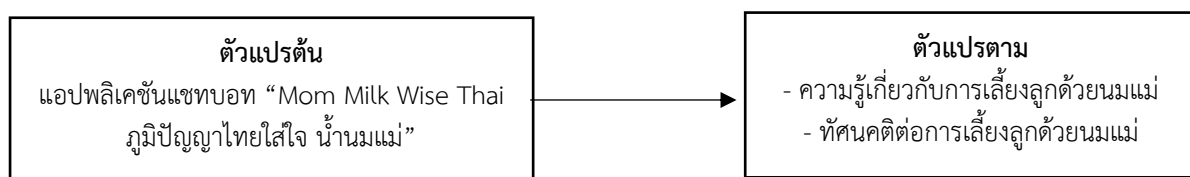
1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังที่ได้รับความรู้จากแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจให้นมแม่”
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังที่ได้รับความรู้จากแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจให้นมแม่”

สมมติฐาน

1. ภายหลังการใช้แอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจให้นมแม่” หญิงตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชัน
2. ภายหลังการใช้แอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจให้นมแม่” หญิงตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองหรือไม่ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ เขาารู้สึกว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือไม่ (perceived susceptibility) มองว่าโรคนั้นรุนแรงเพียงใด (perceived severity) คิดว่าการป้องกันหรือรักษาจะได้ผลจริงหรือไม่ (perceived benefits) และมองว่ามีอุปสรรคหรือความยุ่งยากใดที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางสุขภาพได้ (perceived barriers) โดยแต่ละปัจจัยล้วนมีผลต่อแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละคน (Rosenstock, 1974) และสังเคราะห์ทฤษฎี KAP model ของ Schwartz (1976) โดยกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ (knowledge) ทัศนคติ (attitude) และการปฏิบัติ (practice) ซึ่งแสดงให้เห็นกระบวนการเสริมสร้างพฤติกรรม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจ นมแม่” โดยกำหนดกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 1 กลุ่มวัดก่อน-หลัง (quasi-experimental research with one group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ในเขตอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างวันที่ 15 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2568 จำนวน 298 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับกลุ่มทดลองกลุ่มเดียวใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล effect size = 0.50 ค่าอำนาจการทดสอบ (power) = 0.80 และค่าความเชื่อมั่น (α error probability) = 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน เพื่อการสุ่มสุ่ม จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็นจำนวน 40 คน (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2563)

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ในเขตอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ มารดาครรภ์แรก และมารดาครรภ์หลังที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากการประสบปัญหาด้านน้ำนม

3. มีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทย ใส่ใจน้ำนมแม่” ได้

4. ยินดีเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ขอลาออกจากการศึกษา

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาแทรกซ้อนที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้

3. หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เข้าใช้แอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทย ใส่ใจน้ำนมแม่”

นานเกิน 3 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ แอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทย ใส่ใจน้ำนมแม่” ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีส่วนประกอบเนื้อหา ดังนี้ ได้แก่ 1) น้ำนมแม่ คืออะไร 2) น้ำนมไม่ไหล ทำอย่างไร 3) ปัญหาเรื่องน้ำนมและอาการเกี่ยวกับน้ำนมหลังคลอด 4) สมุนไพรไทยกระตุ้นการหลั่งน้ำนม 5) ภูมิปัญญาไทยกระตุ้นการหลั่งน้ำนมแม่





ภาพ 2 ตัวอย่างแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจนํ้านมแม่”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ อาชีพ อายุครรภ์ขณะนี้ และจำนวนการตั้งครรภ์ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนํ้านมแม่ จำนวน 25 ข้อ โดยรูปแบบคำถามเป็นแบบถูก-ผิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความสำคัญและประโยชน์ของนํ้านมแม่ จำนวน 6 ข้อ ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนํ้านมแม่ต่อทารก จำนวน 6 ข้อประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนํ้านมแม่ต่อมารดา จำนวน 4 ข้อ ความรู้เรื่องสมุนไพรที่ช่วย กระตุ้นนํ้านมแม่ จำนวน 4 ข้อ และความรู้เรื่อง การส่งเสริมการกระตุ้นนํ้านมแม่ด้วยภูมิปัญญาไทย จำนวน 5 ข้อ โดยรูปแบบคำถามเป็นแบบถูก-ผิดแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ ดังนี้

ถูก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นถูกต้อง

ผิด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ถูกต้อง

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนํ้านมแม่ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนํ้านมแม่ ความมั่นใจในการให้นมลูก การรับรู้ต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม และอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการให้นมแม่ โดยใช้รูปแบบมาตราส่วนประเมินแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ

- 1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนี้อย่างยิ่ง
- 2 หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนี้น้อย
- 3 หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนี้ปานกลาง
- 4 หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนี้มาก
- 5 หมายถึง ท่านมีความเห็นตรงกับข้อความนี้มากที่สุด

การแปลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยมีค่าอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้หลักเกณฑ์ของการแบ่งความกว้างอันตรภาคชั้น ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผล
ระหว่าง 4.21 - 5.00	มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนํ้านมแม่มากที่สุด
ระหว่าง 3.41 - 4.20	มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนํ้านมแม่มาก
ระหว่าง 2.61 - 3.40	มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนํ้านมแม่ปานกลาง
ระหว่าง 1.81 - 2.60	มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนํ้านมแม่น้อย
ระหว่าง 1.00 - 1.80	มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนํ้านมแม่น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูตินรีเวช มีความเชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเทคโนโลยี มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ และมีประสบการณ์ในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมที่เป็นมิตรกับผู้ใช้ (user-friendly) 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านภูมิปัญญาไทยและสมุนไพรไทยและการแพทย์แผนไทย 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสม และความน่าสนใจ ของแอปพลิเคชันไลน์แชทบอท การประเมินครอบคลุม 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหา 2) ด้านการใช้งาน 3) ด้านความสวยงาม แล้วนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 แบบประเมินความรู้ เท่ากับ 1.00 แบบประเมินทัศนคติ ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00

2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา นำมาทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วหาค่าความเชื่อมั่น แบบประเมินความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ค่า KR-20 เท่ากับ 0.80 และแบบประเมินทัศนคติเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเปิดแอปพลิเคชันไลน์และสแกนคิวอาร์โค้ด เพื่อเข้าร่วมในแอปพลิเคชันแชทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจน้าแม่”

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการใช้ (pre-test) แอปพลิเคชันแชทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจน้าแม่”

4. ดำเนินการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลภายในแอปพลิเคชันแชทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจน้าแม่” ด้วยตนเอง พร้อมจัดส่งสื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมแบบอัตโนมัติตามกำหนด โดยส่งข้อความแจ้งเตือนทุกวัน ส่งภาพโปสเตอร์ ส่งคลิปวิดีโอสั้น ส่งคำถามทบทวนความรู้ (quiz) ทุกวัน เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเปิดใช้งานและศึกษาข้อมูลจากแอปพลิเคชันแชทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจน้าแม่” อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ อันจะส่งผลต่อการเพิ่มการมีส่วนร่วม รวมถึงการทบทวนเนื้อหา นำไปสู่การจดจำและการปรับเปลี่ยนทัศนคติ

5. ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบทดสอบ post-test ความรู้และทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภายหลังการใช้แอปพลิเคชันแชทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจน้าแม่”

6. นำผลวิจัยที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สถิติ ใช้ paired samples t-test โดยก่อนวิเคราะห์ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติกลุ่มตัวอย่างประชากรมีการแจกแจงแบบปกติ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เลขที่ 2025/20 ลงวันที่ 11 กันยายน 2568 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรับทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอม และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับนาน 1 ปี ทำลายเอกสารตามระบบของวิทยาลัยฯ และนำเสนอเป็นภาพรวมตามความเป็นจริง และผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์จำนวน 40 คน ช่วงอายุที่มากที่สุดคืออยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมาคือช่วงอายุ 31-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.5 มีอายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.50 และมีอายุมากกว่า 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 10.00 ตามลำดับ การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 30.00 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 25.00 พนักงานบริษัทคิดเป็นร้อยละ 17.50 รับราชการและค้าขายอย่างละร้อยละ 7.50 และประกอบธุรกิจส่วนตัวคิดเป็นร้อยละ 12.50 ตามลำดับ อายุครรภ์ ช่วงอายุครรภ์ที่มากที่สุดคืออยู่ในช่วง 14-26 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 47.50 รองลงมาคือช่วง 27-40 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 37.50 และมีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 13 สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 15.00 ตามลำดับ จำนวนการตั้งครรภ์ ที่มากที่สุดคือครรภ์แรก คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาคือ ครรภ์ที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 37.50 และครรภ์ที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 17.50 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนและหลังเข้าร่วมแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจน่านมแม่”

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนและหลังเข้าร่วมแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจน่านมแม่” (n=40)

ความรู้	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมการทดลอง	17.55	1.92	22.46	.00*
หลังเข้าร่วมการทดลอง	24.40	0.90		

* $p < 0.05$

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างซึ่งได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจน่านมแม่” หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนและหลังเข้าร่วมแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจน่านมแม่”

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนและหลังเข้าร่วมแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจน่านมแม่” (n=40)

ความตระหนัก	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมการทดลอง	3.56	0.31	6.62	.00*
หลังเข้าร่วมการทดลอง	4.88	0.12		

* $p < 0.05$

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังเข้าร่วมแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจน่านมแม่” สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจให้นมแม่” ต่อความรู้และทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างซึ่งได้รับความรู้ผ่านแอปพลิเคชันแซทบอท หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังใช้แอปพลิเคชัน แซทบอท สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) รายละเอียดดังนี้

1. การเปรียบเทียบความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจให้นมแม่” พบว่า การใช้งานแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจให้นมแม่” ช่วยเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เนื่องจากนวัตกรรมแซทบอทสามารถตอบสนองต่อผู้ใช้งานได้แบบทันที ช่วยให้มารดาได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน ในเวลาที่ต้องการ สามารถโต้ตอบ ซักถามได้โดยไม่จำกัดเวลาและสถานที่ สามารถให้บริการข้อมูลสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและสะดวก ส่งผลให้มารดาสามารถเรียนรู้และปรับใช้ความรู้ได้อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลบุตรด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และการบูรณาการองค์ความรู้เรื่องภูมิปัญญาไทยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการนวดและการประคบเต้านมด้วยสมุนไพร ช่วยเพิ่มความรู้และทัศนคติมีความมั่นใจต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัลลักษณ์ เนตรทิพย์ และคณะ (2568) และชนิษฐา ทูมา และคณะ (2563) พบว่านวดประคบสมุนไพร 48 ชั่วโมงหลังคลอด มีนมนมไหลเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการนวดประคบสมุนไพรเป็นแนวทางที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อกระตุ้นการไหลของนมนม เป็นการนำสมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันในการนวดประคบเต้านมช่วยลดการใช้จ่ายที่ทำให้เกิดผลข้างเคียงกับร่างกาย อีกทั้งช่วยให้มารดาหลังคลอดเกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ นาคามดี และคณะ (2563) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ออนไลน์ ต่อความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นในจังหวัดพิษณุโลก พบว่าการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ออนไลน์เป็นช่องทางที่สนับสนุนให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับความรู้ได้ด้วยตนเองอย่างไม่จำกัดเวลาหรือสถานที่ เสริมสร้างความรู้ ความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น สอดคล้องกับสุณิรัตน์ ปฐมอนงค์กุล (2564) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการใช้ Application LINE ต่อความรู้ และทักษะเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด พบว่ามารดาหลังคลอดมีความรู้ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. การเปรียบเทียบทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจให้นมแม่” พบว่า การใช้งานแอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจให้นมแม่” ช่วยในการสร้างทัศนคติที่ดีของหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากมีการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่น่าเรียน หญิงตั้งครรภ์ไม่รู้สึกกดดันหรือวิตกกังวลในการซักถามข้อสงสัย ส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง สามารถทบทวนองค์ความรู้ได้ตลอดเวลา แอปพลิเคชันแซทบอท ได้พัฒนาให้มีความน่าสนใจ มีการโต้ตอบผ่านแซทบอท กระตุ้นการเรียนรู้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักรู้ เห็นคุณค่า และมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับธัญลักษณ์ แก้วเนตร และคณะ (2563) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นผ่านสื่อสังคมออนไลน์ พบว่าหลังการทดลองแม่วัยรุ่นมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่าก่อนทดลอง โปรแกรมเน้นปรับเปลี่ยนความเชื่อ การซักถาม และตอบปัญหาผ่านไลน์กลุ่มนมแม่ซึ่งเป็นสื่อความรู้ที่สะดวกและเข้าถึงง่าย สอดคล้องกับสินี กะราลัย และคณะ (2564) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวของมารดาที่มีบุตรคนแรก พบว่า ทัศนคติของมารดา การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนาน 6 เดือนได้

จากผลของการวิจัย แสดงให้เห็นว่าการใช้แอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจให้นมแม่” ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ผ่านข้อมูลที่เป็นองค์ความรู้ในแอปพลิเคชัน

แซทบอท น้านมแม่ คืออะไร น้านมไม่ไหลทำอะไร ปัญหาเรื่องน้านมและอาการเกี่ยวกับน้านมหลังคลอด สมุนไพรไทยกระตุ้น การหลั่งน้านม และภูมิปัญญาไทยกระตุ้นการหลั่งน้านมแม่ สามารถชัก-ถามในประเด็นที่หญิงตั้งครรภ์สงสัยได้ตลอดเวลา

การนำผลการวิจัยไปใช้

แอปพลิเคชันแซทบอท “Mom Milk Wise Thai ภูมิปัญญาไทยใส่ใจน้านมแม่” สามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการสอนให้กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพได้ เช่น นักศึกษาพยาบาล อสม. หรือเป็นสื่อให้กับสมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้และเข้าใจหญิงตั้งครรภ์ในการให้นมบุตร สามารถช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เกิดผลลัพธ์เพื่อบุตรจะได้มีภูมิคุ้มกันที่ดี มีประโยชน์จากแม่สู่ลูก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาแอปพลิเคชันโดยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน การตอบคำถามที่มีประเด็นซับซ้อน เพื่อเพิ่มความน่าสนใจเพิ่มขึ้น
2. ควรมีการศึกษาการวิจัยในกลุ่มที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาชิกในครอบครัวที่ได้มีการเรียนรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เอกสารอ้างอิง

- กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา, วิยะดา ทิพม่อม, และ กิตติยาพร สังข์ศรีสมบัติ. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา อย่างเดียว 6 เดือนในทารกแรกเกิด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 25(3), 154-166.
- ชนิษฐา ทุมา, ผกาพรรณ ทันแก้ว, สุภาพร สระแก้ว, ธีระ ผิวเงิน, อนรรฆอร จิตต์เจริญธรรม, และ พิชทรัพย์ ฐิติธนาภิพงษ์. (2563). การประคบเต้านมด้วยกะหล่ำปลีและลูกประคบสมุนไพรช่วยจัดการความปวดตึงเต้านมในหญิงหลังคลอดครั้งแรก. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 8(3), 337-349.
- โซฟีร์ หะยิยูไซ๊ะ และ รัชนิวรรณ ชี้อตรง. (2566). ผลลัพธ์ของการจัดการความรู้ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สู่การพัฒนา แซทบอท “นมแม่..เพื่อนมามีมือใหม่”. *Procedia of Multidisciplinary Research*, 1(7), 1-10.
- ธัญลักษณ์ แก้วเนตร, อุมาวดี เหลาทอง, สุธรรม นันทมงคลชัย, และ อาทิตย์ เพ็ชรรักษ์. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับแม่วัยรุ่นผ่านสื่อสังคมออนไลน์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 21(3), 54-68.
- นพรัตน์ ธารณะ. (2566). การรับรู้ปริมาณน้านมแม่ไม่เพียงพอในมารดาหลังคลอด: ความท้าทายของพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 50(2), 267-279.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2563). ขนาดอิทธิพลการวิเคราะห์อำนาจการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G*Power. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจมาภรณ์ นาคามดี, จันทรจิรา ชันทะยศ, และ อักษรศิลป์ สุขสวัสดิ์. (2563). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ออนไลน์ต่อความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นในจังหวัดพิษณุโลก. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 12(2), 17-28.
- พัทธนี วินิจจะกุล และ อรพร ดำรงวงศ์ศิริ. (2563). สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค นโยบายและมาตรการการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย. *วารสารโภชนาการ*, 55(1), 66-81.
- วรรณ รื่นพรต, สุภาพ ไทยแท้, และ ปิยธิดา ศรีพงษ์สุทธิ. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับการใช้สื่อ สังคมออนไลน์แอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และอัตราการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดียวมารดาที่ทำงานนอกบ้าน. *วารสารพยาบาลเกื้อการุณย์*, 30(1), 110-124.

- แววตา ศรีทอง, สุตาภรณ์ พัยคมเรือง, และ พรณรัตน์ แสงเพิ่ม. (2565). ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ได้รับข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อต่างกัน, *Nursing Sciences Journal of Thailand*, 40(2), 49-66.
- ศศิธรา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, วาสนา จิตติมา, และ กันยรักษ์ เญยเจริญ. (2563). การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(3), 4-21.
- สมิธ พิฑูรพงศ์ และ ธรรมธร ปัญญโสภณ. (2561). การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในกระบวนการทำงาน: กรณีศึกษา บริษัท สหผลิตภัณฑ์ พาณิชย์ จำกัด. [รายงานการวิจัย]. มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2566). *โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565*. [รายงานการวิจัย]. กรุงเทพมหานคร.
- สินี กะราลัย, อัมพร เนียมกุลรักษ์, สาวิกา ใจบริสุทธิ์กุล, และ รัชนิกร พัยคมะโส. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ของมารดาที่มีบุตรคนแรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(3), 54-63.
- สิริเพ็ญ มาตา และ จันทรเพ็ญ ธรรมพร. (2566). ผลของการนวดกระตุ้นการไหลของน้ำนมและประคบสมุนไพรในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(1), 59-71.
- สุนิรัตน์ ปฐมอนงค์กุล. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการใช้ Application LINE ต่อความรู้ และทักษะเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา*, 10(28), 51-65
- สุลักษณ์ เนตรทิพย์, สุวรรษา โพธิ์แพงพุ่ม, และ รัตวรา วงษ์จิ๋ว. (2568). การบูรณาการการพยาบาลร่วมกับการนวดประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารเทคโนโลยีทางการแพทย์และสหเวชศาสตร์*, 1(3), 1-12.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Schwartz, N. E. (1976). Nutrition knowledge, attitudes, and practices of Canadian public health nurses. *Journal of Nutrition Education*, 8(1), 28-31. [https://doi.org/10.1016/S0022-3182\(76\)80113-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(76)80113-6)

อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยวิกฤตที่มีไตวายเฉียบพลันระหว่างฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Incidence of intradialytic complications in critically ill patients with acute kidney injury

ดวงรัตน์ ทิมศรี*

Duangrat Thimsi*

หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Hemodialysis Unit Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding) e-mail: duangratthimsi@gmail.com

(Received: November 3, 2025; Revised: May 15, 2026; Accepted: May 28, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการฟอกเลือดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 จำนวน 78 ราย เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI = 0.94) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.92) อายุเฉลี่ย 61.79 ปี (S.D. = 8.75) วินิจฉัยโรคหลักคือภาวะไตวายเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ (62.82%) และมีสาเหตุจากความผิดปกติของไต (94.87%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (91.03%) มีความดันโลหิตเฉลี่ยก่อนฟอกมากกว่า 75 มิลลิเมตรปรอท (76.90%) และได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต (65.39%) ส่วนใหญ่สามารถฟอกเลือดได้ครบตามแผน (84.62%) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 55.13 โดยพบภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด (34.62%) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเร็ว (14.10%) ภาวะพร่องออกซิเจน (3.85%) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดช้า (1.28%) และภาวะการขาดสมดุลจากการฟอกเลือด (1.28%) ตามลำดับ

การวิจัยชี้ให้เห็นถึงความเสี่ยงสูงของการฟอกเลือดในผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตต่ำในชั่วโมงแรก ตลอดจนความสำคัญของการเฝ้าระวังความดันโลหิตทุก 15 นาทีในระยะเริ่มต้น และการปรับโปรแกรมฟอกเลือดให้เหมาะสมกับสภาวะการไหลเวียนโลหิตของผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย

คำสำคัญ: ไตวายเฉียบพลัน, ภาวะแทรกซ้อนระหว่างฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม, ผู้ป่วยวิกฤต

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to determine the incidence of complications among critically ill patients with acute kidney injury (AKI) undergoing hemodialysis at Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok. Data were collected retrospectively from the medical records of 78 critically ill patients with AKI who underwent hemodialysis between October 1, 2023, and September 30, 2024. The research instrument was a complication data collection form, which was validated for content validity (CVI = 0.94). Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The findings revealed that the majority of the sample was male (76.92%), with a mean age of 61.79 years (SD = 8.75). The primary diagnosis was infection-related AKI (62.82%), and caused by pre-renal abnormalities (94.87%). Most patients required mechanical ventilation (91.03%),

maintained a pre-dialysis mean arterial pressure of greater than 75 mmHg (76.90%), and received vasopressors (65.39%). The majority successfully completed their planned hemodialysis sessions (84.62%). The overall incidence of complications was 55.13%, sequentially comprising intradialytic hypotension (34.62%), tachyarrhythmia (14.10%), hypoxemia (3.85%), bradyarrhythmia (1.28%), and dialysis disequilibrium syndrome (1.28%), respectively.

This study highlights the high risks associated with hemodialysis in critically ill patients, particularly the occurrence of hypotension during the first hour. It underscores the critical importance of close blood pressure monitoring every 15 minutes during the initial phase, and the adjustment of dialysis parameters to align with the patient's hemodynamic status to ensure optimal safety.

