

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบงานวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา และสนับสนุนให้บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.พิศิษฐ์ พลธนะ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

ดร.วรางคณา คุ่มสุข

รองผู้อำนวยการกลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.เนติยา แจ่มทิม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กองบรรณาธิการ

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. นางสาวขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 2. ดร.บุญส่ง สุประดิษฐ์ | วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ |
| 3. ผศ.ดร.เมทนี ระดาบุตร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 4. ดร.สมชาย ชัยจันทร์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 5. ผศ.ดร.องค์อร ประจันเขตต์ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาและกลั่นกรองผลงานวิชาการ

- | | | |
|---------------------|--------------------|---|
| 1. รศ.ดร.สมใจ | พุทธาพิทักษ์ผล | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 2. รศ.ดร.วันเพ็ญ | แก้วปาน | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รศ.ดร.พร้อมพิไล | บัวสุวรรณ | มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 4. รศ.ดร.พิมพ์สุราง | เตชะบุญเสริมศักดิ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผศ.ดร.ยุวดี | ลีลคณาวิระ | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 6. ผศ.ดร.สาโรจน์ | เพชรมณี | วิทยาลัยนครราชสีมา |
| 7. ผศ.ดร.วรรณวดี | เนียมสกุล | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 8. ดร.ภาวดี | เหมทานนท์ | มหาวิทยาลัยทักษิณ |
| 9. ผศ.ดร.จามจรี | แช่หลู่ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช |
| 10. ผศ.ดร.จุฬารัตน์ | ห้าวหาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

| | | |
|------------------------------|--------------|--|
| 11. ผศ.ดร.นงนภัทร | รุ่งเนย | สถาบันพระบรมราชชนก |
| 12. ผศ.ดร.บุศริน | เอี้ยวสีหยก | วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี |
| 13. ผศ.ดร.ปริญญาภรณ์ | ธนะบุญปวง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี |
| 14. ผศ.ดร.สุภาวดี | นพรุจจินดา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 15. ผศ.ดร.ชุตिकाญจน์ | ฉัตรรุ่ง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 16. ผศ.ดร.จิรพรรณ | โพธิ์ทอง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 17. ผศ.รอ.หญิง ดร.จัญญลักษณ์ | ป้องเจริญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 18. ดร.อาคม | โพธิ์สุวรรณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 19. ผศ.ดร.จรรุวรรณ | สนองญาติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 20. ดร.ลักขณา | ศิริถิรกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 21. ผศ.ดร.สุภาภรณ์ | วรอรุณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 22. ผศ.ดร.สุพัตรา | จันทร์สุวรรณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 23. ดร.ปกรินทร์ | ศรีศลักษณ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 24. ดร.วาสนา | อุปป้อ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 25. ผศ.ดร.ธิดารัตน์ | คณิงเพียร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |
| 26. ผศ.ดร.ดวงเนตร | ธรรมกุล | มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 27. ดร.จักรกฤษณ์ | สิรินริน | สายงานการศึกษา ฝึกอบรมและให้คำปรึกษา สถานประกอบการ สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น) |

เจ้าของ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
118 ม.1 ต.สนามชัย อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72000

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวศรีแพร พุ่มมันน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
2. นางสาวเกศสรา ศีคำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
3. นายอมรเทพ ศรีวิเชียร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กำหนดออกวารสาร ทุก 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ) มกราคม-เมษายน พฤษภาคม-สิงหาคม และกันยายน – ธันวาคม

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบบทความวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา สนับสนุนให้อาจารย์บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข และบุคคลภายนอกได้เผยแพร่องค์ความรู้ มีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วารสารปีที่ 9 ฉบับที่ 2 มีบทความวิจัย 12 เรื่อง เป็นผลงานการศึกษาจากผู้ปฏิบัติงานจริงที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งมีคุณค่าทางวิชาการเป็นอย่างยิ่ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทางการศึกษา การดูแลผู้รับบริการ และการพัฒนาองค์กร

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย คือคณะที่ปรึกษาวารสาร คณะทำงานวารสาร ผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กองบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับผู้อ่านทุกท่าน หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด กองบรรณาธิการยินดีน้อมรับคำแนะนำ เพื่อจะนำไปปรับปรุงและพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นต่อไป