Keywords: acute kidney injury, hemodialysis complications, critically ill patients

บทนำ

ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury: AKI) หมายถึงภาวะที่การทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมงถึงไม่กี่วัน ซึ่งส่งผลให้ความสามารถของไตในการขับของเสียออกจากร่างกายบกพร่อง ภาวะนี้พบบ่อยในผู้ป่วยหนักโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit: ICU) โดยมีการศึกษาพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตในต่างประเทศสูงถึงร้อยละ 57.3 และในประเทศไทยพบร้อยละ 54.2 ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40-50 (Hoste et al., 2015; Srisawat et al., 2020) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงขนาดและความสำคัญของปัญหาอย่างชัดเจน ผู้ป่วยที่เกิดภาวะ AKI มักมีอาการรุนแรง มีภาวะน้ำเกิน ของเสียคั่ง จึงต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต คือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาหลักเมื่อผู้ป่วยที่เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ได้แก่ ข้อบ่งชี้สมบูรณ์ (absolute indications) ในการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยทั่วไป อาทิเช่น 1) ภาวะเลือดเป็นกรดที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางยา 2) ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงมากกว่า 6 mEq/L ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางยา 3) ภาวะสารน้ำเกินที่ไม่ตอบสนองต่อยาขับปัสสาวะ 4) ภาวะยูเรียหรือมีระดับ BUN > 100 มก./ดล. หรือมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มถึง 100 มก./ดล. และ 5) ภาวะเป็นพิษจากสารต่าง ๆ เช่น metformin, lithium, salicylate, methanol เป็นต้น (คณะกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2561) ส่วนข้อบ่งชี้สัมพัทธ์ (relative indications) ได้แก่ 1) ภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน 2) ภาวะสารน้ำเกินโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีน้ำส่วนเกินมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม โดยที่ประเมินแล้วว่าปริมาณปัสสาวะผู้ป่วยอาจไม่เพียงพอต่อการขับน้ำส่วนเกิน 3) ผู้ที่มีความจำเป็นต้องให้สารน้ำ ยา หรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำปริมาณมาก 4) เพื่อควบคุมสมดุลกรดต่างและเกลือแร่ในกรณีที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยยา เช่น tumor lysis syndrome, severe hypercalcemia, severe hypermagnesemia ซึ่งผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดระหว่างที่มีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Tandukar & Palevsky, 2019)

ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดมากกว่าผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความไม่คงที่ของระบบไหลเวียนโลหิต (hemodynamic instability) มีการทำงานของอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ หรือจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและยากระตุ้นความดันโลหิต ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ร่างกายตอบสนองต่อการดึงน้ำและของเสียออกได้ไม่ดีพอ และอาจทำให้ผลลัพธ์การรักษาแย่ลง โดยภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดที่ศึกษาตามกรอบแนวคิด มีดังนี้ ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด (Intradialytic Hypotension: IDH) เกิดจากการดึงน้ำออกจากหลอดเลือดเร็วกว่าการเติมกลับจากเนื้อเยื่อเข้าสู่หลอดเลือด (high ultrafiltration rate) รวมถึงความบกพร่องในการหดตัวของหลอดเลือด มีรายงานอุบัติการณ์ในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตต่างประเทศร้อยละ 15 ถึง 30 ส่วนในประเทศพบสูงถึงร้อยละ

52.58 (ประนอม บัวสรวง, 2565) ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) เกิดจากการที่เลือดสัมผัสกับตัวกรองไตเทียม ทำให้กระตุ้นระบบคอมพลิเมนต์และเม็ดเลือดขาวไปสะสมที่ปอด (pulmonary leukosequestration) ส่งผลให้ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง พบอุบัติการณ์ร้อยละ 5 ถึง 10 (Ali et al., 2021) การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (arrhythmia) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสมดุลอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะโพแทสเซียมและแคลเซียม และการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรน้ำในหลอดเลือดอย่างรวดเร็วขณะดึงน้ำ ซึ่งส่งผลกระทบอย่างมากต่อความคงที่ของระบบไหลเวียนโลหิต (Douvris et al., 2019) และการขาดสมดุลจากการฟอกเลือด (dialysis disequilibrium syndrome, DDS) เกิดจากการจัดของเสีย ออกจากเลือดอย่างรวดเร็ว ทำให้สารละลายในเลือดต่ำกว่าในเซลล์สมอง น้ำจึงออสโมซิสเข้าสู่เซลล์สมองทำให้เกิดภาวะสมองบวม พบอุบัติการณ์น้อยกว่าร้อยละ 1 แต่เป็นภาวะที่มีความรุนแรงสูง (Morfin et al., 2016)

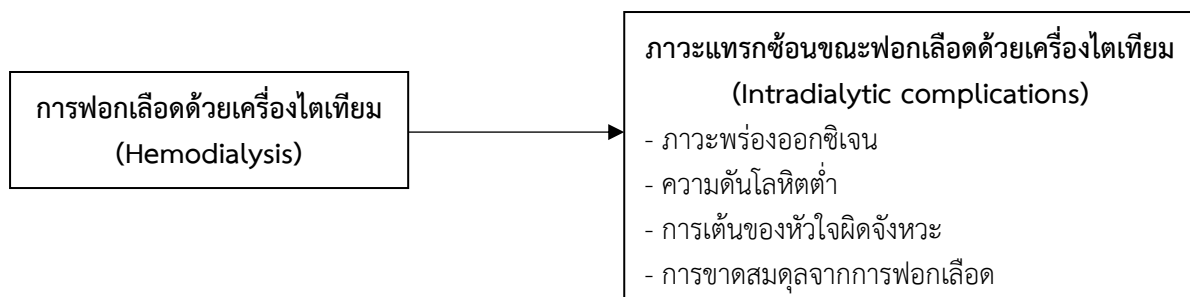
หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพุทธชินราช ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย โดยมีสถิติผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ปี 2565-2567 จำนวน 65, 73, และ 81 ราย ตามลำดับ) และจากการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ภาวะความดันโลหิตต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.79 ซึ่งสูงกว่าที่รายงานในงานวิจัยอื่น (ประนอม บัวสรวง, 2565) และยังพบภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิต อย่างไรก็ตามที่ผ่านมา ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดแบบเป็นครั้งคราว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรผู้ป่วยวิกฤตที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ของโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การทราบอุบัติการณ์และชนิดของภาวะแทรกซ้อนอย่างชัดเจน จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเตรียมพร้อม วางแผนการรักษา และกำหนดมาตรฐานการดูแลที่เฉพาะเจาะจง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และใช้เป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันระหว่างฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ นำมาจากการทบทวนงานวิจัยที่มีมาก่อนที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (intradialytic complications) ในผู้ป่วยวิกฤตที่สำคัญและนำมาศึกษา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด (IDH) (Kanbay et al., 2020), ภาวะพร่องออกซิเจน, การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (Ali et al., 2021) และการขาดสมดุลจากการฟอกเลือด (Morfin et al., 2016; ประนอม บัวสรวง, 2565) ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันทุกรายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ณ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 (ระยะเวลา 1 ปี) ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 81 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria):

1. เป็นผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI)
3. ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) อย่างน้อย 1 ครั้ง
4. เป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในช่วงเวลาที่ได้รับการฟอกเลือด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria):

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมชนิดต่อเนื่อง (Continuous Renal Replacement

Therapy: CRRT)

2. ผู้ป่วยที่ข้อมูลในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์
3. ญาติขอยุติการฟอกเลือด

ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกทั้งหมด จำนวน 78 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน คือ แบบบันทึกข้อมูล (data collection form) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองบางส่วนและดัดแปลงจากงานวิจัยของประนอม บัวสรวง (2565) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรคหลักที่เป็นสาเหตุของภาวะไตวายเฉียบพลัน และพยาธิสรีรวิทยาของสาเหตุการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการฟอกเลือด ได้แก่ ข้อมูลสภาวะของผู้ป่วยก่อนและระหว่างการฟอกเลือด ประกอบด้วย การใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure: MAP) ก่อนการฟอกเลือด การได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต (vasopressor) ก่อนหรือระหว่างการฟอกเลือด และจำนวนครั้งของการฟอกเลือดในช่วงที่รักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ส่วนที่ 3 ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่พบและระยะเวลาการเกิด ได้แก่ ข้อมูลอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย ชนิดของภาวะแทรกซ้อน (ความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด ภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และการขาดสมดุลจากการฟอกเลือด) จำนวนครั้งที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาที่เกิดจำแนกตามชั่วโมงของการฟอกเลือด (ชั่วโมงที่ 1 ถึงชั่วโมงที่ 4) และผลลัพธ์ภายหลังการฟอกเลือด (ฟอกเลือดครบตามแผน ยุติการฟอกก่อนกำหนด อาการคงที่ หรือเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง)

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลที่ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลการฟอกเลือด และส่วนที่ 3 ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่พบและระยะเวลาการเกิด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต 1 ท่าน พยาบาลที่มีประกาศนียบัตรการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน และพยาบาลที่มีวุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านไตเทียม 1 ท่าน และได้ทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. คัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง (retrospective) จากเวชระเบียนผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดด้วยตนเอง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างและดัดแปลงขึ้น

3. ตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลการฟอกเลือด วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. ข้อมูลอุบัติการณ์และประเภทของภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ (frequency) และ ร้อยละ (percentage)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่ 127/2568 ลงวันที่ 10 กันยายน 2568 โครงการนี้เป็น การทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง (retrospective chart review) ซึ่งได้รับการรับรองการยกเว้นการขอความยินยอม เนื่องจากไม่มีการสัมภาษณ์หรือติดต่อบทสนทนาผู้ป่วยโดยตรง และข้อมูลถูกนำมาใช้ในรูปแบบที่ไม่สามารถระบุตัวตนได้

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นความลับอย่างเคร่งครัด ไม่มีการบันทึกชื่อ-นามสกุล หรือเลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN) ของผู้ป่วยลงใน แบบบันทึกข้อมูล มีการปกปิดสาเหตุการเจ็บป่วยและข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่ได้จากเวชระเบียน และการนำข้อมูล ไปวิเคราะห์ อภิปราย หรือตีพิมพ์เผยแพร่ จะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 78)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	60	76.92
หญิง	18	23.08
อายุ (ปี)		
31-40	3	3.85
41-50	11	14.10
51-60	20	25.64
มากกว่า 60 ปี	44	56.41
อายุเฉลี่ย (Mean $\pm$ S.D.)	61.79 $\pm$ 8.75 ปี	
อาชีพ		
เกษตรกร	16	20.52
ธุรกิจส่วนตัว	5	6.41
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	30	38.46
รับราชการ	5	6.41
ลูกจ้าง	20	25.64
อื่นๆ	2	2.56
สิทธิการรักษา		
เบิกจากกรมบัญชีกลาง	20	25.64
ประกันสังคม	4	5.13
สิทธิบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ	54	69.23
การวินิจฉัยโรคหลัก		
Sepsis-related AKI	49	62.82
Cardiorenal AKI	15	19.23
Hypovolemic AKI	6	7.69
Toxin/Metabolic Rhabdomyolysis, Heat stroke	4	5.13
Intrinsic/Immune	4	5.13
สาเหตุของภาวะไตวายเฉียบพลัน		
Pre-Renal	74	94.87
Intrinsic-Renal	4	5.13

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 60 ราย (ร้อยละ 76.92) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 60 ปี พบ 44 ราย (ร้อยละ 56.41) โดยมีอายุเฉลี่ย 61.79 ปี (S.D. = 8.75) และไม่ได้ประกอบอาชีพ พบ 30 ราย (ร้อยละ 38.46) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ พบ 54 ราย (ร้อยละ 69.23) การวินิจฉัยโรคหลักที่พบบ่อยคือ Sepsis-related AKI พบ 49 ราย (ร้อยละ 62.82) รองลงมาคือการเกิด Cardiorenal AKI พบ 15 ราย (ร้อยละ 19.23) และสาเหตุของภาวะไตวายเฉียบพลันส่วนใหญ่พบในกลุ่ม Pre-Renal พบ 74 ราย (ร้อยละ 94.87)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการฟอกเลือด

ตาราง 2 ข้อมูลการฟอกเลือดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 78)

ข้อมูลการฟอก	จำนวน	ร้อยละ
การใช้เครื่องช่วยหายใจ		
ใช่	71	91.03
ไม่ใช่	7	8.97
ค่า Mean arterial pressure ก่อนฟอกเลือด (mmHg)		
< 65	3	3.86
65-70	7	8.97
71-75	8	10.27
> 75	60	76.90
การได้รับ Vasopressor ก่อนหรือระหว่างการฟอกเลือด		
ได้รับ	51	65.39
ไม่ได้รับ	27	34.61
จำนวนครั้งของการฟอกเลือดช่วงที่อยู่ใน ICU		
1 ครั้ง	24	30.77
2 ครั้ง	15	19.23
3 ครั้ง	13	16.67
4 ครั้ง	4	5.13
5 ครั้ง	7	8.97
6 ครั้ง	4	5.13
7 ครั้ง	5	6.41
8 ครั้ง	3	3.85
9 ครั้ง	2	2.56
10 ครั้ง	1	1.28
ผลลัพธ์ของการฟอกเลือด		
ฟอกเลือดครบตามแผน	66	84.62
ยุติการฟอกเลือดก่อนกำหนด	10	12.82
เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังการฟอกเลือด	2	2.56

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 71 ราย (ร้อยละ 91.03) ค่า Mean arterial pressure ก่อนการฟอกเลือด พบว่าส่วนใหญ่มากกว่า 75 mmHg พบ 60 ราย (ร้อยละ 76.90) การได้รับยา Vasopressor ก่อนหรือระหว่างการฟอกเลือด พบ 51 ราย (ร้อยละ 65.39) และไม่ได้รับยา 27 ราย (ร้อยละ 34.61) จำนวนครั้งของการฟอกเลือดช่วงที่อยู่ใน ICU พบการฟอกเลือดจำนวน 1 ครั้งมากที่สุด คือ 24 ราย (ร้อยละ 30.77) รองลงมาคือได้รับการฟอกเลือด 2 ครั้ง พบ 15 ราย (ร้อยละ 19.23) สำหรับผลลัพธ์ของการฟอกเลือด พบว่า ส่วนใหญ่สามารถฟอกเลือดได้ครบตามแผน จำนวน 66 ราย (ร้อยละ 84.62) รองลงมาคือ ต้องยุติการฟอก ก่อนกำหนด จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 12.82) ทั้งนี้ การยุติการฟอกเลือดก่อนกำหนดในกลุ่มตัวอย่างนี้ เกิดจากความไม่คงที่ของสัญญาณชีพหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระหว่างฟอก ไม่ได้เกิดจากการที่ญาติขอยุติการรักษา ซึ่งเป็นเกณฑ์การคัดออก

ส่วนที่ 3 อุบัติการณ์และประเภของภาวะแทรกซ้อน

ตาราง 3 อุบัติการณ์และประเภของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน (n = 78, จำนวนครั้งทั้งหมด = 255)

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ
ความดันโลหิตต่ำ IDH	27	34.62	37	14.51
หัวใจเต้นผิดจังหวะ(เต้นเร็ว)	11	14.10	14	5.49
พร่องออกซิเจน	3	3.85	3	1.18
หัวใจเต้นผิดจังหวะ(เต้นช้า)	1	1.28	1	0.39
การขาดสมดุลจากการฟอก DDS	1	1.28	1	0.39

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดจำนวน 43 ราย (ร้อยละ 55.13) โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดคือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ (IDH) พบจำนวน 27 ราย (ร้อยละ 34.62) และคิดเป็นการเกิดจำนวน 37 ครั้ง (ร้อยละ 14.51 ของจำนวนครั้งการฟอกเลือดทั้งหมด 255 ครั้ง) รองลงมาคือ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเต้นเร็ว พบ 11 ราย (ร้อยละ 14.10) และคิดเป็นการเกิดจำนวน 14 ครั้ง (ร้อยละ 5.49)

ส่วนที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนจำแนกตามจำนวนครั้งและจำนวนชั่วโมง

ตาราง 4 ภาวะแทรกซ้อนจำแนกตามจำนวนครั้งและจำนวนชั่วโมงของการฟอกเลือด (จำนวนครั้งที่เกิดภาวะแทรกซ้อน N = 56)

ภาวะแทรกซ้อน	ชั่วโมงที่ 1		ชั่วโมงที่ 2		ชั่วโมงที่ 3		ชั่วโมงที่ 4	
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ความดันโลหิตต่ำ (IDH)	18	32.14	8	14.29	8	14.29	3	5.36
พร่องออกซิเจน	2	3.57	0	0.00	0	0.00	1	1.79
หัวใจเต้นผิดจังหวะ(เต้นช้า)	0	0.00	1	1.79	0	0.00	0	0.00
หัวใจเต้นผิดจังหวะ(เต้นเร็ว)	2	3.57	10	17.86	1	1.79	1	1.79
การขาดสมดุลจากการฟอกเลือด(DDS)	1	1.79	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รวม	23	41.07	19	33.93	9	16.07	5	8.93

จากตาราง 4 แสดงภาวะแทรกซ้อนจำแนกตามจำนวนครั้งและจำนวนชั่วโมงของการฟอกเลือด (จากจำนวนครั้งที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด 56 ครั้ง) พบว่าในชั่วโมงที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด คือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ (IDH) พบ 18 ครั้ง (ร้อยละ 32.14) ในชั่วโมงที่ 2 พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเต้นเร็วพบบ่อยที่สุด พบ 10 ครั้ง (ร้อยละ 17.86) ในชั่วโมงที่ 3 พบภาวะความดันโลหิตต่ำ (IDH) บ่อยที่สุด พบ 8 ครั้ง (ร้อยละ 14.29) และในชั่วโมงที่ 4 พบภาวะความดันโลหิตต่ำ (IDH) บ่อยที่สุดเช่นกัน พบ 3 ครั้ง (ร้อยละ 5.36)

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่า อุบัติการณ์รวมของการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 55.13 ของผู้ป่วยทั้งหมด (43 จาก 78 ราย) และคิดเป็นการเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งสิ้น 56 ครั้ง (ร้อยละ 21.96 ของจำนวนครั้งการฟอกเลือดทั้งหมด 255

ครั้ง) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการฟอกเลือดในผู้ป่วยวิกฤตมีความเสี่ยงสูง โดยพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญเรียงตามลำดับดังนี้

1. ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด (Intradialytic Hypotension: IDH) กลไกการเกิดมาจากหลายประการ เช่น การดึงน้ำออกเร็วเกินไป การลดความเข้มข้นของพลาสมา และการบกพร่องของการตอบสนองทางหลอดเลือด (Sars et al., 2020) นอกจากนี้ การวินิจฉัยโรคหลักของผู้ป่วยกลุ่มนี้คือภาวะ Sepsis-related AKI (ร้อยละ 62.82) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภาวะ sepsis จะทำให้เกิดหลอดเลือดขยายตัวทั่วร่างกาย ความต้านทานของหลอดเลือดลดลง ทำให้ความดันโลหิตและการกักเก็บเลือดที่ไตลดลง (Bellomo et al., 2017; Douvris et al., 2019) อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 91.03 ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และร้อยละ 65.39 ได้รับยากระตุ้นความดัน (vasopressor) ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตแปรปรวน จึงเสี่ยงต่อการเกิด IDH อย่างรุนแรงแม้จะดึงน้ำออกเพียงเล็กน้อยก็ตาม (Kanbay et al., 2020) เมื่อพิจารณาช่วงเวลาพบว่า IDH เกิดขึ้นบ่อยที่สุดในชั่วโมงที่ 1 ของการฟอกเลือด ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงปริมาตรของเหลวเร็วที่สุดและร่างกายปรับตัวไม่ทัน (Tandukar & Palevsky, 2019)

2. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) กลไกหลักเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของอิเล็กโทรไลต์ เช่น โพแทสเซียม (K^+), แคลเซียม (Ca^{2+}), และแมกนีเซียม (Mg^{2+}) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสมดุลของเหลวและแรงดันที่ไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้การนำไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ (Turakhia et al., 2018) สิ่งที่น่าสนใจและต้องเฝ้าระวังอย่างยิ่งคือ แม้ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจะพบอุบัติการณ์สูงสุดในชั่วโมงที่ 2 ของการฟอกเลือด แต่จากข้อมูลพบว่าภาวะแทรกซ้อนนี้สามารถเกิดขึ้นได้ใน “ทุกชั่วโมง” ตลอดการฟอกเลือด (ดังตาราง 4) ซึ่งตอกย้ำให้เห็นถึงความรุนแรงและความไม่คงที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยวิกฤต จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการรักษาเพื่อป้องกันอันตรายถึงชีวิต

3. ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) พบอุบัติการณ์จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.85) กลไกทางสรีรวิทยาเกิดจากการที่เลือดสัมผัสกับตัวกรองไตเทียม ทำให้เกิดการกระตุ้นระบบคอมพลีเมนต์ (complement activation) ส่งผลให้เม็ดเลือดขาวไปสะสมที่หลอดเลือดฝอยในปอด (pulmonary leukosequestration) ทำให้ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจอยู่แล้ว จึงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ง่ายขึ้นเมื่อเริ่มกระบวนการฟอกเลือด

4. ภาวะการขาดสมดุลจากการฟอกเลือด (Dialysis Disequilibrium Syndrome: DDS) พบจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.28) แม้จะพบได้น้อยแต่เป็นภาวะรุนแรง กลไกเกิดจากการดึงของเสีย (เช่น ยูเรีย) ออกจากเลือดอย่างรวดเร็ว ทำให้ความเข้มข้นของสารละลายในเลือดต่ำกว่าในเซลล์สมอง เกิดการออสโมซิสของน้ำเข้าสู่เซลล์สมอง จนนำไปสู่ภาวะสมองบวม (cerebral edema) ซึ่งผู้ป่วยวิกฤตที่มีระดับของเสียคั่งค้างสูงจะมีความเสี่ยงต่อภาวะนี้ในชั่วโมงแรก ๆ ของการฟอกเลือด

ด้วยระดับความรุนแรงและความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนเช่นนี้ การดูแลผู้ป่วยระหว่างการฟอกเลือดจึงจำเป็นต้องมีระดับการเฝ้าระวังและการสนับสนุนที่เข้มข้นเทียบเท่ากับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (Ali et al., 2021) เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยให้สอดคล้องกับความรุนแรงของโรค จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการกำหนดเกณฑ์การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงชั่วโมงที่ 1 ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิด IDH มากที่สุด (Tandukar & Palevsky, 2019) การนำหลักการลีน (lean) มาประยุกต์ใช้เพื่อลดระยะเวลาและความเสี่ยงในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จะช่วยบริหารจัดการทรัพยากรให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยง และเป็นแนวทางสำคัญในการลดอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลงานวิจัยนี้ได้รับการนำไปใช้ประโยชน์ดังนี้:

1. เป็นฐานข้อมูลสำคัญในการจัดทำและทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ หน่วยไตเทียมและหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช โดยเฉพาะการ

ปรับปรุงรูปแบบการบริการเฝ้าระวังผู้ป่วยวิกฤตอย่างใกล้ชิดในช่วง 30 – 60 นาทีแรกของการเริ่มฟอกเลือด เพื่อเน้นย้ำการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการจัดการกับภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด (IDH) อย่างทันทั่วถึง

2. ใช้เป็นข้อมูลในการจัดอบรมฟื้นฟูวิชาการแก่พยาบาลประจำหน่วยไตเทียมและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิด แนวทางการประเมินความเสี่ยง และมาตรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ระหว่างการฟอกเลือด

3. เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านการจัดสรรทรัพยากรของผู้บริหาร โดยนำข้อมูลอุบัติการณ์และความเสี่ยงที่พบไปพิจารณาจัดสรรทรัพยากรเพิ่มเติม เช่น การจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือเฝ้าระวังทางคลินิกที่ทันสมัย รวมถึงการปรับปรุงอัตราค่าจ้างทางการพยาบาลให้มีความเหมาะสมและเพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีความเสี่ยงสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อศึกษาหาปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์หรือมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด (IDH) และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง หรือกึ่งทดลอง เพื่อประเมินและทดสอบประสิทธิภาพของมาตรการ รูปแบบการพยาบาล หรือแนวปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือด เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการนำไปพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

(2561). *คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. 2561* (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์เดือนตุลา.

ประนอม บัวสรวง. (2565). อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในหอผู้ป่วยหนัก. *Singburi Hospital Journal*, 30(1), 48-60.

Ali, M., Ejaz, A., Iram, H., Solangi, S. A., Junejo, A. M., & Solangi, S. A. (2021). Frequency of intradialytic complications in patients of end-stage renal disease on maintenance hemodialysis. *Cureus*, 13(1), e12641. <https://doi.org/10.7759/cureus.12641>

Bellomo, R., Kellum, J. A., Ronco, C., Wald, R., Martensson, J., Maiden, M., Bagshaw, S. M., Glassford, N. J., Lankadeva, Y., Vaara, S. T., & Schneider, A. (2017). Acute kidney injury in sepsis. *Intensive Care Medicine*, 43(6), 816–828. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4755-7>

Douvril, A., Zeid, K., Hiremath, S., Bagshaw, S. M., Wald, R., Beaubien-Souligny, W., Kong, J., Ronco, C., & Clark, E. G. (2019). Mechanisms for hemodynamic instability related to renal replacement therapy: A narrative review. *Intensive Care Medicine*, 45(10), 1333–1346. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05707-w>

Hoste, E. A., Bagshaw, S. M., Bellomo, R., Cely, C. M., Colman, R., Cruz, D. N., Edipidis, K., Forni, L. G., Gomersall, C. D., Govil, D., Honoré, P. M., Joannes-Boyau, O., Joannidis, M., Korhonen, A. M., Lavrentieva, A., Mehta, R. L., Palevsky, P., Roessler, E., Ronco, C., Uchino, S., ... Kellum, J. A. (2015). Epidemiology of acute kidney injury in critically ill patients: The multinational AKI-EPI study. *Intensive Care Medicine*, 41(8), 1411–1423. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3934-7>

Kanbay, M., Ertuglu, L. A., Afsar, B., Ozdogan, E., Siriopol, D., Covic, A., Basile, C., & Ortiz, A. (2020). An update review of intradialytic hypotension: Concept, risk factors, clinical implications

- and management. *Clinical Kidney Journal*, 13(6), 981–993.
<https://doi.org/10.1093/ckj/sfaa078>
- Morfin, J. A., Fluck, R. J., Weinhandl, E. D., Kansal, S., McCullough, P. A., & Komenda, P. (2016). Intensive hemodialysis and treatment complications and tolerability. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*, 68(5S1), S43–S50. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.05.021>
- Sars, B., van der Sande, F. M., & Kooman, J. P. (2020). Intradialytic hypotension: Mechanisms and outcome. *Blood Purification*, 49(1-2), 158–167. <https://doi.org/10.1159/000503776>
- Srisawat, N., Kulvichit, W., Mahamitra, N., Hurst, C., Praditpornsilpa, K., Lumlertgul, N., Chuasuwan, A., Trongtrakul, K., Tasnarong, A., Champunot, R., Bhurayanontachai, R., Kongwibulwut, M., Chatkaew, P., Oranrigsupak, P., Sukmark, T., Panaput, T., Laohacharoenyot, N., Surasit, K., Keobounma, T., Khositrangsikun, K., ... Kellum, J. A. (2020). The epidemiology and characteristics of acute kidney injury in the Southeast Asia intensive care unit: A prospective multicentre study. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of the European Dialysis and Transplant Association-European Renal Association*, 35(10), 1729–1738. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfz087>
- Tandukar, S., & Palevsky, P. M. (2019). Continuous renal replacement therapy: Who, when, why, and how. *Chest*, 155(3), 626–638. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.09.004>
- Turakhia, M. P., Blankestijn, P. J., Carrero, J. J., Clase, C. M., Deo, R., Herzog, C. A., Kasner, S. E., Passman, R. S., Pecoits-Filho, R., Reinecke, H., Shroff, G. R., Zareba, W., Cheung, M., Wheeler, D. C., Winkelmayr, W. C., & Wanner, C. (2018). Chronic kidney disease and arrhythmias: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *European Heart Journal*, 39(24), 2314–2325.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy060>

ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชนเพื่อพัฒนา

ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน

Self-directed learning readiness of community nurses to development
essential knowledge and skills for community health nursing practiceวิบูลย์ลักษณ์ ปริยาวงศากุล¹, กอปรภรณ์ อัมพรพันธ์¹, สุรัตนา ทศนุด^{2*}Wiboonluk Preeyawongsakul¹, Korbporon Ampornphan¹, Surattana Tossanoot^{2*}คณะพยาบาลศาสตร์วิชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²Faculty of Nursing, Watcharapol Western University¹;Boromarajonani College of Nursing, Nopparat Vajira Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute²

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding) email: surattana@bcnnv.ac.th

(Received: September 7, 2025; Revised: August 19, 2026; Accepted: August 28, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง 2) ความต้องการความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความต้องการความรู้และทักษะ กับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 312 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง และแบบสอบถามความต้องการความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (IOC = .79 - 1.00) และความเชื่อมั่น .97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.95, S.D. = .43) ความต้องการความรู้และทักษะที่จำเป็นอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ทำงาน มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง อย่างมีนัยสำคัญ (p -value < .001) นอกจากนี้ความต้องการความรู้และทักษะที่จำเป็นมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ($r = .53$ และ $r = .55$, p -value < .001 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะควรส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองควบคู่กับการพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง ผลวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลวางแผนพัฒนางานสาธารณสุขปฐมภูมิ และเป็นแนวทางจัดอบรมระยะสั้นแก่พยาบาลชุมชน

คำสำคัญ : พยาบาลชุมชน ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ความรู้ที่จำเป็น ทักษะที่จำเป็น

Abstract

This descriptive study aimed to examine: 1) the level of self-directed learning readiness, 2) the needs for essential knowledge and skills in practice, and 3) the relationships between personal factors, needs for essential knowledge and skills, and self-directed learning readiness among community nurses. The participants were 312 registered nurses working in Subdistrict Health Promoting Hospitals in Health Region 4, selected through multistage random sampling. The research instruments consisted of a self-directed learning readiness scale and a questionnaire assessing needs for essential knowledge and skills in practice. The instruments demonstrated Index of Item-Objective

Congruence (IOC) values ranging from .79 to 1.00 and a reliability coefficient of .97. Data were analyzed using descriptive statistics and correlation analyses, with statistical significance set at .05.

The results showed that overall self-directed learning readiness and all its dimensions were at a high level (Mean = 3.95, S.D. = 0.43). Needs for essential knowledge and skills ranged from high to very high levels. Personal factors, including gender, age, educational level, and work experience, were significantly associated with self-directed learning readiness (p -value < .001). Needs for essential knowledge and skills were moderately and positively correlated with self-directed learning readiness (r = .53 and .55, respectively; p -value < .001).

The findings suggest that self-directed learning should be continuously promoted alongside the development of essential knowledge and skills. The results may inform workforce development planning in primary healthcare settings and the design of short-term training programs for community nurses.

Keyword: community nurses, self- directed learning readiness, essential knowledge, essential skills

บทนำ

การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (Self-directed Learning: S.D.L) เป็นแนวทางสำคัญของการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถกำหนดความต้องการการเรียนรู้ แสวงหาความรู้ และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตามความสนใจและความจำเป็นในการปฏิบัติงาน สำหรับพยาบาลชุมชน แนวคิดดังกล่าวมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการปฏิบัติงานในชุมชนมีความหลากหลายและเปลี่ยนแปลงตามบริบทของประชากร สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม พยาบาลชุมชนจึงจำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง (Bramadat et al., 1996) เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม

การปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนเป็นการพยาบาลที่ใช้ชุมชนเป็นฐานและมุ่งเน้นประชากรเป็นเป้าหมาย ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการดูแลสุขภาพที่บ้าน พยาบาลชุมชนยังต้องประสานงานกับบุคลากรสุขภาพ ผู้รับบริการ ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และภาคีเครือข่ายในชุมชน ดังนั้น การปฏิบัติงานจึงต้องอาศัยทั้งความรู้ทางวิชาชีพ ทักษะการปฏิบัติ ทักษะการสื่อสาร การประสานงาน การตัดสินใจ และการทำงานร่วมกับผู้อื่น (Stanhope & Lancaster, 2014) ลักษณะงานดังกล่าวทำให้พยาบาลชุมชนต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่มีความหลากหลายและซับซ้อน และจำเป็นต้องสามารถเรียนรู้และปรับใช้ความรู้ใหม่ได้อย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนนั้นแตกต่างจากการพยาบาลสาขาอื่น ๆ เพราะต้องเผชิญกับความหลากหลาย และซับซ้อนตามปัญหาของชุมชนเขตรับผิดชอบแต่ละพื้นที่ของที่ตั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

นอกจากความหลากหลายของบทบาทหน้าที่แล้ว การเปลี่ยนแปลงขององค์ความรู้ เทคโนโลยีทางสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพยังทำให้พยาบาลชุมชนจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Joubert & Reid, 2024) ความแตกต่างระหว่างความรู้และทักษะที่มีอยู่ กับความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานจึงเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาบุคลากรพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งต้องรับผิดชอบงานบริการสุขภาพที่หลากหลายและเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2567) การระบุน้ำความรู้และทักษะที่พยาบาลชุมชนมีความต้องการพัฒนาเพิ่มเติมจึงเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการวางแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง

ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาตนเองของพยาบาล โดย Fisher และคณะ (2001) ได้อธิบายความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองผ่านองค์ประกอบ

สำคัญ ประกอบด้วย 1) การจัดการตนเอง 2) ความปรารถนาต่อการเรียนรู้ และ 3) การควบคุมตนเอง องค์ประกอบเหล่านี้สะท้อนความพร้อมของบุคคลในการกำหนดและจัดการการเรียนรู้ของตนเอง การแสวงหาความรู้ และการควบคุมตนเองในการเรียนรู้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนที่ต้องรับผิดชอบงานหลากหลายและต้องตัดสินใจในบริบทที่แตกต่างกัน การศึกษาความพร้อมดังกล่าวจึงสามารถสะท้อนศักยภาพด้านการเรียนรู้ของพยาบาลชุมชน และช่วยให้เห็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทการทำงาน (Emblen & Gray, 1990) และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในกลุ่มพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลที่มีผู้วิจัยนำเสนอ ยังมีข้อจำกัดขององค์ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองควบคู่กับการประเมินความต้องการความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนในบริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของเขตสุขภาพที่ 4 การศึกษาประเด็นดังกล่าวจึงมีความสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้เห็นทั้งระดับความพร้อมในการเรียนรู้และประเด็นความรู้และทักษะที่พยาบาลชุมชนต้องการพัฒนาเพิ่มเติม ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว การประเมินความรู้และทักษะที่จำเป็นใดบ้างที่พยาบาลชุมชนต้องการพัฒนาตนเองจะเป็นข้อมูลสำคัญ นำไปสู่การนำมาพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น เพื่อช่วยให้พยาบาลชุมชนสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (American Nurses Association, 2010) ความแตกต่างของความรู้และทักษะหรือสิ่งที่พยาบาลชุมชนจำเป็นต้องรู้เพื่อจะปฏิบัติงาน และตัดสินใจอย่างถูกต้องในการดำเนินงานต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งระดับบุคคลซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานของทีม และองค์กร พยาบาลชุมชนจึงควรได้รับการพัฒนาความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง เพื่อให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถทั้งในด้านวิชาการ และมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลตามลักษณะของวิชาชีพในศาสตร์สาขานี้เป็นอย่างดี พร้อมทั้งมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถใช้ความรู้และทักษะต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมเพื่อสร้างความปลอดภัยและความมั่นใจต่อผู้มารับบริการ (สำนักการพยาบาล กองการพยาบาล, 2559) ดังนั้น การพัฒนาพยาบาลชุมชนให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง ไม่เพียงแต่พิจารณาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน แต่ควรพิจารณาความพร้อมของพยาบาลชุมชนในการแสวงหาและพัฒนาการเรียนรู้ของตนเองร่วมด้วย การศึกษาความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองดังกล่าวจึงสะท้อนความจำเป็นด้านการเรียนรู้ของพยาบาลชุมชน และช่วยให้เห็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทการทำงาน แต่ที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง กับความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 4 ผู้วิจัยจึงศึกษาเรื่องนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลชุมชน การจัดการเรียนรู้และการอบรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน และการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

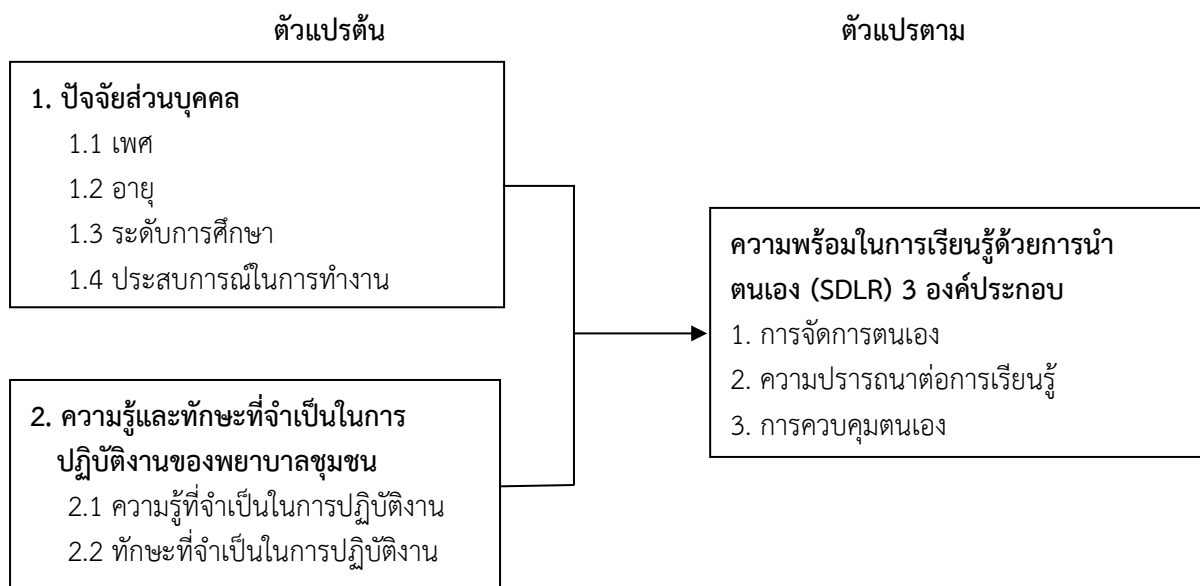
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชน
2. เพื่อประเมินความต้องการความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชน

สมมติฐาน

ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยใช้วิธีการสำรวจเพื่อศึกษาความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชนในการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เขตสุขภาพที่ 4 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เขตสุขภาพที่ 4 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 352 แห่ง ใน 8 จังหวัด ที่ปฏิบัติงานช่วงวันที่ 5 มกราคม ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2568

จากนั้นพิจารณาพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวิจัย โดยกำหนดคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 312 คน ได้มาโดยสุ่มแบบ หลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยผู้วิจัยขออนุมัติและประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทั้ง 8 จังหวัด ใช้ข้อมูลจากทะเบียนรายชื่อ รพ.สต. แต่ละอำเภอในจังหวัดเขตสุขภาพที่ 4 ในระดับจังหวัด ดำเนินการสุ่มอำเภอจากบัญชีรายชื่อ ที่มีรพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งอยู่ จากนั้นสุ่ม รพ.สต. แต่ละอำเภอ โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง อ้างอิงจากตารางของ (Krejcie & Morgan, 1970) กำหนดกลุ่มตัวอย่าง รพ.สต. ไม่น้อยกว่า 186 แห่ง และ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. นั้น ๆ จำนวน 312 คน จำแนกเป็น จากจังหวัดปทุมธานี 45 คน นนทบุรี 36 คน พระนครศรีอยุธยา 56 คน อ่างทอง 42 คน ลพบุรี 25 คน สิงห์บุรี 33 คน สระบุรี 37 คน และนครนายก 38 คน ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 5 มกราคม ถึง 30 เมษายน 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามฉบับเดียว ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ของ Fisher และคณะ (2001) แปลโดย วิบูลย์ลักษณ์ ปรียาวงศากุล (2547) จำนวน 3 องค์ประกอบ 42 ข้อ คือ 1) องค์ประกอบด้านการจัดการตนเอง จำนวน 13 ข้อ 2) องค์ประกอบด้านความปรารถนาต่อการเรียนรู้ จำนวน 14 ข้อ และ 3) องค์ประกอบด้านการควบคุมตนเอง จำนวน 15 ข้อ แปลผลตามช่วงคะแนน 3 ระดับ ได้แก่

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสาร ตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ จำนวน 90 ข้อ แบ่งเป็นด้านความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน 45 ข้อ และด้านทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน 45 ข้อ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่

ค่าเฉลี่ย 4.20–5.00 หมายถึง ความต้องการความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.40–4.19 หมายถึง ความต้องการความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานมาก

ค่าเฉลี่ย 2.60–3.39 หมายถึง ความต้องการความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.80–2.59 หมายถึง ความต้องการความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.79 หมายถึง ความต้องการความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานน้อยที่สุด

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งฉบับ ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและแบบวัดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ (Content validity) จำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษาและความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชนจากภาครัฐและเอกชน 3 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 ท่าน ตรวจสอบแล้วนำมาคิดค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง .79 – 1.00 หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งฉบับไปทดลองใช้กับพยาบาลชุมชนสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาร์ค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ $\alpha = .97$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์นแล้ว ผู้วิจัยขออนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 8 จังหวัด เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่รับผิดชอบ และประสานงานกับฝ่ายวิจัยของสาธารณสุขจังหวัดเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และบางส่วนส่งทางไปรษณีย์ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลเข้าสู่การวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วย ความถี่ และร้อยละ
2. ระดับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชน วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความต้องการความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เลขที่ WTU 2567-0130 เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างโดยการจัดทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องให้เหตุผล ข้อมูลได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 279 คน (ร้อยละ 89.40) และ เพศชาย 33 คน (ร้อยละ 10.60) อายุอยู่ในช่วงอายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.80 ช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 28.80 ช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 25.00 และช่วงอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 15.40 ตามลำดับ ระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 83.00 ระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า ร้อยละ 13.20 และต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 3.80 ตามลำดับ ประสบการณ์ในการทำงานในชุมชน 21 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.10 ประสบการณ์ 1-5 ปี ร้อยละ 23.40 ประสบการณ์ 5-10 ปี ร้อยละ 21.80 ประสบการณ์ 16-20 ปี ร้อยละ 13.10 และประสบการณ์ 11-15 ปี ร้อยละ 10.60 ตามลำดับ และเมื่อพยาบาลชุมชนต้องการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ใช้แหล่งข้อมูลโดยการสืบค้นจาก Internet คอมพิวเตอร์ และสืบค้นจากโทรศัพท์มือถือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.90 รองลงมา คือสอบถามจากพยาบาลชุมชนในและนอกเครือข่าย สอบถามจาก อสม. ในพื้นที่ สอบถามจากโรงพยาบาลในเครือข่าย สอบถามจากเพื่อน ๆ ในเครือข่ายอื่น ๆ สอบถามจากผู้นำชุมชน และสอบถามจากผู้มารับบริการ คิดเป็น ร้อยละ 43.10 และใช้บริการข้อมูลข่าวสารจากสาธารณสุขอำเภอน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ .60 ตามลำดับ

2. ระดับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยระดับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชน (n = 312)

องค์ประกอบ	Mean	S.D.	ระดับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง
1. ด้านการจัดการตนเอง	3.94	.47	สูง
2. ด้านความปรารถนาต่อการเรียนรู้	3.96	.48	สูง
3. การควบคุมตนเอง	3.93	.51	สูง
รวม	3.95	.43	สูง

จากตาราง 1 พบว่า ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชน โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงทั้ง 3 องค์ประกอบ (Mean= 3.95, S.D. =.43) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบ พบว่า ด้านการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ย (Mean= 3.94, S.D. =.47) ด้านความปรารถนาต่อการเรียนรู้ (Mean= 3.96, S.D. =.48) และการควบคุมตนเอง (Mean= 3.93, S.D. =.51) ทั้งหมดอยู่ในระดับสูง

3. ความต้องการความรู้ที่จำเป็นของพยาบาลชุมชนในการปฏิบัติงาน

ตาราง 2 ความต้องการความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน (n = 312)

รายการความรู้ที่มีความต้องการสูงสุด	ระดับความรู้ที่จำเป็น	
	Mean	S.D.
1. การทำแผลชนิดต่าง ๆ	4.43	.72
2. การตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Basic Medical Care)	4.37	.69
3. การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การจัดการกับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน	4.35	.73
4. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมทั้งการเก็บบันทึกข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ในระบบสุขภาพ	4.34	.70
5. การคัดกรองผู้ป่วยก่อนส่งต่อแพทย์เพื่อการรักษา	4.33	.68
6. การบริหารยา การใช้อาณัติและสมุนไพร	4.26	.72
7. การให้การพยาบาลที่บ้านและการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม	4.25	.71
8. การฟื้นคืนชีพ หรือการช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤติฉุกเฉิน	4.23	.76

จากตาราง 2 พบว่า ความต้องการความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยความรู้ที่มีความต้องการสูงสุด คือ การทำแผลชนิดต่าง ๆ (Mean= 4.43, S.D.= .72) รองลงมา คือ การตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Basic Medical Care) (Mean= 4.37, S.D.= .69) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การจัดการกับผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน (Mean= 4.35, S.D.= .73) ตามลำดับ

4. ผลการวิเคราะห์ความต้องการทักษะที่จำเป็นของพยาบาลชุมชนในการปฏิบัติงาน

ตาราง 3 ความต้องการทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน (n = 312)

รายการทักษะที่มีความต้องการสูงสุด	ระดับทักษะที่จำเป็น	
	Mean	S.D.
1. การปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น	4.46	.71
2. การปรับปรุงและพัฒนาบุคลิกภาพตนเองให้เหมาะสมกับวิชาชีพ	4.43	.69
3. การเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น	4.35	.70
4. การประสานแนวความคิดและความเข้าใจอันดีระหว่างตนเองกับเพื่อนร่วมงาน และบุคลากรต่าง ๆ	4.32	.67
5. การจัดการ (Skill to management)	4.30	.68
6. การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง สามารถให้คำปรึกษาทั้งสุขภาพกายสุขภาพจิต ครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชน	4.28	.72
7. การแก้ปัญหาในรูปแบบต่างๆเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	4.27	.63
8. การจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัย	4.25	.76

จากตาราง 3 พบว่า ความต้องการทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน อยู่ในระดับมากที่สุด โดยข้อที่ต้องการมากที่สุดคือ ทักษะการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น (Mean = 4.46, S.D. = .71) รองลงมาคือการปรับปรุงและพัฒนาบุคลิกภาพตนเองให้เหมาะสมกับวิชาชีพ (Mean = 4.43, S.D. = .69) และการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น (Mean = 4.35, S.D. = .70)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (n = 312)

ตัวแปร	ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชน (S.D.LR)		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. เพศ	.48	<.001*	ปานกลาง
2. อายุ	.55	<.001*	ปานกลาง
3. ระดับการศึกษา	.31	<.001*	ปานกลาง
4. ประสบการณ์ในการทำงาน	.57	<.001*	ปานกลาง

*p-value < .01

จากตาราง 4 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทั้ง 4 คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการทำงาน มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ในทางบวกกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะที่จำเป็นกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (n = 312)

ตัวแปร	ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชน (S.D.LR)		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน	.53	<.001*	ปานกลาง
2. ทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน	.55	<.001*	ปานกลาง

*p-value < .01

จากตาราง 5 พบว่า ความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .53, p < .001$) และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .55, p\text{-value} < .001$)

อภิปรายผล

1. ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งด้านการจัดการตนเอง ความปรารถนาต่อการเรียนรู้ และการควบคุมตนเอง ผลดังกล่าวสะท้อนว่าพยาบาลชุมชนมีคุณลักษณะที่เอื้อต่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Fisher และคณะ (2001) ที่มองความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองว่าเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะภายในของบุคคล ทักษะคิด ความสามารถในการจัดการการเรียนรู้ บุคลิกลักษณะนิสัย และความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง การปฏิบัติงานในชุมชนซึ่งต้องเผชิญปัญหาสุขภาพที่หลากหลายและเปลี่ยนแปลง จึงจำเป็นต้องอาศัยความสามารถในการแสวงหาและประเมินข้อมูลด้วยตนเอง จากการนำโมทัศน์ที่สำคัญของแนวคิดด้านภาวะผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพ และแนวคิดด้านความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง พบว่า สิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นที่ต้องนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน (Joubert & Reid, 2024; Pueyo-Garrigues et al., 2022) การที่พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่ไม่ได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะในสถานพยาบาล แต่ต้องทำงานเชิงรุกในชุมชน ซึ่งมีความหลากหลายของบริบททางสังคม

วัฒนธรรม และปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ทำให้พยาบาลชุมชนจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะที่ยืดหยุ่น และปรับตัวเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลชุมชน

2. ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนที่มีความต้องการเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาตนเองพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่าพยาบาลชุมชนมีความต้องการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน เพื่อรองรับภารกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะด้านการทำแผลชนิดต่าง ๆ แผลผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน แผลจากการได้รับอุบัติเหตุ เป็นต้น ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและโรคเรื้อรัง ด้านการคัดกรองผู้ป่วยก่อนส่งต่อ และด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น การพัฒนาบุคลิกภาพ การเข้าใจผู้อื่น การประสานงาน การจัดการและภาวะผู้นำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Bramadat et al., 1996) จะเห็นได้ว่าพยาบาลชุมชนเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่เชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานบริการทุกระดับกับชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับนโยบายต่างๆ จากกระทรวงสาธารณสุข ในการดูแลระบบสุขภาพในชุมชนทุกระดับ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ พยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มีบทบาทที่สำคัญในการดำเนินการกิจในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนทุกช่วงวัย ในขณะที่พยาบาลชุมชนต้องเผชิญกับปัญหาหน้าที่ที่หลากหลาย เมื่อพยาบาลขาดข้อมูลความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติหน้าที่ที่มีความจำเป็นที่พยาบาลชุมชนจึงมีความปรารถนาต่อการเรียนรู้ ต้องการแสวงหาความรู้เพิ่มเติมด้วยการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง และเรียนรู้ตลอดชีวิต ทั้งนี้พยาบาลชุมชนยังมีความเห็นในด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นอีกหลายประการที่ต้องนำมาประยุกต์ใช้ในการทำงานเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลและเข้าถึงผู้ป่วยด้วยสมรรถนะที่ควรมี ในขณะที่ปฏิบัติงานในหน้าที่นั้น ๆ ให้สำเร็จลุล่วง แต่ในบางสถานการณ์มีข้อจำกัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sakamoto และ Avila (2004) ได้ศึกษาขอบเขต และมาตรฐานการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน และการบริหารจัดการภายในของกรมบริการสุขภาพ ลอสแอนเจลิส ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จัดทำคู่มือปฏิบัติการพยาบาลสาธารณสุข: เครื่องมือสำหรับพยาบาลชุมชน โดยคำนึงถึงความต้องการเฉพาะเจาะจงของการปฏิบัติงานพยาบาลชุมชนระดับปฐมภูมิ และการดูแลระยะยาว คู่มือนี้เป็นแม่แบบสำหรับสร้างความเข้าใจบทบาท และความรับผิดชอบของพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยโปรแกรมบังคับ และโปรแกรมเฉพาะทางเพื่อสร้างรากฐานความรู้และทักษะ และการฝึกอบรมของพยาบาลชุมชนที่จำเป็นต่อการทำงานอย่างอิสระและมีประสิทธิภาพภายในกลุ่มประชากร และในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เพื่อการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ การระบุและพัฒนาวิธีการใหม่ๆ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของพยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานที่ซับซ้อนและกว้างขวางมากขึ้น รวมถึงเป็นแนวทางในการปรับปรุงและยกระดับคุณภาพของประชาชน สอดคล้องกับลักษณะงานพยาบาลชุมชนที่ต้องทำงานทั้งเชิงวิชาชีพและเชิงระบบร่วมกับประชาชนและเครือข่ายในพื้นที่เขตรับผิดชอบ (Stanhope & Lancaster, 2014; สำนักการพยาบาล กองการพยาบาล, 2559) และการตัดสินใจในสถานการณ์จริง พยาบาลชุมชนมักต้องเผชิญกับปัญหาที่ต้องตัดสินใจและแก้ไขเฉพาะหน้า โดยอาจไม่มีผู้เชี่ยวชาญ หรือแพทย์ให้คำปรึกษาได้ทันที การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองช่วยเสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์ การประเมินสถานการณ์ และการตัดสินใจที่ดี ทำให้พยาบาลชุมชนมีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้ในสภาวะที่ท้าทาย นอกจากนี้ พยาบาลชุมชนต้องทำงานร่วมกับประชาชนหลากหลายกลุ่ม ซึ่งมีความต้องการด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองช่วยให้พยาบาลชุมชน สามารถระบุความแตกต่างความรู้ของตนเอง และแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อออกแบบวางแผนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคลหรือกลุ่มได้อย่างยืดหยุ่นสำหรับทักษะการพัฒนาการเป็นผู้นำและการทำงานร่วมกับผู้อื่น การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ไม่ได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการแสวงหาโอกาสในการเรียนรู้จากผู้อื่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการทำงานร่วมกันเป็นทีม สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นทักษะสำคัญที่พยาบาลชุมชนต้องมี เพื่อประสานงานกับภาคส่วนต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง (Pearson, 1989) และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลทุกคนเพื่อรักษามาตรฐานของการปฏิบัติงาน และก้าวทันความก้าวหน้าของวิชาชีพ การที่พยาบาลมีทักษะการนำตนเองในการเรียนรู้ จะช่วยให้สามารถวางแผนพัฒนาตนเองได้อย่างเป็นระบบและ

มีประสิทธิภาพ สรุปได้ว่าการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นทักษะพื้นฐานและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ ยืดหยุ่น และทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในวิชาชีพพยาบาล

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชน ผลจากการวิจัย พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .48, .55, .31 และ .57 ตามลำดับ ผลดังกล่าวสะท้อนความแตกต่างด้านประสบการณ์ชีวิต ประสบการณ์การทำงาน โอกาสการเรียนรู้ และความรับผิดชอบต่องานวิชาชีพ จากงานวิจัยของ Box (1982) ศึกษาความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษาพยาบาล และนักศึกษาพยาบาลโปรแกรมหลักสูตรต่อเนื่องของมหาวิทยาลัย Oklahoma ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปร อายุ และเพศ แต่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธ์กับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองอาจเป็นไปได้ในบริบทการปฏิบัติงาน วิถีชีวิตของพยาบาลชุมชนที่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพของชุมชนที่หลากหลาย จำเป็นต้องปรับตัวให้มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองอยู่เสมอ

4. ความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชน ($r = .529$, $p\text{-value} < .001$) ผลดังกล่าวสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย และชี้ให้เห็นว่าพยาบาลชุมชนที่มีความตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนาความรู้ มีแนวโน้มที่จะมีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมากขึ้น ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายด้าน ที่ต้องการพิจารณาวัดและประเมินภายในตัวบุคคลที่จะบอกถึงระดับความพร้อมในตัวบุคคลนั้น ๆ (Hiemstra & Brockett, 1994) ซึ่งการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของบุคคล ประกอบด้วยบุคลิกลักษณะที่ปรากฏในตัวบุคคล 6 ประการ คือตนเอง การนำตนเอง สอนตนเอง ศึกษาตนเอง อิสระในตนเอง และเรียนรู้ตนเอง รู้ว่าตนเองต้องการเรียนรู้อะไร การเรียนรู้ไม่มีขอบเขต จึงควรพิจารณาความแตกต่างระหว่างบุคคลต่อการเรียนรู้ และการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเรียนรู้จึงเป็นสิ่งจำเป็นในชีวิตมนุษย์ บุคคลจึงต้องเรียนรู้ตลอดชีวิต ดังนั้น การส่งเสริมความพร้อมให้กับพยาบาลชุมชน ได้เพิ่มพูนความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน จำเป็นต้องสนับสนุนให้พยาบาลชุมชนแสวงหาความรู้เท่าทันกับการเพิ่มโอกาส และสร้างทางเลือกให้พยาบาลชุมชนเพิ่มขีดความสามารถในการเลือกวิธีการเรียนรู้ที่ตนเองถนัด และพัฒนาตนเองตามความเหมาะสมให้กับตนเอง (Fisher et al., 2001) ความสนใจใฝ่หาความรู้เพื่อนำมาประกอบการทำงานจึงมีวิธีการที่หลากหลาย ทั้งเรียนรู้อย่างเป็นทางการ เช่น การฝึกอบรมในเรื่องต่าง ๆ ที่สนใจ และไม่เป็นทางการ เช่น การสืบค้นจากอินเทอร์เน็ต เทคโนโลยีต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นที่ต้องนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้พยาบาลชุมชนยังมีความต้องการพัฒนาด้านเทคโนโลยีดิจิทัล และ AI เพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ ระบาดวิทยา การดูแลผู้สูงวัยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผู้ป่วย Palliative Care การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการให้คำปรึกษา และกฎหมายวิชาชีพ แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างระหว่างการทำงานจริงของพยาบาลชุมชนกับความรู้ที่จำเป็นของพยาบาลชุมชนมีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูเติมเต็มความรู้ที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์ในการทำงานเชิงรุกให้บรรลุผลสำเร็จทั้งในระดับปฏิบัติงานในรพ.สต. และตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุขซึ่งต้องรับผิดชอบต่อดูแลสุขภาพอนามัยโดยรวมของประชาชน

5. ทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชน พบว่า ด้านทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ ระดับปานกลาง ($r = .55$, $p\text{-value} < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Middlemiss (1987) ศึกษาความสัมพันธ์ของความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองสัมพันธ์กับลักษณะนิสัยในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญ และมีแนวโน้มในการส่งเสริมความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ อันจะเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างความสามารถ ความสำเร็จในงานที่ปฏิบัติ ผลที่ได้จากการวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

จะเป็นข้อมูลนำไปสู่การพัฒนาพยาบาลชุมชน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า รายการทักษะที่พยาบาลชุมชนมีความต้องการสูงสุด คือ การปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น การปรับปรุงและพัฒนาบุคลิกภาพตนเองให้เหมาะสมกับวิชาชีพ การเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น การประสานแนวความคิดและความเข้าใจอันดีระหว่างตนเองกับเพื่อนร่วมงานและบุคลากรต่าง ๆ การจัดการ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง สามารถให้คำปรึกษาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชน การแก้ปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และการจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัย ทักษะที่พยาบาลชุมชนต้องการสูงสุดล้วนเป็นทักษะที่สนับสนุนการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมาย ดังนั้นพยาบาลชุมชนควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้ได้รับการพัฒนา และเป็นขวัญกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ในองค์กรด้วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลจากการศึกษาความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ทำให้ทราบถึงพยาบาลชุมชนมี ทักษะความสามารถและบุคลิกลักษณะนิสัยต่อการปฏิบัติงานที่โดดเด่นในด้านความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง จึงควรรักษาไว้ซึ่งคุณสมบัติและคุณค่าในการนำตนเองและวิชาชีพ เรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ควบคู่กับการรักษามาตรฐานการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการพยาบาล การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญและจำเป็นยิ่งสำหรับพยาบาลชุมชน การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลชุมชนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนได้อย่างแท้จริง

2. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชน ได้ทราบถึงความต้องการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน และเพื่อนำไปวางแผนให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนางานสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ พร้อมทั้งการจัดให้มีการอบรมให้สอดคล้องกับภารกิจของ รพ.สต. ซึ่งมุ่งเน้นบริการเชิงรุก ด้านส่งเสริม ป้องกันโรค และเพิ่มศักยภาพในการรักษาเบื้องต้นและการจัดให้พยาบาลชุมชนได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ระหว่างประจำการ ด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อนำความรู้ความสามารถมาใช้ในการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพ ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีระบบพี่เลี้ยงสำหรับพยาบาลชุมชนที่เริ่มทำงานใหม่เพื่อให้พยาบาลชุมชนสามารถพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. สถาบันการศึกษาพยาบาลภาครัฐและเอกชนใช้เป็นข้อมูลในการจัดอบรมระยะสั้น เพื่อช่วยในการพัฒนาพยาบาลชุมชน ให้ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ระดับปฐมภูมิ และรองรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนตามโครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น การพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องตามความสนใจ และความจำเป็นในการทำงานในพื้นที่นั้นๆ พยาบาลชุมชนต้องทำงานร่วมกับคนในชุมชนหลายฝ่าย อสม. และหน่วยงานอื่นๆ การมีความรู้ที่หลากหลายและทันสมัย ช่วยให้พยาบาลชุมชนเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ร่วมงานได้อย่างมั่นใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของพยาบาลชุมชนทุกภูมิภาคในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่ในภาพรวมสนองตอบนโยบายเชิงรุกกระทรวงสาธารณสุข

2. ศึกษาปัจจัยทำนายหรือปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง เช่น สภาพแวดล้อมการทำงาน การสนับสนุนจากองค์กร การเข้าถึงเทคโนโลยี และแรงจูงใจในการเรียนรู้

เอกสารอ้างอิง

- วิบูลย์ลักษณ์ ปริยาวงศากุล. (2547). รูปแบบการพัฒนานักศึกษาพยาบาลด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเพื่อเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชชีบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานการพยาบาล กองการพยาบาล. (2559). *มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน*. โรงพิมพ์สวนตะวัน.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2567). *คู่มือการบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. http://bps.moph.go.th/new_bps
- American Nurses Association. (2010). *Continuing education. COPA model nursing competencies: Personal characteristics continuing effective nursing performance*. <http://www.nursingworld.org/mods/arctive/mod110/copa3.htm>
- Box, B. J. (1982). *Self-directed learning readiness of students and graduates of an associate degree nursing program* [Unpublished doctoral dissertation]. Oklahoma State University.
- Bramadat, I. J., Chalmers, K., & Andrusyszyn, M. A. (1996). Knowledge, skills and experiences for community health nursing practice: The perceptions of community nurses, administrators and educators. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1224–1233. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1996.tb01029.x>
- Emblen, J. D., & Gray, G. T. (1990). Comparison of nurses' self-directed learning activities. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 21(2), 56–61. <https://doi.org/10.3928/0022-0124-19900301-05>
- Fisher, M., King, J., & Tague, G. (2001). Development of Self-directed learning readiness scale for nursing education. *Journal of Nurse Education Today*, 21(7), 516-525. <https://doi.org/10.1054/nedt.2001.0589>
- Hiemstra, R., & Brockett, R. G. (Eds.). (1994). *Overcoming resistance to self-direction in adult learning (new directions for adult and continuing education, No. 64)*. Jossey-Bass.
- Joubert, A., & Reid, M. (2024). Knowledge, skills, and training of community health workers to contribute to interprofessional education: A scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 38(2), 308–318. <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2176472>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Middlemiss, M. A. (1987). *Relationship of self-directed learning readiness and job characteristics to job satisfaction for professional nurses* [Doctoral dissertation, Syracuse University]. SURFACE at Syracuse University.
- Pueyo-Garrigues, M., Pardavila-Belio, M. I., Canga-Armayor, A., Esandi, N., Alfaro-Díaz, C., & Canga-Armayor, N. (2022). NURSES' knowledge, skills and personal attributes for providing competent health education practice, and its influencing factors: A cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*, 58, 103277. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103277>
- Pearson, M. A. (1989). *Feedback of learning preference information and its effects on effective responses, independent study time and self-directed learning readiness of nurses in a self-directed hospital orientation program*. <http://car.chula.ac.th/hwweda/search.nsp>



Sakamoto, S. D., & Avila, M. (2004). The public health nursing practice manual: A tool for public health nurses. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 21(2), 179–182.

<https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2004.021212.x>

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2014). *Foundations of nursing in the community* (4th ed.). Mosby Elsevier.

การพัฒนาารูปแบบและผลลัพธ์ของรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาล ในเครือข่ายจังหวัดลำปาง

Development and outcomes of the patient refer-back service model by ambulance in the Lampang Provincial network

ดารากาญจน์ จันทรตระกูล

Darakarn Chantrakul

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

Lampang Provincial Health Office

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding) e-mail: pisshi55emzyne45@gmail.com

(Received: December 20, 2025; Revised: July 27, 2026; Accepted: August 29, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ประยุกต์ใช้กรอบ Six Building Blocks ของ WHO ร่วมกับทฤษฎีระบบ (IPO Model) การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ 1) วิเคราะห์สถานการณ์จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและพยาบาล 13 คน 2) พัฒนารูปแบบร่วมกับพยาบาลศูนย์ส่งต่อ 13 แห่งและนำไปใช้ และ 3) ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในผู้ป่วยส่งกลับ 1,214 ราย (มี.ค.-ต.ค. 2568) และพยาบาลศูนย์ส่งต่อ 13 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และ Paired *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง (RBM LAMPANG Model) ประกอบด้วย 1) เครือข่าย 4 Node refer back 2) แนวทางปฏิบัติมาตรฐาน 3) กระบวนการส่งกลับ 4) การบริหารจัดการเตียงผ่าน dashboard กลางแบบ real-time และ 5) ระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผลลัพธ์พบว่า ระยะเวลาส่งกลับเฉลี่ยลดลงจาก 32 ชั่วโมง 36 นาที เหลือ 8 ชั่วโมง (ลดลงร้อยละ 75.46) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ลดลงจากร้อยละ 0.50 เป็นร้อยละ 0.16 และพยาบาลมีคะแนนการรับรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตามแนวทางสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.89, p\text{-value} < .001$)

รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น (RBM LAMPANG Model) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงาน ลดความล่าช้า ยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ประสานระบบบริการ

คำสำคัญ: รูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วย, เครือข่ายจังหวัดลำปาง, รถพยาบาล

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate an ambulance-based patient refer-back service model in the Lampang Provincial Network. The study was guided by the World Health Organization (WHO) Six Building Blocks framework and systems theory using an Input–Process–Output (IPO) model. The study was conducted in three phases: 1) a situation analysis using focus group discussions and in-depth interviews with 13 stakeholders, including administrators, physicians, nurses, and patients; 2) development and implementation of the model in collaboration with nurses from 13 referral centers; and 3) evaluation of the developed model among 1,214 refer-back patients from March to October 2025 and 13 referral-center nurses. Qualitative data were

analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The RBM LAMPANG Model comprised five components: 1) a four-node refer-back network; 2) standard operating procedures; 3) a standardized patient refer-back process; 4) real-time bed management through a centralized dashboard; and (5) a patient-safety risk surveillance and workforce capacity-building system. The mean refer-back time decreased from 32 hours and 36 minutes to 8 hours, a 75.46% reduction. Adverse events decreased from 0.50% to 0.16%. Nurses' scores for perception, understanding, and adherence to the guidelines increased significantly ($t = 8.89$, p -value $< .001$).

The RBM LAMPANG Model improved coordination, reduced delays, and enhanced the quality and safety of ambulance-based patient refer-back services across the Lampang Provincial Network, with nurses serving as key service coordinators.

Keywords: patient refer-back service model, Lampang Provincial Network, ambulance

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมุ่งเน้นการจัดบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2568) โดยเชื่อมโยงบริการอย่างไร้รอยต่อภายใต้นโยบาย One Province One Hospital One Refer (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2568) การส่งกลับผู้ป่วย (Refer back) จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิไปยังโรงพยาบาลลูกข่ายถือเป็นกลไกสำคัญในการบริหารจัดการเตียงและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (กองบริหารการสาธารณสุข, 2562) อย่างไรก็ตาม การส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลในหลายพื้นที่ยังประสบปัญหาความล่าช้า ขาดแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน และกระบวนการ การประสานงาน ที่ไม่เป็นระบบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร และเพิ่มภาระงานของบุคลากรสุขภาพ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2567) เครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดลำปาง มีโรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (แม่ข่ายหลัก) และมีโรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย 12 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเกาะคา โรงพยาบาลแม่เมาะ โรงพยาบาลห้างฉัตร โรงพยาบาลแม่ทะ โรงพยาบาลงาว โรงพยาบาลเสริมงาม โรงพยาบาลแจ้ห่ม โรงพยาบาลวังเหนือ โรงพยาบาลเมืองปาน โรงพยาบาลเถิน โรงพยาบาลสบปราบ และโรงพยาบาลแม่พริก ข้อมูลสถิติปี 2565-2567 พบว่าโรงพยาบาลลำปางรับผู้ป่วย (Refer in) จากโรงพยาบาลลูกข่าย จำนวน 50,740 43,359 และ 58,024 ราย ตามลำดับ ขณะที่มีการส่งกลับผู้ป่วย (Refer back) โดยรถพยาบาล จำนวน 1,383 1,788 และ 2,006 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกปี (โรงพยาบาลลำปาง, 2567) แต่ยังคงพบปัญหาความล่าช้าในการรับกลับที่เกินมาตรฐาน 24 ชั่วโมง โดยมีผู้ป่วยที่ต้องรอส่งกลับ 2-3 วัน จำนวน 232-273 รายต่อปี และรอนานเกิน 4 วัน จำนวน 44-47 รายต่อปี (โรงพยาบาลลำปาง, 2567) สาเหตุสำคัญเกิดจากปัญหาเชิงระบบ (System) คือ ขาดแนวทางประสานงานและระบบติดตามที่ชัดเจน ปัญหาด้านบุคลากรคือ อัตรากำลังไม่เหมาะสม ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ประสานงานหลักยังขาดแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน และปัญหาด้านทรัพยากรคือ การบริหารจัดการรถพยาบาล อุปกรณ์ และเตียงผู้ป่วยที่ไม่สอดคล้องกัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2567) ส่งผลให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ เพิ่มค่าใช้จ่าย และเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งกลับ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) และการดูแลเปลี่ยนผ่านสู่บ้าน (Hospital-to-Home) (Collet et al., 2025; Hirschman et al., 2015) แต่ยังคงขาดการศึกษาที่พัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วย (Refer back) โดยรถพยาบาลในระดับเครือข่ายจังหวัดที่บูรณาการกรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010; 2021a) ร่วมกับทฤษฎีเชิงระบบ Input-Process-Output-Feedback Model (IPO Model) (Shi & Johnson, 2022) การใช้กรอบ Six Building Blocks

ร่วมกับ IPO Model ช่วยให้การพัฒนาระบบบริการครอบคลุมทั้งภาวะผู้นำและนโยบาย การให้บริการ บุคลากร สุขภาพ ระบบสารสนเทศ เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการเงินการคลัง และมีข้อมูลย้อนกลับเพื่อพัฒนาต่อเนื่อง

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นในด้านประสิทธิภาพของระบบบริการ ระยะเวลาส่งกลับ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และระดับการรับรู้ ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตามแนวทางของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการส่งกลับผู้ป่วยในเครือข่ายจังหวัดลำปางให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์วิจัย

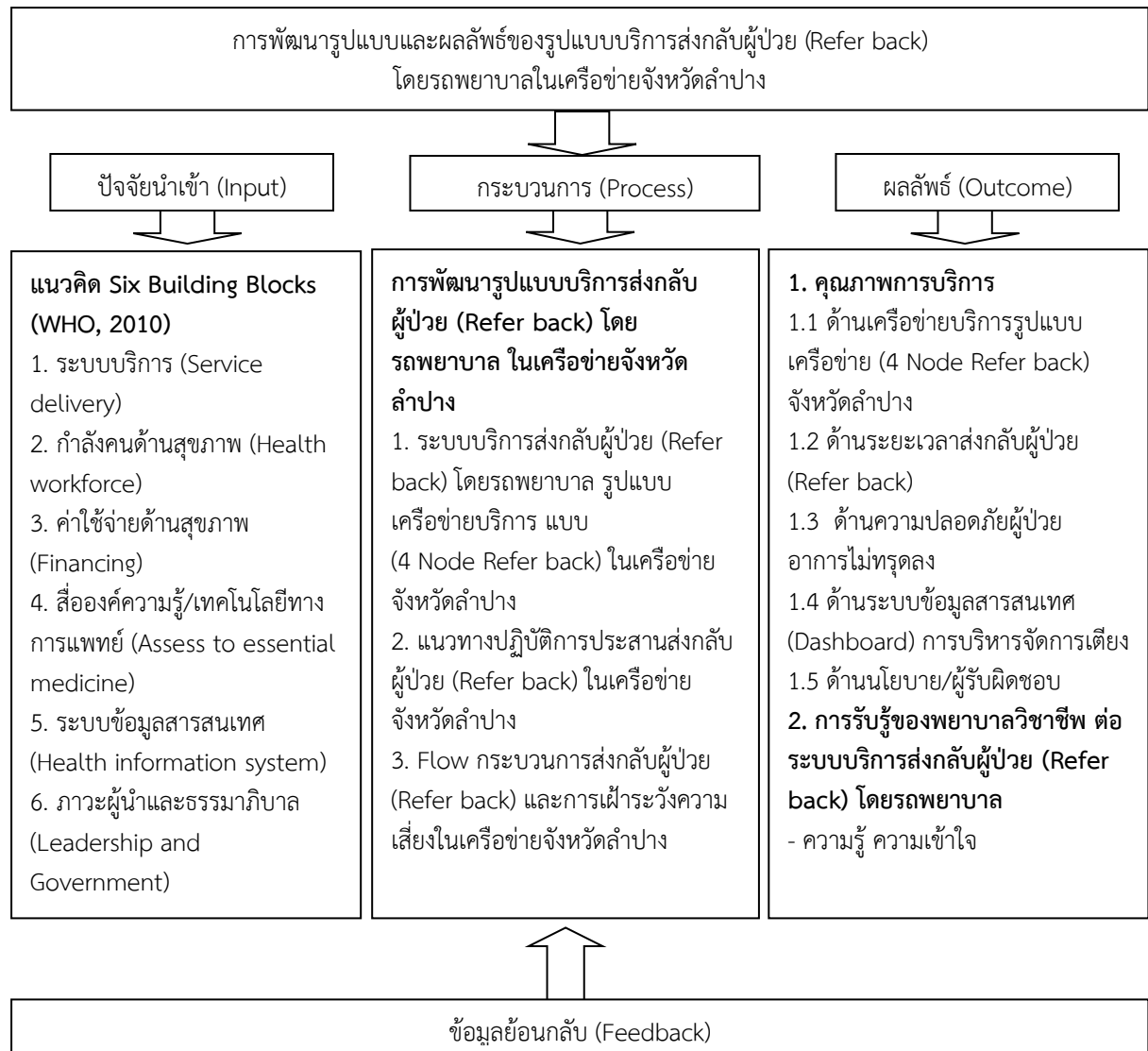
1. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ด้านระยะเวลาเฉลี่ยการส่งกลับ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น

สมมติฐาน

1. ระยะเวลาเฉลี่ยในการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง หลังการใช้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบบริการ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง มีความปลอดภัยเพิ่มขึ้นและมีอัตราอาการทรุดลงลดลงหลังการใช้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบบริการ
3. ระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง หลังการใช้รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบและผลลัพธ์ของรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง โดยประยุกต์ใช้แนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010; 2021a) ร่วมกับทฤษฎีเชิงระบบ (System) ที่ประกอบด้วย (Input-Process-Output-Feedback: IPO Model) เพื่อใช้เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบบริการและประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระยะเวลาดำเนินการระหว่างวันที่ 14 กุมภาพันธ์-24 ตุลาคม 2568 การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Research 1 (R1)) ระยะที่ 2 การ พัฒนารูปแบบไปใช้ (Development 1 (D1)) และระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ (Research 2 (R2)) ดังนี้

ระยะที่ 1 (Research 1 (R1); 14-27 กุมภาพันธ์ 2568) การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ได้แก่ ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยที่เคยรับบริการส่งต่อผู้ป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายจังหวัดลำปาง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 13 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วยจำนวน 2 คน แพทย์และพยาบาลที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 8 คน และผู้ป่วยที่เคยรับบริการส่งต่อผู้ป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 3 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ ผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาล ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เคยรับบริการส่งต่อผู้ป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา สามารถสื่อสารได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มจนสิ้นสุดกระบวนการหรือถอนตัวระหว่างการวิจัย และผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและกรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก มีแนวคำถามจำนวน 2 ข้อคำถาม ดังนี้ ข้อ 1 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลที่ผ่านมา ได้แก่ 1) ด้านระบบบริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพ 4) ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ 5) ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ และ 6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ข้อ 2 ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลตามรูปแบบทฤษฎีเชิงระบบ (IPO Model) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นมาดำเนินการรวมทั้งเครื่องบันทึกเสียงและสมุดจดบันทึก

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามกึ่งโครงสร้างผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลจำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบส่งต่อผู้ป่วย ระดับจังหวัด 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระดับตติยภูมิ 2 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระดับทุติยภูมิ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญงานวิจัย 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาลกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระบบส่งต่อผู้ป่วย 1 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาได้ค่า IOC ระหว่าง 0.95-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) จากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับกลุ่มผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 10 คน จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ป่วยที่เคยรับบริการส่งต่อ จำนวน 3 คน โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาและการสัมภาษณ์ ร่วมกับการจดบันทึกภาคสนาม (Field note) สรุปประเด็นสำคัญ ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim transcription) และนำข้อมูลที่สรุปประเด็นสำคัญให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง (Member checking) ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) โดยดำเนินการจัดแฟ้มข้อมูล การลงรหัสข้อมูล (Coding) การจัดประเภทข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Verify) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรถพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 (Development 1 (D1); 1 มีนาคม- 24 ตุลาคม 2568) การพัฒนาและนำรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางไปใช้

นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากระยะที่ 1 มาพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลกทฤษฎีเชิงระบบ (IPO Model) ผ่านกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการและการระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาล ดำเนินการระหว่างวันที่ 1-15 มีนาคม 2568 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย ระบบเครือข่าย 4 Node network แนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานการประสานการส่งกลับผู้ป่วย กระบวนการส่งกลับผู้ป่วย (Flow) การบริหารจัดการเตียงผ่าน dashboard กลาง แบบ real-time และระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาศักยภาพกำลังคน จากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในการให้บริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางทั้ง 13 แห่ง ระหว่างวันที่ 16 มีนาคม-24 ตุลาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โรงพยาบาลละ 1 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 13 คน จากโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางทั้ง 13 แห่ง

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านระบบส่งต่อผู้ป่วยมากกว่า 2 ปี ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ถอนตัวจากการวิจัย หรือไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการและงานวิจัยได้จนสิ้นสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) ระบบเครือข่าย 4 Node refer back 2) แนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานการประสานการส่งกลับ 3) กระบวนการส่งกลับผู้ป่วย (Flow) 4) ระบบบริหารจัดการเตียงผ่าน Dashboard กลางแบบ Real-time และ 5) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาศักยภาพกำลังคน

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน และประเมินดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.95-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทุกองค์ประกอบก่อนนำไปใช้จริงในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดลำปาง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยประสานโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยมีขั้นตอนคือ

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการและระดมความคิดเห็นร่วมกับพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลละ 1 คน รวม 13 คน จากโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางทั้ง 13 แห่ง จำนวน 1 ครั้ง ระหว่างวันที่ 1-15 มีนาคม 2568 เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง

2. นำรูปแบบที่ผ่านการพัฒนาร่วมกันไปนำสู่การปฏิบัติจริง (Implementation) ในการให้บริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในโรงพยาบาลเครือข่ายพร้อมกันทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายทั้ง 13 แห่ง ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม-24 ตุลาคม 2568 เพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกันทั่วจังหวัดและคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เป็นสำคัญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) จากข้อมูลที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการและการระดมความคิดเห็น โดยจัดหมวดหมู่ข้อมูล สังเคราะห์ประเด็น และสรุปองค์ประกอบของรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาล ก่อนนำไปใช้จริงในเครือข่ายจังหวัดลำปาง

ระยะที่ 3 (Research 2 (R2); 16 มีนาคม-24 ตุลาคม 2568) ประเมินผลลัพธ์รูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง

ภายหลังการนำรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลไปใช้จริงในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดลำปาง ได้ดำเนินการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยประเมินผล 2 ส่วน ได้แก่ (1) การประเมินผลการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบในกลุ่มตัวอย่างเดิม และ (2) การประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา ณ ช่วงเวลาเดียวกัน (ระหว่างเดือนมีนาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2567) และ มีนาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยระยะนี้แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดลำปาง จำนวน 13 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดลำปาง จำนวน 13 คน โดยใช้ประชากรทั้งหมด (Total population) เก็บข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

เกณฑ์คัดเข้า(Inclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย มีประสบการณ์ด้านระบบรับส่งต่อผู้ป่วยมากกว่า 2 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ถอนตัวจากการวิจัย หรือไม่สามารถเข้าร่วมการประเมินผลได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับ (Refer back) โดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ระหว่างเดือนมีนาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 1,214 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับ (Refer back) โดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ระหว่างเดือนมีนาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 1,214 ราย โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากรายงานการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยประจำเดือนของโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดลำปางทั้ง 13 แห่ง และใช้ข้อมูลประชากรทั้งหมด

เกณฑ์คัดเข้า(Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับ (Refer back) โดยรพพยาบาลภายในเครือข่ายจังหวัดลำปาง และมีข้อมูลในรายงานการดำเนินงานรับส่งต่อผู้ป่วยประจำเดือนครบถ้วน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับส่งกลับ (Refer back) โดยรพพยาบาล และเป็นผู้ป่วยที่ส่งกลับนอกเครือข่ายจังหวัดลำปาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ซึ่งประกอบด้วย (1) ระบบเครือข่าย 4 Node refer back (2) แนวทางปฏิบัติมาตรฐานการประสานการส่งกลับผู้ป่วย (3) กระบวนการส่งกลับผู้ป่วย (Flow) (4) ระบบบริหารจัดการเตียงผ่าน Dashboard กลางแบบ Real-time และ (5) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาศักยภาพกำลังคน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามการประเมินผลการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเครือข่าย 5 ข้อ ด้านบุคลากร 2 ข้อ และด้านระบบสารสนเทศ 1 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน และตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-8 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงกว่าสะท้อนการรับรู้ต่อระบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางที่ดีกว่า

2.2 แบบรายงานการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยประจำเดือน ซึ่งใช้เก็บข้อมูลทุกเดือน ประกอบด้วยข้อมูลผู้ป่วยข้อมูลการประสานส่งกลับ ระยะเวลาการส่งกลับ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในการส่งกลับผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการประเมินผลการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.95-1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.78 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการนำรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลไปใช้จริง โดยเก็บข้อมูลการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 13 คน ก่อนการพัฒนารูปแบบ และภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของผลการรับรู้ นอกจากนี้ ได้รวบรวมข้อมูลทุกเดือนจากรายงานการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยประจำเดือนของโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดลำปางทั้ง 13 แห่ง โดยผู้ประสานหลักประจำโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 1 คน เป็นผู้ติดต่อและรับผิดชอบงานระบบส่งต่อผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อนำมาประเมินผลลัพธ์ด้านระยะเวลาการส่งกลับผู้ป่วยและความปลอดภัยของผู้ป่วย ภายหลังตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลแล้ว จึงนำข้อมูลเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ของระบบบริการโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired *t*-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. วิเคราะห์ผลลัพธ์ของระบบบริการจากข้อมูลทุกเดือนใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนการพัฒนา (ระหว่างเดือนมีนาคม-ตุลาคม พ.ศ.2567) และหลังการพัฒนา (มีนาคม-ตุลาคม พ.ศ.2568) ในด้านระยะเวลาการส่งกลับผู้ป่วย และความปลอดภัยของผู้ป่วย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม โครงร่างวิจัยเสนอขอการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E 2568/012 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาล ในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ดังนี้จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยรวมจำนวน 13 คน พบว่า การดำเนินงานส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลยังประสบปัญหาเชิงระบบหลายด้าน ดังนี้ 1) ด้านระบบบริการ (Service Delivery) พบว่า ขั้นตอนและกระบวนการส่งกลับผู้ป่วยไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่มีแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการประสาน ทำให้เกิดความล่าช้า และไม่มีระบบบริหารจัดการเตียงเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล 2) ด้านกำลังคนทางสุขภาพ (Health Workforce) พบว่า ไม่มีการกำหนดบทบาทพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานส่งกลับผู้ป่วย (Job Description) ไม่ชัดเจนในทุกโรงพยาบาล ส่งผลให้ขาดผู้รับผิดชอบงานหลัก การรับรู้ ความเข้าใจ เกณฑ์การส่งกลับ และการปฏิบัติตามแนวทางแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งไม่มีแนวทางการประสานงานที่เป็นรูปธรรมระหว่างโรงพยาบาล 3) ด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพ (Health Financing) พบข้อจำกัดตามสิทธิการรักษาและการบริหารค่าใช้จ่ายในการส่งกลับผู้ป่วย ส่งผลต่อการตัดสินใจและการจัดบริการในบางกรณี 4) ด้านเทคโนโลยีการแพทย์ (Medical Technology) พบว่า ไม่มีระบบสารสนเทศกลางสำหรับติดตามสถานะการส่งกลับ การประสานงานต้องอาศัยโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันส่งข้อความ ทำให้ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน 5) ด้านข้อมูลสารสนเทศ (Health Information) พบว่า ไม่มี Dashboard กลางสำหรับติดตามบริหารจัดการเตียงและสถานะการส่งกลับแบบ real-time ข้อมูลส่งกลับผู้ป่วยไม่ครบถ้วน และ 6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership & Governance) พบว่า ยังขาดนโยบายกลไกกำกับติดตามและการทบทวนการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าและความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

นอกจากนี้ จากการสังเคราะห์ข้อเสนอแนะของผู้ให้ข้อมูลต่อแนวทางการพัฒนาระบบ สามารถจัดกลุ่มตามทฤษฎีเชิงระบบ (IPO Model) ได้ดังนี้ 1) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) กำหนดโครงสร้างเครือข่ายบริการและระบบบทบาทพยาบาลผู้รับผิดชอบหลัก (Care Coordinator) ให้ชัดเจนในทุกโรงพยาบาล จัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (Standard Operating Procedure: SOP) ร่วมกันทั้งจังหวัด และพัฒนาระบบเทคโนโลยีและฐานข้อมูลสารสนเทศกลางเพื่อสนับสนุนการประสานงาน 2) ด้านกระบวนการ (Process) กำหนดขั้นตอนการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนส่งกลับให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน พัฒนาระบบการประสานงานและการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและปลายทาง และพัฒนาระบบบริหารจัดการเตียง การจัดเตรียมรพพยาบาลพร้อมอุปกรณ์และประเมินความเสี่ยง 3) ด้านผลลัพธ์ (Output) ควรมุ่งลดระยะเวลาการส่งกลับผู้ป่วย เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารทรัพยากร เช่น บุคลากร เตียง ในเครือข่าย และ 4) ด้านข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) จัดให้มีระบบติดตามประเมินผลการส่งกลับผู้ป่วย จัดประชุมทบทวนปัญหา และการเฝ้าระวังความปลอดภัย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบ กระบวนการอย่างต่อเนื่อง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก (n=13)

ข้อมูลส่วนบุคคล / บทบาท	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประเภทข้อมูล		
ผู้บริหาร	2	15.38
แพทย์ที่มีประสบการณ์ด้านการส่งต่อ	4	30.77
พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการส่งต่อ	4	30.77
ผู้ป่วยที่เคยรับบริการส่งต่อ (ภายใน 6 เดือน)	3	23.08
รวม	13	100.00
ประสบการณ์การทำงาน (เฉพาะบุคลากร, n=10)		
น้อยกว่า 5 ปี	0	0
5 - 10 ปี	7	70.00
มากกว่า 10 ปี	3	30.00
รวม	10	100.00

จากตาราง 1 ส่วนใหญ่เป็นแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการส่งต่อ ร้อยละ 30.77 เท่ากัน รองลงมาคือผู้ป่วย ร้อยละ 23.08 และผู้บริหาร ร้อยละ 15.38 ตามลำดับ ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด ($n = 10$) มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป (5-10 ปี) ร้อยละ 70.00 และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 30.00 สะท้อนว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรง ซึ่งช่วยยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงลึกในระบบส่งต่อผู้ป่วย

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาและนำรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางไปใช้ โดย ผู้วิจัยได้นำผลระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับประยุกต์ใช้กรอบ Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก และทฤษฎีเชิงระบบ (IPO Model) ผ่านกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการและการระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยทั้ง 13 โรงพยาบาล จนได้รูปแบบ Refer Back Management Lampang Model (RBM LAMPANG Model) ที่พัฒนาขึ้นและนำไปใช้ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ระบบเครือข่าย 4 Node refer back เป็นการแบ่งโครงสร้าง 4 โซนพื้นที่ (Node) ตามภูมิศาสตร์และระดับศักยภาพของโรงพยาบาลในจังหวัดลำปาง โดยมีโรงพยาบาลลำปางเป็นโรงพยาบาลศูนย์แม่ข่ายหลัก ทำหน้าที่ประสานการส่งกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชน ลูกข่ายในแต่ละ Node มีการจัดตั้งพยาบาลวิชาชีพผู้ประสานงานประจำแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเพียงการประสานงานการส่งกลับผู้ป่วยพื้นที่ของตนเองเกิดความรวดเร็วและเป็นระบบมากขึ้น โดยจัดทำโครงสร้างผู้รับผิดชอบ กำหนดพยาบาลวิชาชีพผู้ประสานหลัก (Care Coordinator) ของทุกโรงพยาบาล และประชุมชี้แจงบทบาทหน้าที่ของแต่ละพื้นที่ 2) แนวทางปฏิบัติมาตรฐาน (Guideline, SOP) จัดทำแนวทางปฏิบัติมาตรฐานครอบคลุมเกณฑ์การส่งกลับผู้ป่วย ขั้นตอนการประเมินความพร้อม แบบฟอร์มการรับแจ้งและประสานงาน เตรียมรพพยาบาล การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย กำหนดมาตรฐานการรับ/ส่งกลับผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง รวมทั้งจัดทำระบบเฝ้าระวังความปลอดภัย เพื่อใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัดลำปาง 3) กระบวนการส่งกลับผู้ป่วย (Refer Back Service Process) จัดทำ Flow กระบวนการส่งกลับผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลต้นทาง การรับแจ้ง/ประสานงาน การตรวจสอบข้อมูล การประเมินผู้ป่วย การรับ/ส่งผู้ป่วย ไปโรงพยาบาลปลายทาง การส่งต่อข้อมูลทางคลินิกผ่าน พยาบาลวิชาชีพ Care Coordinator และระบบเฝ้าระวังความปลอดภัย ความเสี่ยง 4) ระบบบริหารจัดการเพียงผ่าน Dashboard กลางแบบ Real-time พัฒนาระบบโปรแกรม/ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ Dashboard กลางแบบ Real-time สำหรับแสดงสถานะเตียงว่างและการใช้งาน Dashboard ให้กับพยาบาลวิชาชีพผู้ประสานงานทั้ง 13 โรงพยาบาล สนับสนุนการตัดสินใจ ลดความล่าช้า และ 5) ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาศักยภาพกำลังคน (Risk Management & care coordinator) ประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และทักษะตามแนวทางกระบวนการที่พัฒนาขึ้นให้กับพยาบาลวิชาชีพทั้ง 13 แห่ง

ระยะที่ 3 ผลการประเมินผลลัพธ์การส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง

ตาราง 2 เปรียบเทียบระยะเวลาการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ก่อนและหลังพัฒนาระบบ ($n=1,214$)

ข้อมูล	Mean	S.D.
ก่อนพัฒนา (ปี 2567)	32.36	23.4688
หลังพัฒนา (ปี 2568)	8	9.5668

จากตาราง 2 พบว่า ระยะเวลาในการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง หลังการพัฒนา ระบบ ปี 2568 ลดลงาก่อนการพัฒนาระบบ ปี 2567 โดยระยะเวลาเฉลี่ย (Mean) ลดลงจาก 32.36 ชั่วโมง (SD = 23.47) เหลือ 8.00 ชั่วโมง (SD = 9.57) คิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ยที่ลดลงร้อยละ 75.46 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ RBM LAMPANG Model ช่วยลดระยะเวลาการคอยในการส่งกลับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลง ในการส่งกลับโดยรพพยาบาล ในเครือข่ายจังหวัดลำปาง ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ก่อนพัฒนา (ปี 2567)	10	0.50
หลังพัฒนา (ปี 2568)	2	0.16

จากตาราง 3 พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ลดลงจาก 10 ราย (ร้อยละ 0.50) ก่อนพัฒนา เหลือ 2 ราย (ร้อยละ 0.16) หลังพัฒนาระบบ คิดเป็นอัตราการลดลงของความเสี่ยงร้อยละ 68.00 หลังการพัฒนาระบบ ปี 2568 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ RBM LAMPANG Model ช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติตามแนวทางฯ ของพยาบาลวิชาชีพ (n=13)

ข้อมูล	Mean	S.D.
ก่อนพัฒนา (ปี 2567)	1.69	2.56
หลังพัฒนา (ปี 2568)	8	0

ผลการทดสอบทางสถิติภาพรวม (Paired t-test): $t = 8.89$, $p\text{-value} < .001$

จากตาราง 4 พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบศูนย์ส่งต่อทั้ง 13 แห่ง มีระดับการรับรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตามแนวทางส่งกลับผู้ป่วยหลังพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.89$, $p\text{-value} < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.69 เป็น 8.00 คะแนน สะท้อนว่ารูปแบบ RBM LAMPANG Model ช่วยยกระดับสมรรถนะของบุคลากรให้ปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด

ตาราง 5 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ระดับการรับรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติตามแนวทางฯ ของพยาบาลวิชาชีพ (n=13)

รายการ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	n (%)	n (%)
1. รูปแบบเครือข่าย (แบบ 4 Node) ในการส่งกลับผู้ป่วย (Refer back) ทำให้มีการจัดการระบบบริการที่มีประสิทธิภาพเมื่อเปรียบเทียบกับแบบเดิม	0 (0.0)	13 (100)
2. สามารถลดขั้นตอน ลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับแบบเดิม	0 (0.0)	13 (100)
3. มีระบบการบริหารจัดการเตียงที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับแบบเดิม	0 (0.0)	13 (100)
4. ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น อาการไม่ทรุดลง เมื่อเปรียบเทียบกับแบบเดิม	5 (38.46)	13 (100)
5. นโยบายมีความชัดเจนและนำไปสู่การปฏิบัติจริง มีการกำหนดผู้รับผิดชอบ และรูปแบบการประสานงานที่ชัดเจน	3 (23.08)	13 (100)
6. ท่านมีความรู้ความเข้าใจในระบบบริการส่งกลับผู้ป่วย (Refer back) โดยรพพยาบาล ในเครือข่ายจังหวัดลำปาง เช่น แนวทางการส่งกลับ กระบวนการส่งผู้ป่วยกลับ และท่านสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้อย่างถูกต้อง	3 (23.08)	13 (100)
7. ท่านมีความพึงพอใจต่อรูปแบบใหม่เมื่อเปรียบเทียบกับแบบเดิม	3 (23.08)	13 (100)
8. ท่านคิดว่าระบบข้อมูลสารสนเทศ (Dash board) แบบ Real time มีประโยชน์ สะดวก และรวดเร็วในการติดตาม (monitor) สามารถช่วยสนับสนุนข้อมูลให้ท่านใช้ในการจัดระบบบริการส่งกลับผู้ป่วยได้เมื่อเปรียบเทียบกับแบบเดิม	3 (23.08)	13 (100)
ค่าเฉลี่ยร้อยละรวมคำนวณจากสัดส่วนการตอบ “ใช่” ของข้อคำถามทั้ง 8 ข้อ	21.16	100

ผลการทดสอบทางสถิติภาพรวม (Paired t-test): $t = 8.89$, $p\text{-value} < .001$

จากตารางที่ 5 พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบศูนย์ส่งต่อทั้ง 13 แห่ง มีระดับการรับรู้ ความเข้าใจ การยอมรับ และการปฏิบัติตามแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยหลังพัฒนาระบบสูงกว่าก่อนพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.89, p\text{-value} < .001$) โดยค่าเฉลี่ยร้อยละรวมของการตอบ “ใช่” เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.16 ก่อนพัฒนาเป็นร้อยละ 100.00 หลังพัฒนาในทุกรายการประเมิน สะท้อนว่ารูปแบบ RBM LAMPANG Model มีความชัดเจน สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง และได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติงานในเครือข่ายจังหวัด

อภิปรายผล

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาล ในเครือข่ายจังหวัดลำปาง สะท้อนให้เห็นว่าการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางเป็นปัญหาเชิงระบบที่ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และการบริหารจัดการ ประเด็นปัญหาสำคัญที่พบ ได้แก่ การขาดแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน ระบบสารสนเทศที่ไม่เชื่อมโยงกัน การไม่มีระบบบริหารจัดการเตียงแบบ Real-time ความไม่ชัดเจนของนโยบาย และการไม่ได้กำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจน ปัญหาเชิงระบบดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการในหลายมิติทั้งด้านประสิทธิภาพของเครือข่าย ความล่าช้าในการส่งกลับ ความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการส่งกลับ ตลอดจนทำให้พยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน ทั้งด้านการรับรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตามแนวทางการส่งกลับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิด Six Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010; 2021a) ที่ระบุว่าความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างสมดุลในทุกองค์ประกอบ โดยเฉพาะด้านการจัดบริการสุขภาพ (service delivery) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (health information systems) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) และภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล (leadership and governance) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความต่อเนื่องของบริการสุขภาพ นอกจากนี้การขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตลอดจนการสื่อสารและการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลที่ยังขาดประสิทธิภาพ ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีระดับการรับรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล (2564) ที่ระบุว่า การขาดระบบคุณภาพ และข้อมูลเชิงระบบที่ชัดเจนเป็นข้อจำกัดสำคัญต่อความต่อเนื่องของบริการและการออกแบบรูปแบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะนี้จึงเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการกำหนดทิศทาง และออกแบบองค์ประกอบของรูปแบบบริการ RBM LAMPANG Model เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาในทุกมิติให้สอดคล้อง และสามารถนำไปใช้ได้จริงตามบริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดลำปาง

2. การพัฒนาและนำไปใช้ รูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางที่พัฒนาขึ้น (RBM LAMPANG Model) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ซึ่งได้รับการออกแบบและบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงระบบอย่างตรงจุด โดยแต่ละองค์ประกอบมีความสอดคล้องกับแนวคิดและทฤษฎีทางสุขภาพ ดังนี้

2.1 ระบบเครือข่าย 4 Node Refer Back พัฒนาขึ้นเพื่อกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการเครือข่ายบริการส่งกลับผู้ป่วยให้มีความชัดเจน โดยกำหนดบทบาท หน้าที่ และพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการประสานงาน เพิ่มความคล่องตัวในการบริหารจัดการทรัพยากร และส่งเสริมการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายให้มีความต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิด Six Building Blocks ด้าน Service Delivery และ Leadership and Governance (WHO, 2021a) ที่ให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการและการกำกับดูแลเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

2.2 แนวทางปฏิบัติมาตรฐานการส่งกลับผู้ป่วย (Guideline, SOP) พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหการขาดแนวทางปฏิบัติงานและมาตรฐานที่แตกต่างกันของแต่ละโรงพยาบาล โดยกำหนดมาตรฐานการประสานงานและการส่งกลับผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกัน ช่วยลดความเคลื่อนไหวในการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน สอดคล้องกับองค์ประกอบด้าน Health Workforce และ Leadership and Governance (WHO, 2021a) ที่มุ่งพัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่าย

2.3 กระบวนการบริการส่งกลับผู้ป่วย (Refer Back Service Process) ออกแบบขั้นตอนการดำเนินงาน (Flow) ให้ชัดเจนครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลต้นทาง การรับแจ้ง/ประสานงาน การตรวจสอบข้อมูล การประเมินผู้ป่วย การรับ/ส่งผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมก่อนส่งกลับ การส่งต่อข้อมูล และการเฝ้าระวังความปลอดภัย ความเสี่ยง ในการส่งกลับผู้ป่วย เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลดำเนินงานเป็นมาตรฐานเดียวกันอย่างไร้รอยต่อ สอดคล้องกับ แนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของ WHO (2021a) ที่เน้นการจัดระบบบริการให้มีมาตรฐานและเชื่อมโยง การดูแลระหว่างหน่วยบริการ

2.4 ระบบบริหารจัดการเตียงผ่าน Dashboard กลางแบบ Real-time พัฒนาขึ้นเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลการ ส่งกลับผู้ป่วยและสถานะเตียงของโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปางแบบ Real-time สนับสนุนการตัดสินใจ การวางแผนการส่งกลับ และการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลให้เป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับองค์ประกอบด้าน Health Information Systems ของกรอบแนวคิด Six Building Blocks (WHO, 2021a) ที่เน้นการใช้ข้อมูลสารสนเทศที่ถูกต้อง ทันเวลา เพื่อการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ

2.5 ระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาศักยภาพกำลังคน พัฒนขึ้นเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพผู้ประสานหลักให้มีความชัดเจน ควบคุมการบริหารระบบเฝ้า ระวังและติดตามความเสี่ยงตลอดการส่งกลับผู้ป่วย ให้เกิดการกำกับติดตามคุณภาพและการสื่อสารอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิดการประสานการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ของ Collet et al. (2025) ที่เน้นบทบาทของผู้ ประสานงานในการเชื่อมโยงการดูแลเพื่อความต่อเนื่อง และสอดคล้องกับองค์ประกอบด้าน Health Workforce และ Leadership and Governance (WHO, 2021a)

3. การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดลำปาง (RBM LAMPANG Model) แสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับคุณภาพบริการส่งกลับผู้ป่วยได้อย่าง ครอบคลุม เชื่อมโยงการพัฒนาโครงสร้าง กระบวนการ และการบริหารจัดการของระบบบริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 คุณภาพบริการส่งกลับผู้ป่วย 1) ด้านเครือข่ายบริการ (4 Node Refer Back) มีความชัดเจนและเป็น ระบบมากขึ้น ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากองค์ประกอบที่ 1 ที่แบ่งโครงสร้างออกเป็น 4 โซนพื้นที่ตามศักยภาพและ ภูมิศาสตร์ ทำให้โรงพยาบาลมีบทบาท หน้าที่ และพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนในการประสานงาน เกิดความเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลอย่างไร้รอยต่อ สอดคล้องกับแนวคิด Six Building Blocks ด้าน Service Delivery และ Leadership & Governance (WHO, 2021a) ที่ชี้ว่าการจัดโครงสร้างเครือข่ายและ การกำกับดูแลที่ชัดเจนเป็นหัวใจของระบบสุขภาพ และสอดคล้องกับ Collet et al. (2025) ที่พบว่าระบบดูแลผู้ป่วย ช่วงเปลี่ยนผ่านประสบความสำเร็จได้ต้องอาศัยการจัดโครงสร้างเครือข่ายและการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ อย่างเป็นระบบ 2) ด้านระยะเวลาส่งกลับผู้ป่วย ระยะเวลาเฉลี่ยในการส่งกลับผู้ป่วยลดลงอย่างเห็นได้ชัดจาก 32 ชั่วโมง 36 นาที เหลือ 8 ชั่วโมง ลดลงร้อยละ 75.46 เกิดจากการบูรณาการขององค์ประกอบที่ 2 (Guideline, SOP) องค์ประกอบที่ 3 (Refer back Process) และ องค์ประกอบที่ 4 (Dashboard Real-time) ที่ร่วมกัน ลดขั้นตอนที่ซับซ้อน ตัดกระบวนการรอคอยที่ไม่จำเป็น และช่วยให้การประสานงานรับ-ส่งผู้ป่วยทำได้รวดเร็วภายใน 24 ชั่วโมงตามมาตรฐานที่กำหนด สอดคล้องกับแนวคิดของ อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (2564) ที่ระบุว่าโครงสร้างขั้นตอน มาตรฐานและระบบข้อมูลที่ชัดเจนจะช่วยลดความล่าช้าและเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลรักษา 3) ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (อาการไม่ทรุดลง) อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ในการส่งกลับลดลงจากร้อยละ 0.50 (10 ราย) เหลือร้อยละ 0.16 (2 ราย) คิดเป็นการลดลงของความเสี่ยงร้อยละ 68.00 สัมพันธ์โดยตรงกับ องค์ประกอบที่ 3 (Refer back Process) และ องค์ประกอบที่ 5 (Patient safety risk surveillance mechanisms and Care Coordinator) ที่กำหนดให้มีการประเมินความพร้อมก่อนส่งกลับ การสื่อสาร ข้อมูลทางคลินิกที่ครบถ้วน และการเฝ้าระวังสัญญาณชีพระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วย สอดคล้องกับ Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 (WHO, 2021b) ที่มุ่งเน้นระบบบริหารจัดการความเสี่ยงและการเฝ้าระวังความ ปลอดภัย และมีความสอดคล้องเชิงแนวคิดกับงานวิจัยของ Hirschman et al. (2015) ในเรื่องการใช้ผู้ประสานงาน

เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย แม้ว่าการวิจัยศึกษาการดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (Hospital-to-Home) แต่หลักการเรื่องการสื่อสารข้อมูลและการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดสามารถนำมาอธิบายความปลอดภัยในการส่งกลับระหว่างโรงพยาบาล (Interhospital) ในการศึกษาที่ 4) ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ (Dashboard) การบริหารจัดการเตียง ระบบสารสนเทศได้รับการยกระดับให้สามารถเชื่อมโยงและบริหารจัดการได้แบบ Real-time ซึ่งเกิดจาก องค์ประกอบที่ 4 ระบบบริหารจัดการเตียงผ่าน Dashboard แบบ Real-time ที่ช่วยให้ศูนย์ส่งต่อและโรงพยาบาลปลายทางเห็นสถานะเตียงว่างทันที สนับสนุนการตัดสินใจ วางแผน และประสานงานส่งกลับได้อย่างแม่นยำ สอดคล้องกับกรอบ Six Building Blocks ด้าน Health Information Systems (WHO, 2021a) ที่เน้นการใช้ข้อมูลสารสนเทศที่ถูกต้อง ทันเวลา เพื่อบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ 5) ด้านนโยบาย/ผู้รับผิดชอบ มีนโยบายการส่งกลับระดับจังหวัดที่ชัดเจนและมีผู้รับผิดชอบหลักอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งเกิดจาก องค์ประกอบที่ 1 (โครงสร้าง 4 Node) และองค์ประกอบที่ 5 (การกำหนดบทบาท Care Coordinator) ทำให้พยาบาลวิชาชีพผู้ประสานงานหลักของทุกโรงพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ (Job Description) ของตนเอง มีกลไกการกำกับติดตามและทบทวนความเสี่ยงร่วมกันอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับแนวคิดการประสานการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Care Coordination) ของ Collet et al. (2025) และองค์ประกอบด้าน Health Workforce & Leadership (WHO, 2021a)

3.2 การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อระบบบริการส่งกลับผู้ป่วย (ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติ) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตามแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพศูนย์ส่งต่อทั้ง 13 แห่ง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.89, p\text{-value} < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยการตอบ “ใช่” เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.16 ก่อนพัฒนา เป็นร้อยละ 100.00 ในทุกรายการประเมินหลังพัฒนา ผลลัพธ์นี้เกิดจากการบูรณาการของ องค์ประกอบที่ 2 (Guideline, SOP) และ องค์ประกอบที่ 5 (การพัฒนาศักยภาพกำลังคน) ผ่านการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ชี้แจงแนวทางปฏิบัติ และจัดทำ Flow ที่ชัดเจน สอดคล้องกับบริบทการทำงานจริง จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดการรับรู้ มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกันได้ทั้งจังหวัด

งานวิจัยครั้งนี้มีความโดดเด่นและแตกต่าง โดยเป็นการพัฒนาระบบบริการส่งกลับผู้ป่วยโดยรพยบาลระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายในระดับระบบสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งโครงสร้าง เทคโนโลยี สารสนเทศ นโยบาย และบุคลากรระดับจังหวัด ผลการศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญ และสามารถใช้เป็นต้นแบบ (Best Practice) ในการพัฒนาระบบส่งกลับผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่อื่นต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้วิจัยได้นำเสนอสรุปผลการวิจัยแก่ผู้บริหาร และได้รับความเห็นชอบให้ทำหนังสือแจ้งเวียนประกาศใช้แนวทาง RBM LAMPANG Model ให้โรงพยาบาลทั้ง 13 แห่งใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัดลำปาง ส่งผลให้มีพยาบาลผู้ประสานงานหลักและบูรณาการระบบส่งกลับผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม ลดระยะเวลารอคอย ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียงทั้งเครือข่าย สำหรับการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ควรคงองค์ประกอบหลักทั้ง 5 ด้านไว้แต่ให้วิเคราะห์บริบทพื้นที่เพื่อปรับรายละเอียดในองค์ประกอบย่อยให้เหมาะสม เช่น ปรับจำนวน Node ตามสภาพภูมิศาสตร์และจำนวนโรงพยาบาลในพื้นที่ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประเมินความคุ้มค่าระหว่างต้นทุนที่ใช้ (ทรัพยากรรพยบาล บุคลากร ระบบสารสนเทศ) กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่ได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนเชิงนโยบายในการขยายผลระดับเขตสุขภาพ

2. ควรศึกษาการนำรูปแบบไปปรับใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีบริบทแตกต่างกัน (เช่น พื้นที่เกาะ หรือพื้นที่ห่างไกล) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค และความยืดหยุ่นในการประยุกต์ใช้

เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย. กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลลำปาง. (2567). รายงานการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลลำปาง ประจำปี 2567. โรงพยาบาลลำปาง.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568). แผนปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2567). รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดลำปาง.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. (2568). เอกสารสรุปการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2564). เรียงร้อยและตกผลึกแนวคิดคุณภาพ ฐานของการสร้างความไว้วางใจ. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- Collet, R., van Grootel, J., van der Leeden, M., van Seben, R., Luckers, L. M., MacNeil-Vroomen, R. M., & Buurman, B. M. (2025). Facilitators, barriers, and guidance to successful implementation of multidisciplinary transitional care interventions: A qualitative systematic review using the Consolidated Framework for Implementation Research. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 8, Article 100269. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100269>
- Hirschman, K. B., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M. V., & Naylor, M. D. (2015). Continuity of care: The transitional care model. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3), 1–11. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No03Man01>
- Shi, L., & Johnson, J. A. (Eds.). (2022). *Novick & Morrow's public health administration: Principles for population-based management* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of Indicators and their measurement strategies*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a4b7c7f8-9084-4d76-b512-fa5a7597ec06/content>
- World Health Organization. (2021a). *Health systems for health security: A framework for developing capacities for international health regulations, and components in health systems and other sectors that work in synergy to meet the demands imposed by health emergencies*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029682>
- World Health Organization. (2021b). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://psnet.ahrq.gov/issue/global-patient-safety-action-plan-2021-2030-towards-eliminating-avoidable-harm-health-care>

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนต่อความรู้ พฤติกรรมในการป้องกัน
การพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

The effects of a program to enhance the self-efficacy on knowledge, behavior
in preventing fall, and balance among older adults, Muang district Phitsanulok

ปิลันธนา จันทร

Pilanthana Janthorn

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Community Medicine department Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding) email: pilanthanaa@gmail.com

(Received: January 9, 2026; Revised: July 26, 2026; Accepted: August 30, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนต่อความรู้ พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการทรงตัวในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับ สุขศึกษาปกติ เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ และพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และแบบประเมินการทรงตัว (Time Up and Go test) มีค่าความเชื่อมั่น 0.84, 0.87 และ 0.98 ตามลำดับ วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมป้องกันการพลัดตก หกล้ม และการทรงตัว สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) และ 2) กลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมฯ และการทรงตัว สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001)

ข้อเสนอแนะ บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและสถานบริการสุขภาพ และควรส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริม ความสามารถของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตน, ความรู้, พฤติกรรม, การพลัดตกหกล้ม, การทรงตัว, ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancement program on knowledge, fall prevention behaviors, and balance among older adults in Mueang District, Phitsanulok Province. The sample consisted of 60 participants, equally divided into an experimental group and a control group, with 30 participants each. The experimental group received the 12-week program, while the control group received standard health education. Data collection instruments included a demographic questionnaire, a knowledge questionnaire, a fall prevention behavior questionnaire, and a balance assessment (Timed Up and Go test), yielding reliability coefficients of 0.84, 0.87, and 0.98, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results revealed that: 1) after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores for knowledge, fall prevention behaviors, and balance compared to before the

intervention (p -value $< .001$); and 2) the experimental group had significantly higher mean scores for knowledge, fall prevention behaviors, and balance compared to the control group (p -value $< .001$).

For recommendations, healthcare providers can utilize this program as a guideline to prevent falls among older adults in both community and healthcare settings. Additionally, families and communities should be encouraged to participate in continuously enhancing the capabilities of older adults.

Keywords: self-efficacy enhancement program, knowledge, behavior, fall, balance, elderly

บทนำ

วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพของร่างกาย กระบวนการเสื่อมจะค่อยเป็นค่อยไป ทำให้เกิดการเสื่อมถอยทั้งโครงสร้างและหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะความเสื่อมของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบหัวใจและการหายใจ สมองและระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ภาวะกระดูกหักง่ายตำแหน่งที่พบกระดูกหักจากการล้มได้บ่อย ได้แก่ข้อสะโพก กระดูกปลายแขน กระดูกเชิงกราน กระดูกต้นแขน กระดูกซี่โครง ความสามารถในการทรงตัวลดลง ความเสื่อมของระบบประสาทกระดูก กล้ามเนื้อ ทำให้ความสามารถในการควบคุม การเคลื่อนไหว ความอดทน ความอ่อนตัว ความแข็งแรง การทรงตัว การรับรู้ ความรู้สึกและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง จนส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแอการทรงตัวไม่ดีทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย และหากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการหกล้มจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลง เกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ (วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, 2561) จากสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทยซึ่งใน ปี พ.ศ.2565-2567 มีผู้สูงอายุร้อยละ 19.20, 20.10, 20.70 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับและผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลกแนวโน้มการเพิ่มขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2565-2567 มีผู้สูงอายุร้อยละ 21.80, 22.50, 23.20 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ อีกทั้งในอำเภอเมืองพิษณุโลกมีผู้สูงอายุร้อยละ 22.10, 23.30, 24.10 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2567) โดยในปี พ.ศ. 2567 พบว่าผู้สูงอายุ มีอายุ 60-69 ปีร้อยละ 54.20 รองลงมา คือ อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 29.21 และ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 16.60 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก, 2567)

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบร่างกายตามความเสื่อมของอายุที่เพิ่มขึ้นโดยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะมีแนวโน้มพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 28 -38 และอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 32 - 42 ดังนั้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้นความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มจะมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีโรคประจำตัว เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือ มีปัญหาเรื่องการทรงตัว ในประเทศไทยพบว่าการพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการตายอันดับสองรองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 31.51 และร้อยละ 10.63 ตามลำดับ สาเหตุเกิดจากพื้นลื่น พื้นต่างระดับ สะดุดสิ่งกีดขวาง สูญเสียการทรงตัว และหน้ามืดวิงเวียน (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา ในแต่ละปีมีจำนวนผู้สูงอายุที่บาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มเข้ารับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นโดยใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินวันละ 140 ครั้ง หรือ 50,000 ครั้งต่อปี ซึ่งการพลัดตกหกล้มส่งผลให้กระดูกข้อสะโพกหักร้อยละ 20-30 มีอาการบาดเจ็บรุนแรงของสมอง ร้อยละ 5-10 มีการเสียชีวิตร้อยละ 3.50 และสูญเสียความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ร้อยละ 25-75 ส่งผลต่อสุขภาพจิต ความเครียด ซึมเศร้า มีความทุกข์ทรมานอยากฆ่าตัวตายซึ่งสัมพันธ์กับการรักษาและค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น ครอบครัวต้องหยุดงาน หรือค่าจ้างคนดูแล ประมาณการอาจสูงถึง 1,200,000 บาทต่อคนต่อปี (นิพา ศรีช้าง และลลิตรา กาวี, 2564)

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ โดยให้ความสำคัญกับสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุทุกคนต้องได้รับ อาทิ ผู้สูงอายุต้องได้รับการคัดกรองสุขภาพโดยเฉพาะการคัดกรองกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ หนึ่งในนั้นคือ การหกล้ม จากข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการ

พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรองประจำปีของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข หากพบว่าผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในชุมชนจะนำผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการป้องกันภาวะการพลัดตกหกล้มด้วยการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้มและความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการหกล้มได้ (กรมการแพทย์, 2564) ซึ่งในปี พ.ศ.2567 การคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรอง Time Up and Go test (TUG) พบผลผิดปกติในระดับประเทศที่ร้อยละ 5.40 เมื่อพิจารณาในระดับเขตสุขภาพที่ 2 ที่มีผลผิดปกติจากการคัดกรองการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับที่ 5 จาก 13 เขตสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 4.36 ทั้งนี้จากข้อมูล ปี 2567 ของอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าเป็นพื้นที่ที่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แบบ เนื่องจากมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 24.10 ของประชากรทั้งหมด และจากการคัดกรองการพลัดตกหกล้มพบผลความเสี่ยงต่อการหกล้มที่ร้อยละ 13.81 รวมกับผลการคัดกรองปัญหาด้านสุขภาพอื่นที่เป็นความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ 1) ผลผิดปกติของการคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 21.11 2) ผลผิดปกติของการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบ Abbreviated Mental Test (AMT) ร้อยละ 7.25 และ 3) ผลผิดปกติของการคัดกรองด้านการมองเห็น ร้อยละ 26.54 สอดคล้องกับภาพรวมของประเทศ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, 2567)

Bandura (1977) กล่าวว่า การทำให้บุคคลเกิดความเชื่อในสมรรถนะของตนเองจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะโดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพราะเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยตรงกับตัวบุคคลเอง ความสำเร็จนี้จะช่วยเพิ่มความสามารถของตนเอง 2) การใช้ตัวแบบ การได้สังเกตตัวแบบที่มีพฤติกรรมที่มีซับซ้อน และได้รับผลพึงพอใจ จะส่งผลให้ผู้สังเกตพฤติกรรมรู้สึกว่าเขาเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ โดยสามารถเป็นทั้งตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ คือตัวแบบที่บุคคลมีโอกาสสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรงและตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยู โททัศน์ การ์ตูน หรือหนังสือนวนิยาย เป็นต้น 3) การใช้คำพูดจูงใจ เป็นการบอกว่าคุณคนนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ ไม่ได้อยู่ที่ว่าร่างกายหรือจิตใจที่เข้มแข็ง หากแต่อยู่ที่ว่าคุณคนนั้นมีการรับรู้และแปลความหมายอย่างไร และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ ประกอบด้วยความคาดหวังทางบวกที่จะจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม และความคาดหวังทางลบ ที่จะไม่จูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรม

ดังนั้น การพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจและเสริมสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญอย่างมากเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองไม่ให้เกิดการพลัดตกหกล้ม ซึ่งผู้สูงอายุที่ขาดความมั่นใจและขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองนั้นมีความสัมพันธ์กับความกลัวที่จะล้มที่สูงขึ้น ดังนั้นการป้องกันการพลัดตกหกล้มจะต้องเพิ่มความมั่นใจในการทรงตัว ความมั่นใจขณะทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันให้กับผู้สูงอายุ (เขมภัก เจริญสุขศิริ และสิริพิชญ์ เจริญสุขศิริ, 2562) ผู้สูงอายุจะต้องมีการรับรู้ความสามารถตนเองเกิดขึ้น ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นว่า ตนเองมีความสามารถพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำสูงจะส่งผลให้บุคคลนั้นจะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไปและมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรม (ธนพงษ์ เทศนิยมและคณะ, 2562) เพิ่มจัดกิจกรรมการสอนรายบุคคล การกระตุ้นติดตามพฤติกรรมและให้กำลังใจด้วยวิธีการติดตามเยี่ยมบ้านที่ต่อเนื่อง (สุรีย์ สิมพลี และพรณี บัญชรหัตถกิจ, 2562) การดูแลผู้สูงอายุภายใต้สังคมผู้สูงอายุนั้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ป้องกันการเจ็บป่วย และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (จุฑารัตน์ แสงทอง, 2560) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ส่วนใหญ่จะเป็นไปในรูปแบบของชมรมผู้สูงอายุในตำบลต่าง ๆ โดยการดำเนินกิจกรรมจะเป็นการให้ความรู้ในการดูแลตนเองเน้นเรื่องโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในชุมชน กิจกรรมนั้นทนทานตามเทศกาล การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ แจกเอกสารความรู้ให้ไปปฏิบัติตัวต่อบ้าน โดยยังไม่ได้มีการติดตามถึงความเข้าใจในเนื้อหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุจะเกิดพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มนั้นต้องอาศัยแนวคิดและทฤษฎีมาประยุกต์เพื่อให้ความรู้ไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ สามารถ

จัดการกับปัจจัยเสี่ยงภายในและภายนอกอย่างมีส่วนร่วมและมีความต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ โดยนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมโดยมุ่งหวังให้เป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลอง ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม กับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

สมมติฐาน

1. ภายหลังการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. ภายหลังการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura (1977) ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ประกอบด้วย 2 แนวคิดหลัก ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การทำให้บุคคลเกิดความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง จำเป็นต้องมีการเสริมสร้างการเรียนรู้สมรรถนะโดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง (sources of self-efficacy) ได้แก่ 1) การประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) 2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) โดยสามารถเป็นทั้งตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ (Live Model) และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ 3) การใช้คำพูดจูงใจ (Verbal Persuasion) 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) ดังภาพ 1

การสร้างเสริมความสามารถของตนเอง พัฒนารับรู้ตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura (1977)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยจากการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้ เพื่อให้มีทักษะเพียงพอที่จะปฏิบัติตนให้เกิดความสำเร็จ, การฝึกการออกกำลังกาย และการลงเยี่ยมบ้านติดตามกระตุ้นให้เกิดการกระทำที่ประสบความสำเร็จต่อเนื่อง
2. การเห็นบุคคลต้นแบบ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์, ให้ตัวแบบสร้างแรงจูงใจ และแสดงสาธิตพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้มให้บุคคลจดจำ
3. การใช้คำพูดชักชวนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัว ใช้การสื่อสารและเสริมแรงเชิงบวกโดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติตัวร่วมกับตัวแบบและบุคลากร
4. การจัดความพร้อมของสภาวะร่างกายและอารมณ์ โดยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่น่าสนใจ ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติที่ต้องทำได้

1. ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
2. พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
3. ความสามารถในการทรงตัว

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pre-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึง มกราคม 2569 (ระยะเวลา 12 สัปดาห์)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้มโดยใช้แบบประเมินด้านการความสามารถในการทรงตัว (Timed up and Go test) ที่พบความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 357 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจากแบบประเมินการความสามารถในการทรงตัว ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึง มกราคม 2569 โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 กำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 ใช้อำนาจการทดสอบ (Power of test) = .85 ค่าอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง (Effect size) = .75 ได้จำนวน 28 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลอง ขณะดำเนินการทดลองจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันคือ การศึกษาของ นานาฤดี ศรีบุตรตา (2565) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเข้ากลุ่มวิจัย โดยนำรายชื่อมาลงทะเบียนเรียงลำดับ และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยหมายเลขลำดับการลงทะเบียนที่เป็นเลขคู่จะเข้ากลุ่มควบคุม และหมายเลขลำดับการลงทะเบียนที่เป็นเลขคี่จะเข้ากลุ่มทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีคะแนนความสามารถในการทรงตัว (Timed Up and Go test: TUG) > 10 วินาที ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม และมีความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวเพียงพอที่จะเข้าร่วมโปรแกรมโดยคะแนน TUG < 29

2. ไม่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ

3. ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารและสามารถอ่านเขียนหนังสือได้ พูดคุยและใช้โทรศัพท์ได้

4. ไม่มีข้อจำกัดด้านการออกกำลังกายแบบเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

5. สนใจเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มีการย้ายที่อยู่ไปจังหวัดอื่น

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมครบตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย : ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยพัฒนาตามการใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura (1977) มาประกอบเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมประกอบด้วย การจัดกิจกรรมให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการพลัดตกหกล้ม โดย 1) จัดกิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้เพื่อให้มีทักษะเพียงพอที่จะปฏิบัติตน ส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายแบบเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การบริโภคอาหารโปรตีนสูงในผู้สูงอายุ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และแนะนำการปฏิบัติตัวต่อเนืองที่บ้านเน้นการออกกำลังกาย 11 ท่า (F11) ของกรมอนามัย เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 2) จัดกิจกรรมให้เห็นแบบอย่างผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงโดยการออกกำลังกายแบบเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเป็นประจำ จัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้ตัวแบบสร้างแรงจูงใจและแสดงสาธิตพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้มให้บุคคลจดจำ การฝึกปฏิบัติการการออกกำลังกายแบบเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อตามเอกสารแผ่นพับ เรียนรู้วิธีการปฏิบัติให้สำเร็จจากเพื่อนในกลุ่ม การพูดเสริมแรงให้ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจากผู้วิจัยและเพื่อนในกลุ่มทดลอง 3) ผู้วิจัยติดตามลงเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ดูเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน

และกระตุ้นให้เกิดการกระทำที่ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง การใช้คำพูดชักชวนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัว ใช้การสื่อสารและเสริมแรงเชิงบวกโดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติตัวร่วมกับตัวแบบและบุคลากร รวมกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ ในเรื่องสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แบบให้เลือกตอบถูก ผิด เป็นคำถามเชิงบวก 6 ข้อ คำถามเชิงลบ 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน เมื่อตอบถูก และ 0 คะแนน เมื่อตอบผิด มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

จากนั้นนำคะแนนความรู้รวมกันและจัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ ประเมินแบบอิงเกณฑ์ (Bloom, 1971) ดังนี้

เกณฑ์การแปลผล น้อยกว่าร้อยละ 60 (< 7 คะแนน) มีความรู้ในระดับน้อย

ร้อยละ 60 – 79 (7 – 9 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง

มากกว่าร้อยละ 80 (10 – 12 คะแนน) มีความรู้ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการจัดการสุขภาพและการดูแลตนเอง การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน 8 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ และเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการใช้ยา จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงตัวเลือกเดียว ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณ ค่า 4 ระดับ ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุไม่เคยปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้น ๆ เลย

1 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้น ๆ 1-2 วันต่อสัปดาห์

2 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้น ๆ 3-5 วันต่อสัปดาห์

3 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้น ๆ 6-7 วันต่อสัปดาห์

คะแนนรวมต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 0-45 คะแนน สามารถแปลผลโดยคำนวณหาอันตรายภาคขึ้น ได้ดังนี้

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 0-15 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มเหมาะสมน้อย

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 16-30 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มเหมาะสมปานกลาง

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 31-45 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มเหมาะสมมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการทรงตัว (Time up and go test : TUG) พัฒนาโดย Podsiadlo และ Richardson (1991) ที่ดัดแปลงจากแบบทดสอบ Time up and go test ที่ใช้การจับเวลาในการทดสอบการให้คะแนนและจากการสังเกตและการบันทึกการเคลื่อนไหว (ชุดิมา ชลาชนนเดชะ, 2557) ในการศึกษาครั้งนี้ภายหลังการทดลองใช้ค่าตัดแบ่งเวลาการทรงตัว > 10 วินาที หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มเป็นเครื่องมือที่ใช้ทั้งในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างและในการวัดตัวแปร ใช้คัดเลือกผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยคะแนนความสามารถในการทรงตัว (Timed Up and Go test : TUG) > 10 วินาที ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม และมีความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวเพียงพอที่จะเข้าร่วมโปรแกรมโดยคะแนน TUG < 29 วินาที และใช้วัดการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพการเคลื่อนไหวภายหลังการทดลอง ขณะทดสอบ TUG กลุ่มตัวอย่างสามารถ

ใส่รองเท้าตามที่ตัวเองเคยใส่เพื่อความถนัดและความเคยชิน โดยไม่มีคนช่วยประกอบแต่สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ประจำวันได้ ซึ่งขณะจับเวลาเดินผู้วิจัยที่เป็นผู้ทดสอบจะคอยเดินตามเพื่อระวังความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและกิจกรรมสร้างเสริมความสามารถของตน ไปตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลชุมชนผู้สูงอายุ 1 ท่าน นักกายภาพบำบัดประจำคลินิกผู้สูงอายุ 1 ท่าน แบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วนำมาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index Item Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .67 ขึ้นมาใช้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า .67 นั้น มีการนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยแต่ละเครื่องมือ ได้ค่า IOC ทั้งหมด 1, .71 และ 1 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) นำแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่า = .84 และ .87 ตามลำดับ และแบบประเมินการทรงตัว (TUG) โดยนำไปทดลองกับผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยตัวผู้วิจัยผ่านการฝึกใช้แบบทดสอบจากอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยทำการประเมินการทรงตัวของผู้สูงอายุคนเดียวกันในเวลาเดียวกัน หาค่าความเที่ยงจากการหาค่าความเท่าเทียมของการสังเกต (inter-rater reliability) นำมาวิเคราะห์หาค่าการสอดคล้องด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) ได้ค่าความน่าเชื่อถือ = .98 และนำโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถของตนไปทดลองกับผู้สูงอายุ จำนวน 30 ราย พบว่าโปรแกรมฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยดำเนินโครงการวิจัยหลังจากได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก และขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุตัดสินใจ หรือซักถามข้อมูลต่างๆ เพื่อตัดสินใจ เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ผู้สูงอายุทุกรายที่ตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทำกิจกรรม ทุกวันศุกร์ วันละ 2 ชั่วโมง เวลา 15.00-17.00น.

กิจกรรมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 ณ อาคารอเนกประสงค์เทศบาลตำบลอรุณภูมิ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้ (pre-test) และพฤติกรรม, ประเมินการทรงตัว (Timed up and Go test) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย แจ้งให้ทราบผลการประเมินความเสี่ยงและสาเหตุของการพลัดตกหกล้ม ผลกระทบของการพลัดตกหกล้มที่มีต่อตนเองและครอบครัว ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 2, 3 และ 4 ในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ณ อาคารอเนกประสงค์เทศบาลตำบลอรุณภูมิ กิจกรรมสนับสนุนแหล่งความสามารถแห่งตนโดยการใช้นวัตกรรม ผู้วิจัยได้เสนอตัวแบบซึ่งเป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพแข็งแรงเป็นผู้นำในการออกกำลังกายในพื้นที่โดยให้กลุ่มเห็นแบบอย่างการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร โปรตีนสูง การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่ปลอดภัยลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและการออกกำลังกายแบบ

เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ตัวแบบเล่าประสบการณ์การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เล่าอุปสรรคที่พบ และวิธีแก้ไขปัญหามา ร่วมสร้างแรงจูงใจพร้อมพูดคุยชวนในการปฏิบัติตัว ผู้วิจัยเปิดอภิปรายกลุ่มให้บุคคลกำหนดตั้งเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองที่จะทำได้จริงภายใน 10 สัปดาห์ จัดกิจกรรมให้แต่ละกลุ่มเสนอเมนูอาหารที่มีโปรตีนสูงจากทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น และให้แต่ละกลุ่มเสนอการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม หลังจากนั้นฝึกออกกำลังกายผ่านสื่อแผ่นพับ และคนต้นแบบ ซึ่งประกอบด้วยท่าออกกำลังกายระดับง่าย (F11) 11 ท่า โดยใช้เก้าอี้เป็นอุปกรณ์หลักในการช่วยทรงตัว (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ได้แก่ ท่าบริหารกล้ามเนื้อเข่า ท่าบริหารกล้ามเนื้อเหยียดสะโพก ท่าบริหารกล้ามเนื้อกางสะโพก ท่ายืนย่อเข่า ท่ายืนบนส้นเท้า ท่ายืนปลายเท้า ท่ายืนต่อเท้า ท่ายืนขาเดียว ท่าเดินต่อเท้า ท่าเดินบนปลายเท้า ท่าเดินบนส้นเท้า ท่าทั้งหมด 5 รอบ หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้ความรู้การดูแลสุขภาพเบื้องต้นเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม พร้อมแจกคู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (ยากันล้ม) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุไปฝึกที่บ้านต่อเนื่อง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 5 6 และ 7 ในสัปดาห์ที่ 5 8 และ 11 ที่บ้านกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเยี่ยมบ้าน กลุ่มทดลอง 3 ครั้ง โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำ และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง การแลกเปลี่ยนข้อมูลถึงสิ่งที่ได้ปฏิบัติไปแล้วว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคใดบ้าง เพื่อปรับปรุงแก้ไขทั้งเรื่องการรับประทานอาหารโปรตีนสูง เพื่อเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายแบบเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (F11) และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย โดยให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมร่วมกัน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จในสิ่งที่ปฏิบัติและให้กำลังใจในการปฏิบัติตัว ให้กำลังใจ สร้างสัมพันธภาพการเยี่ยมให้ผ่อนคลายโดยให้เห็นความก้าวหน้า ความสำเร็จได้เห็นถึงประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรม และให้คำชมเชยเมื่อพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามเป้าหมายของผู้สูงอายุที่ตั้งไว้เพื่อให้คงความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรม ใช้เวลาเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุคนละ 15-20 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 8 ในสัปดาห์ที่ 12 ณ อาคารอเนกประสงค์เทศบาลตำบลอรุณภูมิ

ผู้วิจัยทดสอบความรู้หลังการทดลอง (post-test) และประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมหลังการทดลอง ประเมินการทรงตัว (Timed up and Go test) ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด ภายหลังการประเมินผู้วิจัยให้ข้อมูลผลการประเมินผลย้อนกลับแก่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพิ่มเติม เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มและเพิ่มการทรงตัว กรณีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มมากขึ้นและมีความประสงค์จะพบแพทย์ผู้วิจัยจะดำเนินการนัดวันเวลาเพื่อแพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กลุ่มควบคุม

กิจกรรมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 นัดหมายกลุ่มควบคุมเป็นรายกลุ่มในรูปแบบชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ ผู้วิจัยดำเนินการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้ (pre-test) และพฤติกรรม, ประเมินการทรงตัว (Timed up and Go test) หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุด้านโภชนาการ การออกกำลังกายในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และแจกเอกสารแผ่นพับเรื่องอาหารและการออกกำลังกายให้ไปศึกษาและปฏิบัติที่บ้าน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 เข้าร่วมกิจกรรมชมรมสูงอายุตามกำหนดทุกเดือน ให้ความรู้คำแนะนำและแจกอ่านเอกสารตามแผ่นพับด้านโภชนาการและการจัดสิ่งแวดล้อมของบ้านให้ปลอดภัย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม หลังจากนั้นร่วมออกกำลังกายโดยการร่วมามาตรฐานของชมรม ให้คำแนะนำไปออกกำลังกายที่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 8 เข้าร่วมกิจกรรมชมรมสูงอายุตามกำหนดทุกเดือน ให้ความรู้คำแนะนำและอ่านเอกสารตามแผ่นพับด้านโภชนาการและการจัดสิ่งแวดล้อมของบ้านให้ปลอดภัย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม จัดฐานการเรียนรู้เลือกอาหารโปรตีนสูง และร่วมออกกำลังกายโดยร่วมามาตรฐานของชมรม ให้คำแนะนำไปออกกำลังกายที่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยทดสอบความรู้หลังการทดลอง (post-test) และประเมินการปฏิบัติ พฤติกรรมหลังการทดลอง และประเมินการทรงตัว (Timed up and Go test) ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินกิจกรรม ทั้งหมดและ ให้ข้อมูลผลการประเมินย้อนกลับแก่ผู้สูงอายุ กรณีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เพิ่มขึ้นและมีความประสงค์จะพบแพทย์ผู้วิจัยจะดำเนินการนัดวันเวลาเพื่อแพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยจากแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและ ระยะเวลาการทรงตัว ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัว โดยได้ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบมีการกระจายตัวของข้อมูลแบบปกติ สถิติที่ใช้เปรียบเทียบคือ paired t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและ ระยะเวลาการทรงตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถ ของตนเองต่อความรู้พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัว โดยได้ทำการทดสอบการกระจายของ ข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบมีการกระจายตัวของข้อมูลแบบปกติ สถิติที่ใช้เปรียบเทียบคือ independent sample t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และได้รับการอนุมัติให้ทำวิจัย COA No. 114/68 HREC No. 131/2568 ลงวันที่ 10 กันยายน 2568 ก่อนการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ เมื่อได้รับความยินยอมแล้วจึง ดำเนินการเก็บข้อมูลและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการเก็บ รวบรวมข้อมูล รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บ เป็นความลับและไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ และข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์เพื่อการ ศึกษาวิจัยเท่านั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการทำวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย จากนั้นได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90 (27 คน) ค่าเฉลี่ยอายุ 68 ปี มากที่สุด ร้อยละ 53.30 (16 คน) รายได้/เดือน อยู่ในช่วง >1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 33.30 (10 คน) น้ำหนักอยู่ที่ 51-60 กิโลกรัม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 (9 คน) BMI อยู่ในช่วง 23.00-24.90 มากที่สุด ร้อยละ 40 (12 คน) จบการศึกษา ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 53.30 (16 คน) ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 33.30 (10 คน) มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 43.30 (13 คน)

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.70 (26 คน) ค่าเฉลี่ยอายุ 69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 56.70 (17 คน) รายได้/เดือน มากสุดอยู่ในช่วง > 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 40 (12 คน) น้ำหนักอยู่ที่ 61-70 กิโลกรัม คิดเป็น ร้อยละ 36.70 (11 คน) BMI อยู่ในช่วง 25-29.9 คิดเป็นร้อยละ 46.10 (14 คน) จบการศึกษา มากที่สุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.70 (14 คน) ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 43.30 (13 คน) โรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 50 (15 คน)

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการทรงตัวในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Pair t-test	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนความรู้						
กลุ่มควบคุม (n=30)	6.33	1.18	6.67	.88	1.76	.08
กลุ่มทดลอง (n=30)	6.40	1.13	10.00	1.11	12.83	< .05*
คะแนนพฤติกรรม						
กลุ่มควบคุม (n=30)	27.01	3.12	27.27	3.17	.032	.45
กลุ่มทดลอง (n=30)	26.90	3.43	39.53	1.47	18.46	< .05*
คะแนนการทรงตัว						
กลุ่มควบคุม (n=30)	16.67	2.48	15.70	2.65	-1.46	.15
กลุ่มทดลอง (n=30)	16.17	2.11	10.10	1.06	-13.88	< .05*

* p-value < .05

จากตาราง 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการหกล้มก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.83$, $p\text{-value} < 0.05$)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน และในกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.46$, $p\text{-value} < 0.05$)

คะแนนเฉลี่ยการทรงตัวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนและหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการทรงตัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.88$, $p\text{-value} < 0.05$)

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการทรงตัวในผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง

ก่อนการทดลอง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		pair t-test	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนความรู้	6.33	1.18	6.40	1.13	-.21	.81
คะแนนพฤติกรรม	27.01	3.12	26.90	3.43	.15	.93
คะแนนการทรงตัว	16.67	2.48	16.17	2.11	.83	.42

จากตาราง 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการหกล้ม และการทรงตัวของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการทรงตัวในผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

หลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		Pair t-test	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนความรู้	6.67	.88	10.01	1.11	-12.81	< .05*
คะแนนพฤติกรรม	27.27	3.17	39.53	1.47	-19.19	< .05*
คะแนนการทรงตัว	15.70	2.65	10.10	1.06	10.92	< .05*

* p-value < .05

จากตาราง 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการหกล้ม และการทรงตัวของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมเสริมความสามารถของตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการทรงตัว สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05)

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยได้อภิปรายตามสมมุติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. ภายหลังจากใช้โปรแกรมการเสริมความสามารถของตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการทรงตัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อาจเนื่องมาจากโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง ของ Bandura (1977) มีการออกแบบกิจกรรม 4 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมที่รับรู้จากประสบการณ์จากการ กระทำของผู้อื่น โดยมีการจัดตัวแบบผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุ ถ่ายทอดประสบการณ์ พฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของตนเองในชีวิตประจำวัน 3) การใช้คำพูดชักจูงสร้างความเชื่อมั่นใน ความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดกำลังใจ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ 4) การรับรู้สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์กับกลุ่มทดลอง จำนวน 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการทรงตัว Timed Up and Go test (TUG) ของผู้สูงอายุก่อนและหลัง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมการเสริมความสามารถของตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมนั้นได้เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความพร้อมการปรับตัวทางด้านร่างกายและอารมณ์ แรงจูงใจในการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ และมีการติดตามการออกกำลังกายของผู้สูงอายุทุกวันศุกร์ จำนวน 12 สัปดาห์ มีการติดตามเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง โดยการให้ความรู้ในการดูแลตนเองทั้งในเรื่องการเลือกทานอาหารที่มีแหล่งโปรตีนสูง การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่ปลอดภัย การออกกำลังกายแบบเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเป็นการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โดยในแต่ละท่านั้นมีการยืดตัว ค้างไว้ มีการเคลื่อนไหวในส่วนแขน ลำตัวและขา ที่มีความต่อเนื่องทั้งหมด 11 ท่า เป็นการออกกำลังกายแบบเคลื่อนไหวใน 3 ระนาบ ซึ่งจะช่วยฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว โดยเป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าขา กล้ามเนื้อหน้าแข้ง กล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อขาด้านหลัง และกล้ามเนื้อน่อง ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้มั่นคงขึ้น จากการออกกำลังกายตลอดจนมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้าน สัปดาห์ละ 4-5 วัน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ จากการใช้แบบทดสอบประเมินการทรงตัว (TUG) และการสังเกตการเคลื่อนไหว หลังการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการทรงตัวดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง ซึ่งการให้ความรู้ใน

การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จะส่งผลต่อระดับความรู้และความตระหนักรู้ที่มากขึ้นมีผลต่อการป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม (Ong et al., 2021) และการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเอง ร่วมกับการพ่อนึงประยุกต์ ต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม การทรงตัวของผู้สูงอายุ ในจังหวัดแพร่ ที่มีรูปแบบการออกกำลังกายมีการเคลื่อนไหวร่างกายเน้นการใช้เท้าเป็นหลัก มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องด้วยการพ่อนึงประยุกต์ กลุ่มทดลองภายหลังเข้าโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการทรงตัว (TUG) แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) (นาฏฤดี ศรีบุตตรา, 2565)

2. ภายหลังการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการทรงตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัว หลังการทดลองที่เพิ่มขึ้นแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการทรงตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุในครั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการสร้างความรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการให้ความรู้ปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม สอนการออกกำลังกายเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และประเมนการทรงตัวด้วยตนเอง รวมทั้งให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ตลอดจนมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกวันศุกร์ และออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน สัปดาห์ละ 4-5 วัน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ ความเข้าใจรวมถึงการรับรู้ความสามารถและความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองที่จะปฏิบัติตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทำให้เกิดการเรียนรู้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัว เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติที่หน่วยบริการจัดให้ โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยมีได้เน้นย้ำถึงประโยชน์เรื่องออกกำลังกายแบบการสร้างเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเลือกทานอาหารที่มีแหล่งโปรตีนสูง การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่ปลอดภัย ไม่ได้รับการติดตามผล พฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ทุกสัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพจนนา ศรีพิพัฒน์กุล และอุมาภรณ์ ภูริสวัสดิ์ (2568) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการฯ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรอบรู้ และพฤติกรรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความรอบรู้ และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .05) เช่นเดียวกับการศึกษาของจุฑารัตน์ พิมสาร และคณะ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรม Shoulder Exercise ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและสมรรถภาพข้อไหล่ในผู้สูงอายุ แขวงบางขุนศรี เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง โดยเน้นย้ำในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมการออกกำลังกายและระดับสมรรถภาพข้อไหล่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถของตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวในผู้สูงอายุ ไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรมต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยนอกจากการสอนบรรยายแล้วควรติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และควรทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 12 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ
2. เป็นแนวทางในการวางแผนนโยบายไปสู่งานปฏิบัติ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในเรื่องของการดูแลและเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมผู้สูงอายุในพื้นที่ต่างๆ ทั้งในเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบทของอำเภอเมืองพิษณุโลก เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจที่มีผลต่อการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ
2. ควรศึกษารูปแบบกิจกรรมการออกกำลังกายที่เป็นวัฒนธรรมท้องถิ่นเพื่อมาประยุกต์ใช้ในเรื่องการออกกำลังกายเพิ่มเติมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม
3. ควรมีการติดตามผล ระยะยาว เป็นอีก 3 เดือน 6 เดือน เพื่อประเมินความคงทนและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2567). *โครงการประเมินผลแผนงานบูรณาการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ประจำปีงบประมาณ 2560-2567*.
<https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/1962>
- กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *การป้องกันการบาดเจ็บ*. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=52059&deptcode=กรมการแพทย์>. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 กระทรวงสาธารณสุข*. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- เขมภักดิ์ เจริญสุขศิริ และสิริพิชญ์ เจริญสุขศิริ. (2562). ความมั่นใจในการทรงตัวของผู้สูงอายุไทยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(1), 14-21.
- จุฑารัตน์ แสงทอง. (2560). สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์แบบ) ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ. *วารสารรัฐสมัย*, 38(1), 6 – 28.
- จุฑารัตน์ พิมพ์สาร, ศศิธร สกุลกิม, ณัฐมล สืบสุข, ชมพูนุช ลดสีดา, และสุนันทรา สีสด. (2562). ผลของโปรแกรม Shoulder Exercise ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและสมรรถภาพ ข้อไหล่ในผู้สูงอายุแขวงบางขุนศรี เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. *วารสารก้าวหน้าโลกวิทยาศาสตร์*, 19(2), 27-43.
- ชุติมา ชลาชนเดชะ. (2557). คัดกรองการล้มด้วย Time Up and Go test (TUG). *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด*, 26(1), 5-16.
- ธนพงษ์ เทศนิยม, นิภา มหาราชพงษ์, บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, และศศิธร สกุลกิม. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุใน อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารกรมการแพทย์*, 4(44), 90-95.
- นาฏฤดี ศรีบุตรตา. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองร่วมกับการฟ้อนเจิงประยุกต์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการทรงตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดแพร่ [วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร. <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/5257>

- นิพา ศรีช้าง และลลิตรา กำวี. (2564). รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.
- พจนา ศรีพิพัฒน์กุล และอุมาภรณ์ ภูริสวัสดิ์. (2568). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลสุขภาพ และสาธารณสุข*, 4(1), 66-77.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center*. <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>
- วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล. (2561). *การล้มในผู้สูงอายุในตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู* (พิมพ์ครั้งที่ 4). คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ*. สันทวีการพิมพ์
- สุรีย์ สิมพลี และพรณิ บัญชรหัตถกิจ. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายโดยทำบริหารมณีเวชประยุกต์เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารสุขศึกษา*, 42(2), 149-159.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2567). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. <https://kpi.plkhealth.go.th/home?kpix=1770187296456>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <http://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Ong, M. F., Soh, K. L., Saimon, R., Wai, M. W., Mortell, M., & Soh, K. G. (2021). Fall prevention education to reduce fall risk among community-dwelling older persons: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2674–2688. <https://doi.org/10.1111/jonm.13434>
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed “Up & Go”: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142–148. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x>

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้นมแม่ ต่อความรู้ และพฤติกรรมการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกในการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอดโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

Effects of Empowerment Program on Early Mother-Infant Bonding
and First Breast feeding in Delivery Room of Mothers Attending Antenatal Care
at Ban Thi Hospital, Lamphun Province

นงลักษณ์ ดวงศรี^{1*} และ เพ็ชรินทร์ เขียวสิงห์²

Nongluck Duangsri^{1*} Phetcharin Kiewsing²

ห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน^{1*}

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน²

Delivery Room, Ban Thi Hospital, Lamphun Province^{1*}

Primary Care and Holistic Service Unit, Ban Thi Hospital, Lamphun Province²

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding) e-mail: Nongmhorn@hotmail.com

(Received: January 1, 2026; Revised: July 14, 2026; Accepted: July 25, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง การทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการสร้างความผูกพันระหว่าง มารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (Early Bonding) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และ 2) เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรก ในห้องคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือมารดาที่มาฝากครรภ์และคลอด ณ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน จำนวน 24 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-สิงหาคม 2568 เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและ การให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์ 3) แบบประเมินความรู้ และ 4) แบบประเมินการปฏิบัติ เครื่องมือมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Dependent t-test

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้ นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย 7.12 เป็น 9.83 คะแนน (p -value < .001) และมีคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย 17.67 เป็น 28.17 คะแนน (p -value < .001)

ข้อเสนอแนะ โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติ เกี่ยวกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด โดยเฉพาะในกลุ่ม ประชากรพหุวัฒนธรรมที่ส่วนใหญ่เป็นชาติพันธุ์พม่า และสามารถประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพอื่นที่มีบริบท ใกล้เคียงได้

คำสำคัญ: การเสริมพลังอำนาจ, การสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็ว

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest–posttest design. The objectives were to: 1) compare mothers’ knowledge regarding early mother–infant bonding and breastfeeding initiation in the delivery room before and after participation in the empowerment program; and 2) compare mothers’ practices regarding early mother–infant bonding and breastfeeding initiation in the delivery room before and after participation in the program. The participants were 24 mothers who received antenatal care and gave birth at Ban Thi Hospital, Lamphun Province. They were recruited using purposive sampling between February and August, 2025. The research instruments consisted of: 1) an empowerment program for promoting early mother–infant bonding and breastfeeding initiation in the delivery room; 2) a questionnaire on demographic and pregnancy-related characteristics; 3) a knowledge assessment; and 4) a practice assessment. The instruments had a Content Validity Index (CVI) of 0.82 and a reliability coefficient of 0.80. Data were analyzed using descriptive statistics and a dependent t-test.

The results showed that the mean knowledge score regarding early mother–infant bonding and breastfeeding initiation increased significantly from 7.12 to 9.83 (p -value < .001). Similarly, the mean practice score increased significantly from 17.67 to 28.17 (p -value < .001).

The findings suggest that the empowerment program was effective in improving mothers’ knowledge and promoting practices related to early mother–infant bonding and breastfeeding initiation in the delivery room, particularly in this multicultural population, in which most participants were of Myanmar ethnicity. The program may be applied in other healthcare settings with similar contexts.

Keywords: Empowerment program, early mother–infant bonding, early breastfeeding initiation

บทนำ

นมแม่เป็นอาหารธรรมชาติที่เหมาะสมที่สุด สำหรับทารก เนื่องจากมีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนและประกอบด้วยสารภูมิคุ้มกันที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อ ส่งผลดีต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการ และสุขภาพระยะยาวของทารก นอกจากนี้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มียังมีส่วนสำคัญต่อการสร้าง ความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (maternal-infant bonding) ซึ่งเป็นพื้นฐานของพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมในระยะต่อมา (World health organization & UNICEF, 2023) ประเทศไทยได้ดำเนินนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง เช่น การดำเนินงานตาม “บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” และการประกาศใช้พระราชบัญญัติ ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 (กองกฎหมาย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้เริ่มให้ทารกดูดนมแม่ ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด หรือที่เรียกว่า early initiation of breastfeeding ซึ่งเป็นหนึ่งใน “ช่วงเวลาทอง” ที่ส่งเสริมการเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) ผ่านการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact: SSC) (World Health Organization, 2023) การสัมผัสดังกล่าวช่วยกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน ลดการตกเลือดหลังคลอด และช่วยให้น้ำนมไหลได้ดี อีกทั้งยังช่วยให้ทารกมีอุณหภูมิร่างกายคงที่ มีระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม และเริ่มดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Moore et al., 2016; Dayton et al., 2019; Tichelman et al., 2019; Lutkiewicz et al., 2020)

แนวคิดการ เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ตาม Gibson (1991) เป็นกรอบแนวคิดที่ช่วยให้บุคคลตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง สามารถควบคุมสถานการณ์ ตัดสินใจ และจัดการกับปัญหาด้วยตนเองได้อย่าง

มั่นใจ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การรับรู้ถึงปัญหา (Perceiving) 2) การให้ความรู้และทักษะ (Knowing) 3) การยอมรับความรับผิดชอบ (Assuming Responsibility) และ 4) การกระทำหรือการปฏิบัติ (Acting) (Karami, K., Safarian Hamadani, N., & Zareban, I., 2019) การใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มความรู้และความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chipojola et al., 2020) และการให้ข้อมูลที่ชัดเจนควบคู่ไปกับการฝึกปฏิบัติที่เน้นการมีส่วนร่วมและการตัดสินใจของมารดา จะส่งเสริมให้มารดา รู้สึก "มีพลัง" และสามารถแสดงพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) ที่ถูกต้องได้ด้วย ความมั่นใจ (Grace et al., 2017) การประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในงานวิจัยนี้ มุ่งเน้นไปที่การใช้โปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้มารดาผ่านกระบวนการ 4 ขั้นตอนของ Gibson เพื่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและ การให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) ได้ด้วยตนเองการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่สามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการสร้างความผูกพันกับทารกตั้งแต่ช่วงแรกหลังคลอด ผ่านการสนับสนุนทั้งด้านความรู้ การฝึกทักษะ การให้ข้อมูลเชิงบวก และการส่งเสริมให้มารดามีความมั่นใจในการสัมผัสและให้นมทารกด้วยตนเอง

โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และดำเนินการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามแนวทางบันได 10 ขั้นตอน อย่างเข้มข้น โดยมีสถิติการเริ่มต้น early bonding และการดูนมแม่ครั้งแรกในช่วงปี 2565-2567 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.75, 97.82 และ 97.14 ตามลำดับ) (โรงพยาบาลบ้านธิ, 2567) อย่างไรก็ตาม จากการสังเกตและรายงานผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในห้องคลอดของโรงพยาบาลบ้านธิ พบว่ามารดาที่มารับบริการจำนวนหนึ่งยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง หรือไม่สมบูรณ์ เกี่ยวกับความสำคัญของช่วงเวลาทอง และขั้นตอนการปฏิบัติที่เหมาะสมในการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด นอกจากนี้ ยังพบว่า พฤติกรรมปฏิบัติของมารดา ยังไม่เป็นอย่างดีเหมาะสมและต่อเนื่องด้วยตนเอง ซึ่งสะท้อนจากความไม่มั่นใจในการอุ้มทารกแบบ SSC ที่ถูกต้อง การขาดความกระตือรือร้นในการเฝ้ารอให้ทารกเริ่มดูดนมด้วยตนเองตามสัญญาณ หรือการต้องพึ่งพาศูนย์กลางมากเกินไปเนื่องจากความรู้สึกเหนื่อยล้าหรือความเจ็บปวดหลังคลอด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของ โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจในการส่งเสริมความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

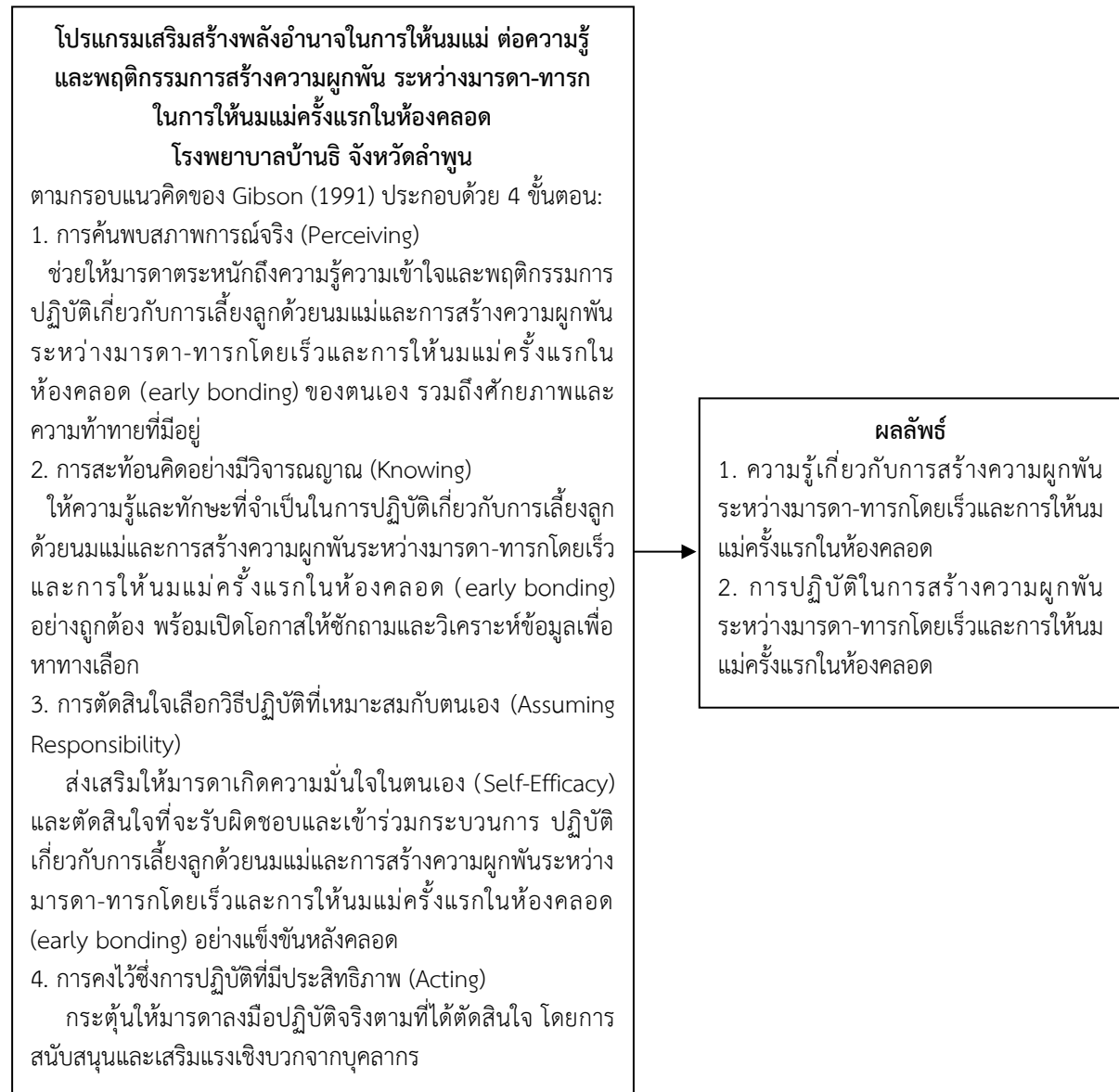
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาในการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของมารดาในการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ

สมมติฐาน

1. ภายหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาในการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ภายหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของมารดาในการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1991) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) ของมารดาที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน เพื่อมุ่งให้มารดามีความรู้และมีการปฏิบัติในการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอดเพิ่มขึ้น โปรแกรมฯ นี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสำคัญของ Gibson ซึ่งช่วยให้มารดาเกิดการตระหนักรู้ การเรียนรู้ ทักษะ การตัดสินใจ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมั่นใจ ดังรายละเอียดในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัย กึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง การได้รับโปรแกรม (One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ในการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) ของมารดาที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งเป็น 2 ระยะหลัก ได้แก่ ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ มารดาที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มาฝากครรภ์และคลอด ณ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ซึ่งมีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่กำหนด จำนวน 24 ราย โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มอิสระ (Independent t-test) กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size; Cohen's d) เท่ากับ 0.50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power; $1-\beta$) เท่ากับ 0.60 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 22 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างดำเนินการวิจัย จึงกำหนดขนาด กลุ่มตัวอย่างเป็น 24 ราย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งคัดเลือกจากผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างเหมาะสม โดยมี

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งถือว่าบรรลุนิติภาวะและสามารถให้ความยินยอมเข้าร่วม การวิจัยได้ด้วยตนเอง
2. เป็นหญิงตั้งครรภ์ปกติครบกำหนดคลอด (อายุครรภ์ 37 – 42 สัปดาห์) และอยู่ในระยะคลอดระยะแรก (Latent phase) โดยมีการเปิดช่องปากมดลูกไม่เกิน 4 เซนติเมตร
3. คลอดทางช่องคลอดปกติ (Normal vaginal delivery)
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมหรือสูติกรรมที่รุนแรง เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง เบาหวานที่ ควบคุมไม่ได้ หรือโรคหัวใจขั้นรุนแรงทารกในครรภ์ต้องมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีความผิดปกติที่ตรวจพบก่อนคลอด
5. ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดหรือการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์ รวมทั้ง ไม่มีโรคติดต่อร้ายแรง ที่อาจ ส่งผลกระทบต่อทารก เช่น การติดเชื้อเอชไอวี หรือไวรัสตับอักเสบบีหรือซี

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. มารดาที่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดรุนแรง
2. ภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน มีอาการชัก หรือมีความผิดปกติทางระบบประสาท
3. ในส่วนของทารก หากพบว่ามี คะแนน Apgar ที่ 5 นาทิต่ำกว่า 7 น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม หรือ มากกว่า 4,000 กรัม หรือจำเป็นต้องเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) จะไม่ถูกรวมอยู่ใน การศึกษา
4. การคลอดที่ใช้หัตถการพิเศษ เช่น การใช้เครื่องดูดสุญญากาศหรือคีมช่วยคลอด
5. ทารกที่มี ความพิการแต่กำเนิด ที่ส่งผลต่อการดูนม เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ และมารดาที่ต้องได้รับยา ซึ่งมีผลต่อการให้นมแม่หลังคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยหลักการ แนวคิด และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสำรวจด้านข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เชื้อชาติ สัญชาติ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของ ครอบครัว ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัวข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด อายุครรภ์ที่คลอด เพศทารก น้ำหนัก คะแนน APGAR score

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารก โดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นเอง มีลักษณะเป็นแบบทดสอบชนิดถูกผิด คะแนนเต็ม 10 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 0 - 4 คะแนน มีความรู้ในระดับน้อย 5 - 7 คะแนน มีความรู้ในระดับปานกลาง และ 8 - 10 คะแนน มีความรู้ในระดับมาก ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารก โดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบ สังเกตการปฏิบัติ 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติได้ครบถ้วนถูกต้อง ปฏิบัติได้แต่ไม่ครบถ้วน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และไม่ได้ปฏิบัติ สอบถาม โดยให้คะแนน 24-30 คะแนน ระดับดี 18-23 คะแนน ระดับปานกลาง และ น้อยกว่า 18 คะแนน ระดับ ต้องปรับปรุง ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ในการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) สื่อการ สอน (PowerPoint และแผ่นพับ) และคลิปวิดีโอตัวอย่างการ early bonding ที่มีการแปลภาษาตามกลุ่มชาติพันธุ์

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด (2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการ ให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (Early Bonding) และ (3) แบบประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และ การสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก และ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาและทารก ตรวจสอบความครอบคลุม ความเหมาะสม และความสอดคล้อง ของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำผลการประเมินมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.82 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและผู้วิจัยปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ณ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่และการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด ซึ่งเป็น ข้อคำถามแบบถูก-ผิด วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics ผ่านการวิเคราะห์ Reliability Analysis ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 พบว่าแบบประเมินมี ความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ สำหรับแบบประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการ สร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด และแบบประเมินความพึงพอใจ

ต่อโปรแกรม ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Likert scale) วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics ได้เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ณ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มาฝากครรภ์และคลอด ณ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน จำนวน 24 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาอื่นที่ผู้วิจัยจัดหาลำโพงให้ได้ เช่น ภาษาพม่า และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะดำเนินการทดลอง

ภายหลังคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐานและประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกโดยเร็ว (Early bonding) และการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด จากนั้นดำเนินโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง (Perceiving) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความรู้และการปฏิบัติก่อนการทดลอง และให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด รวมทั้งประโยชน์ของการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกโดยเร็ว โดยใช้สื่อและภาษาที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มชาติพันธุ์
2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Knowing) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านคำถามปลายเปิด ร่วมรับชมวิดีโอตัวอย่างการปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ความกังวล และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข พร้อมทั้งเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ
3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Assuming Responsibility) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันจัดทำแผนการคลอด (Birth plan) กำหนดบทบาทของสมาชิกในครอบครัวหรือสามี และฝึกทักษะการอุ้มทารก การให้นมแม่ด้วยตุ๊กตาจำลอง รวมถึงการสังเกตสัญญาณความพร้อมของทารก
4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาคลอดที่ห้องคลอด ผู้วิจัยและบุคลากรห้องคลอดให้การสนับสนุน ส่งเสริมการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกภายในห้องคลอด โดยใช้การเสริมแรงทางบวก ชื่นชมความพยายาม และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องหลังคลอด รวมทั้งแนะนำแหล่งสนับสนุนในชุมชน

ระยะที่ 2 ระยะประเมินผลการทดลอง

ภายหลังการคลอดและก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการประเมินหลังการทดลอง (Post-test) โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกับก่อนการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด เพื่อนำข้อมูลไปเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มตัวอย่างเดี่ยววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest-Posttest Design) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p -value < 0.05) การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติ ทั้งนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมานตามลักษณะของข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของมารดา และข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารก โดยเร็ว และการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบ dependent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารก โดยเร็ว และการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบ dependent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน (Lamphun Provincial Public Health Office Research Ethics Committee) รหัสการรับรอง REC No. 2563-13 วันที่รับรอง 3 กุมภาพันธ์ 2568 และวันสิ้นสุดการรับรอง 4 กุมภาพันธ์ 2569 ในการดำเนินการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสตัวเลขทดแทน ดำเนินการปกปิดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยตัวตน และใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดในตาราง 1
ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง (n=24)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลทั่วไป		
อายุ		
18 – 26 ปี	18	75.0
27 – 30 ปี	2	8.3
31 ปี ขึ้นไป	4	16.7
min = 18, max = 38, Mean = 24.54, S.D. = 5.626		
เชื้อชาติ		
ไทย	6	25.0
พม่า	18	75.0
สัญชาติ		
ไทย	6	25.0
พม่า	18	75.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	19	79.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	20.8
อาชีพ		
เกษตรกร	1	4.2
รับจ้าง	19	79.2
ค้าขาย	4	16.7
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (ต่อเดือน)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	18	75.0
10,001 – 20,000 บาท	5	20.8
มากกว่า 20,000 บาท	1	4.2
min = 5,000, max = 22,000, Mean = 10,250, S.D. = 4,296.105		

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	19	79.2
ขยาย	5	20.8
โรคประจำตัว		
ไม่มี	24	100.0
ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ครั้งที่ 1	12	50.0
ครั้งที่ 2	7	29.2
ครั้งที่ 3	1	4.2
ครั้งที่ 4	3	12.5
ตั้งแต่ครั้งที่ 5 ขึ้นไป	1	4.2
จำนวนครั้งของการคลอด		
ครั้งที่ 1	12	50.0
ครั้งที่ 2	8	33.3
ครั้งที่ 3	0	0.0
ครั้งที่ 4	4	16.7
อายุครรภ์ที่คลอด (สัปดาห์)		
คลอดก่อนกำหนด (<37 wks.)	0	0.0
ครบตามกำหนด (37 – 40 wks.)	22	91.7
คลอดเกินกำหนด (>40 wks.)	2	8.3
min = 37, max = 40.1, Mean = 38.75, S.D. = 0.921		
เพศทารก		
ชาย	10	41.7
หญิง	14	58.3
น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม) (ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข, 2568)		
น้อยกว่า 2,500 กรัม	1	4.2
ตั้งแต่ 2,500 กรัม ขึ้นไป	23	95.8
min = 2,380, max = 3,740, Mean = 2,925.96, S.D. = 264.775		
คะแนน APGAR score (คะแนน)		
นาทีที่ 1		
min = 8, max = 10, Mean = 9.63, S.D. = 0.770		
นาทีที่ 2		
min = 10, max = 10, Mean = 10.00, S.D. = 0.000		

ตาราง 1 พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 18 – 26 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 เชื้อชาติและสัญชาติ พม่า จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 79.2 อาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 79.2 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 75.0 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 79.2 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 ตั้งครรภ์แรก จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 คลอดเป็นครั้งแรก จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 อายุครรภ์คลอดครบตามกำหนด (37–40 wks.) จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 91.7 ทารกเพศหญิง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 น้ำหนักทารกแรกคลอด

ตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 95.8 คะแนนการประเมินสุขภาพของทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอดครั้งที่ 1 คะแนนเฉลี่ย 9.63 และคะแนนการประเมินสุขภาพของทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอดครั้งที่ 2 คะแนนเฉลี่ย 10.00

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) ก่อน-หลังการได้รับโปรแกรมฯ ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ (n=24)

ตัวแปร	ก่อนได้รับ โปรแกรมฯ Mean (S.D.)	หลังได้รับ โปรแกรมฯ Mean (S.D.)	Mean Difference	(95% CI)	t	p-value
ความรู้ของมารดา	7.12 (1.51)	9.83 (0.48)	- 2.71	-3.35 – -2.06	-8.744	<0.001

ตาราง 2 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของมารดาที่มาฝากครรภ์เกี่ยวกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็ว และการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มารดามีคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนอย่างชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 7.12 (S.D. = 1.51) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 9.83 (S.D. = 0.48) ผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ -2.71 คะแนน (Mean Difference = -2.71) โดยช่วงความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง -3.35 ถึง -2.06 แสดงว่าคะแนนหลังโปรแกรมสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บ่งชี้ว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ มารดามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -8.744, p-value < 0.001) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ดังรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและระยะเวลาการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ (n=24)

ตัวแปร	ก่อนได้รับ โปรแกรมฯ Mean (S.D.)	หลังได้รับ โปรแกรมฯ Mean (S.D.)	Mean Difference	(95% CI)	t	p-value
การปฏิบัติของมารดา	17.67 (1.78)	28.17 (1.71)	-10.50	-10.80 – -10.19	-71.214	<0.001

ตาราง 3 พบว่า ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและระยะเวลาการให้นมแม่ครั้งแรกในห้องคลอด (early bonding) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า มารดามีคะแนนการปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 17.67 (S.D. = 1.78) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 28.17 (S.D. = 1.71) ผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ -10.50 คะแนน (Mean Difference = -10.50) โดยช่วงความเชื่อมั่น 95% ของผลต่างอยู่ระหว่าง -11.08 ถึง -9.10 บ่งชี้ว่า คะแนนการปฏิบัติของมารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -71.214, p-value < 0.001) ตามลำดับ

อภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและการให้นมแม่ครั้งแรก (Early Bonding) จากผลการศึกษา พบว่า หลังการได้รับโปรแกรมฯ มารดามีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 7.12 เป็น 9.83 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 การเพิ่มขึ้นของความรู้สามารถอธิบายได้ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson (1991) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Yukako et al. (2019) ที่พบว่าโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถเพิ่มความรู้และความเข้าใจของมารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกและตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมารดาที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาติพันธุ์พม่า (ร้อยละ 75) ที่อาจต้องการการปรับสื่อการสอนให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมการเพิ่มขึ้นของความรู้นี้อาจเป็นผลมาจากการประยุกต์ใช้แนวคิดของ Gibson (1991) ที่เน้นการค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้มารดาได้เรียนรู้อย่างเป็นระบบและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

2. การปฏิบัติในการสร้างความผูกพันระหว่างมารดา-ทารกโดยเร็วและระยะเวลาการให้นมแม่ครั้งแรก ผลการศึกษา พบว่า คะแนนการปฏิบัติของมารดาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรม 17.67 คะแนน เป็น 28.17 คะแนน การเพิ่มขึ้นของคะแนนการปฏิบัตินี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moore et al. (2016) ที่พบว่า การสัมผัสแบบ skin-to-skin contact (SSC) ที่มีการเตรียมความพร้อมล่วงหน้าสามารถเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สูงกว่าร้อยละ 24 ที่ 1-4 เดือนหลังคลอดการที่มารดาสามารถปฏิบัติได้ดีขึ้นนี้อาจเกิดจากการฝึกทักษะในระหว่างโปรแกรม เช่น การฝึกทำอุ้มทารกที่ถูกต้อง การฝึกการให้นมแม่ด้วยตุ๊กตาจำลอง และการฝึกการสังเกตสัญญาณความพร้อมของทารก ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการปฏิบัติของมารดา

3. ระยะเวลาโอบกอดลูกครั้งแรกและเวลาการดูดครั้งแรก ผลการศึกษา พบว่า มารดาที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถเริ่มโอบกอดและให้นมบุตรได้ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม โดยเฉลี่ยระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่คลอดถึงการโอบกอดลูกครั้งแรกอยู่ที่ 20.1 นาที (S.D. = 5.40) และระยะเวลาดังกล่าวตั้งแต่คลอดถึงการดูดนมครั้งแรกเฉลี่ย 23.3 นาที (S.D. = 6.96) ส่วนระยะเวลาการดูดนมครั้งแรกเฉลี่ยอยู่ที่ 16.4 นาที (S.D. = 4.72) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมที่นำมาใช้มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้มารดาเริ่มต้นการสัมผัสและให้นมบุตรได้อย่างรวดเร็วภายหลังคลอด ซึ่งอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสมตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกและกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (World Health Organization & UNICEF, 1989) ที่แนะนำให้มารดาเริ่มการให้นมบุตรภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดการที่มารดาสามารถเริ่มโอบกอดและให้นมลูกได้ในระยะเวลาอันสั้นนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารก การสัมผัสผิวหนังระหว่างมารดาและทารกในช่วงแรกหลังคลอดช่วยกระตุ้นการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโตซิน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางอารมณ์ระหว่างมารดาและทารก อีกทั้งยังช่วยให้ทารกหดรัดตัวได้ดี ลดความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และช่วยให้ทารกสามารถรักษาร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Foley & Hughes, 2018) ผลการวิจัยนี้จึงแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการส่งเสริมการสัมผัสผิวหนังและการเริ่มให้นมบุตรอย่างทันท่วงทีต่อทั้งสุขภาพของมารดาและทารกในระยะเริ่มต้นหลังคลอด

การนำผลการวิจัยไปใช้

ดำเนินการปรับใช้โปรแกรมให้เป็นมาตรฐานการดูแลของโรงพยาบาล และหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ของพื้นที่ฝึกอบรมและถ่ายทอดการปฏิบัติให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ประชาชน เพื่อช่วยให้บุคลากรสามารถนำแนวคิดและเครื่องมือจากงานวิจัยไปประยุกต์ใช้ได้จริงในสถานการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนสามารถเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนการพัฒนาในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรออกแบบการศึกษาที่มีความเข้มข้นมากขึ้น โดยพิจารณาดำเนินการเป็น การศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและลดอคติจากปัจจัย ภายนอก การสุ่มและการมีกลุ่มควบคุมจะช่วยให้สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง การแทรกแซงกับผลลัพธ์ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และยังเอื้อให้สามารถวัดประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทการปฏิบัติจริงได้อย่างเป็นระบบควรวาง แผนการติดตามผลในระยะยาวเพื่อจับภาพการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องและความยั่งยืนของผลการแทรกแซง โดยควร กำหนดช่วงติดตามอย่างน้อย 6 เดือนหลังคลอดเพื่อประเมินการปฏิบัติของมารดา ความผูกพันระหว่างมารดาและ ทารก และผลกระทบต่อพัฒนาการของทารกในช่วงต้น การติดตามระยะยาวจะช่วยให้พบแนวโน้มที่อาจไม่ชัดเจนใน การวัดผลระยะสั้น และชี้ให้เห็นถึงปัจจัยที่เอื้อต่อการรักษาสถานะที่ดีในระยะยาว และควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ ครอบคลุมความหลากหลายของประชากรเป้าหมาย โดยเฉพาะการศึกษาเกี่ยวกับมารดาที่มีลักษณะเฉพาะหรือเสี่ยง เช่น มารดาวัยรุ่น มารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีความเครียดสูง และมารดาที่มาจากสภาพสังคม วัฒนธรรม หรือ เศรษฐกิจที่แตกต่างกัน การรวมกลุ่มประชากรที่หลากหลายจะทำให้สามารถประเมินประสิทธิผลของการแทรกแซง ในกลุ่มย่อยต่าง ๆ และออกแบบแนวทางการดูแลที่เหมาะสมตามบริบทเฉพาะได้ ช่วยให้ผลการวิจัยมีความเป็นสากล และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริงในบริบทที่แตกต่างกันอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- กองกฎหมาย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับ ทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 (ฉบับที่ 2). <https://laws.anamai.moph.go.th/th/baby-food>
- โรงพยาบาลบ้านธิ. (2567). รายงานสถิติการคลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน.
- Chipojola, R., Chiu, H.-Y., Huda, M. H., Lin, Y.-M., & Kuo, S.-Y. (2020). Effectiveness of theory-based educational interventions on breastfeeding self-efficacy and exclusive breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 109, 103675. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103675>
- Dayton, C. J., Brown, S., Goletz, J., Hicks, L., Barron, C., Sperlich, M. & Smith-Darden, J. (2019). Pathways to parenting: Predictors of prenatal bonding in a sample of expectant mothers and fathers exposed to contextual risk. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 1134–1144. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01343-6>
- Tichelman, E., Westerneng, M., Witteveen, A. B., van Baar, A. L., van der Horst, H. E., de Jonge, A., Berger, M. Y., Schellevis, F. G., Burger, H., & Peters, L. L. (2019). Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review. *PLoS One*, 14(9), Article e0222998. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222998>
- Foley, S., & Hughes, C. (2018). Great expectations? Do mothers' and fathers' prenatal thoughts and feelings about the infant predict parent-infant interaction quality? A meta-analytic review. *Developmental Review*, 48, 40–54. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.03.007>
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354–361. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
- Grace, B., Bulsara, C., Fynn, J., & Geggie, J. (2017). A systematic review of the effectiveness of structured interventions with fathers or male partners to improve outcomes for women and children. *PLoS One*, 12(11), e0187722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187722>

- Karami, K., Safarian Hamadani, N., & Zareban, I. (2019). The effect of empowerment program on knowledge, self-efficacy, and breastfeeding performance of nulliparous mothers. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 7(1), 84-89. <https://doi.org/10.15296/ijwhrs.2019.14>
- Lutkiewicz, K., Bieleninik, L., Cieslak, M., & Bidzan, M. (2020). Maternal-infant bonding and its relationships with maternal depressive symptoms, stress and anxiety in the early postpartum period in a Polish sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155427>
- Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- World Health Organization & UNICEF. (1989). *Protection, promotion and supporting breastfeeding: The special role of maternity service*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39679/9241561300.pdf>
- World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2023). *Global Breastfeeding Scorecard 2023: Monitoring Progress on the Implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. <https://iris.who.int/items/db4ec8e1-7408-45b0-84f7-fb223bbd491e>
- Yukako, N., Yoshida, Y., & Yamashita, H. (2019). Effectiveness of empowerment program on postpartum depression and maternal confidence among Japanese mothers: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 99, 103384. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103384>