ผศ.ดร.เนติยา แจ่มทิม

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| การศึกษาสมรรถนะจำเป็นและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันการเกิด แผลกดทับ: การศึกษาเชิงคุณภาพ | 5 |
| :ลัญจนา เพิ่มพูล, สมคิด ปราบภัย และธริศรา จิรเสถียรพร | |
| ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี | 20 |
| :อรวิทย์ เมฆเคลื่อน, ปวีดา โพธิ์ทอง และเสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ | |
| แรงจูงใจ ทักษะคติ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรี และกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก | 35 |
| :ศุภภรณ์ จันทร์สกุล, ชนินทร์ จักรภพโยธิน, คชารัตน์ ปรีชล และบุญส่ง สุประดิษฐ์ | |
| ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในสตรี ตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี | 50 |
| :ธนธรณ์ เรืองศรี และทิวาวรรณ เทพา | |
| ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย | 79 |
| :พัชรินทร์ บุญเสริม, พันซ์กร ศรีมงคล และคณพศ หินเมืองเก่า | |
| ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชในเขต บริการสุขภาพที่ 5 | 97 |
| :เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, เพ็ญจมาศ คำชนะ, จิรียา อินทนา, ปริญญารัตน์ ธนะบุญปวง, กาญจนา เลิศถาวรธรรม และ กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ | |
| ผลการใช้นวัตกรรมกล้องตรวจความจำประลองสมอง เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพด้านความจำผู้สูงอายุ | 113 |
| :จิรวดี อ่อนศรี, ปณิดา ลุนบุตรดา, สุวรรณา สุขตะกั่ว, วชิรกันต์ พิมพ์พันธ์, วิภาพร สว่างศรี, ศิริวรรณ ศรีสัมพันธ์ สิรินญา ช่างเพ็ชรผล และสุพัตรา จันทร์สุวรรณ | |
| ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรู้คิดต่อสมรรถภาพทางสมอง ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซ้ำซ้อนของผู้สูงอายุในชุมชนสามพราน จังหวัดนครปฐม | 124 |
| :จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล, พรทิพย์ จอกระจ่าย, นงพิมพ์ นิมิตรอนันต์ และวิราภรณ์ ทองยัง | |
| ผลของการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | 140 |
| :สุจิน มอญเข้มซ้อย, นภาพิณ จันทขัมมา และวันเพ็ญ แววีร์คุปต์ | |
| ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม | 156 |
| :วนิดา ศรีพรหมษา, อีสริย์ ปัดภัย และชญญาวีร์ ไชยวงศ์ | |
| ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าโดยใช้แนวคิด สบซ.โมเดลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 | 173 |
| :ดลปภัฏ ทรงเลิศ, ธนาพร พรหมแก้ว, นฤเบศร์ โกศล และภัทรธิดา ฟองงาม | |
| ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน | 191 |
| :อุมากร ใจยังยืน, อาคม โพธิ์สุวรรณ และสุภาภรณ์ วรอรุณ | |

การศึกษาสมรรถนะจำเป็นและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงเพื่อ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ: การศึกษาเชิงคุณภาพ

ลัญชณา เพิ่มพูล, พย.ม.*

สมคิด ปราบภัย, ปร.ด.** และ ธีรสร่า จิรเสถียรพร, ส.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะจำเป็นสำหรับผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยติดเตียง รวมถึงแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะดังกล่าว เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 7 ราย ประกอบด้วย แพทย์ อาจารย์พยาบาล พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ด้วยโปรแกรม QDA miner lite

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีทักษะในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลกิจวัตรประจำวัน รวมถึงความสามารถในการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรสนับสนุน โดยแนวทางการพัฒนาสมรรถนะควรเน้นการฝึกปฏิบัติจริง การใช้สื่อการสอนที่หลากหลาย และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ สามารถนำไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงต่อไป
คำสำคัญ: การศึกษาสมรรถนะจำเป็น, แนวทางการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียง, แผลกดทับ, การศึกษาเชิงคุณภาพ

*นิสิตหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

** คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Corresponding E-mail: Tharisara.c@ku.th

(Received: July 30, 2025; Revised: October 22, 2025; Accepted: March 1, 2026)

Study of Essential Competencies and Guidelines for Development Competency of Family Caregivers for Bedridden Patients to Prevent Pressure Ulcers: A Qualitative Study

Lunchana Permpool, M.N.S.*

Somkid Prabpai, Ph.D.** & Tharisara Chirasatienpon, Ph.D.**

Abstract

This qualitative research aimed to examine the essential competencies required for family caregivers of bedridden patients and the approaches for developing these competencies. Data were collected through in-depth interviews with seven key informants who are experts in bedridden patient care, including doctors, nursing instructors, nurses, and nurse aides. The data were analyzed using content analysis with the QDA Miner Lite software.

The findings revealed that family caregivers need basic knowledge about the disease and the care of bedridden patients, a positive attitude towards caregiving, skills in preventing complications, and in managing daily care activities. Additionally, they require communication skills and the ability to utilize support resources effectively. The recommended approaches for competency development should emphasize practical training, the use of diverse teaching materials, and continuous support from healthcare professionals.

The study suggests that the findings could be applied in designing competency development programs for family caregivers of bedridden patients.

Keywords: Study of Essential competencies, Guidelines for Development Competency of Family Caregivers, Pressure Ulcers, Qualitative research

*Doctor Student in Health Promotion and Health Education Program, Faculty Education, Kasetsart University

**Faculty Education, Kasetsart University

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชากรโลก ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพทั้งการเจ็บป่วย พิการ และเสียชีวิต สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย กลุ่มโรคไม่ติดต่อยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ระดับโลก จนกระทั่งเสียชีวิต ในระหว่างการรักษาหลายรายต้องอยู่ในภาวะติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลด้านร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยติดเตียงมักติดเชื้อ และผู้ป่วยเหล่านี้มักอยู่ในสภาวะติดเตียงก่อนเสียชีวิต ซึ่งผู้ป่วยติดเตียงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเร็วขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยติดเตียงและจำเป็นต้องพึ่งพาให้มีประสิทธิภาพ การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงจึงสำคัญอย่างยิ่ง

ปัจจุบันประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงและจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล มากถึง 13,358,751 คน หรือ ร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด (กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2566) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยติดเตียงจำเป็นต้องพึ่งพา ในบรรดาผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงมากที่สุด คือ บุตร รองลงมาคือ คู่สมรส ญาติ และบุคคลอื่น ๆ (เช่น คนรับใช้, ลูกจ้าง, ผู้รับจ้างดูแล เป็นต้น) จากข้อมูลนี้หากผู้ดูแลที่เป็นบุตร ญาติ และคู่สมรส ไม่มีประสบการณ์ หรือขาดการฝึกอบรมในการดูแลที่ถูกต้อง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยติดเตียงเกิดแผลกดทับและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ ดังนั้น บุตร ญาติ และคู่สมรสที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จึงควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างเหมาะสม (Butimal et al., 2018) โดยเฉพาะสมรรถนะในการป้องกันแผลกดทับ เนื่องจากการนอนติดเตียงเป็นเวลานาน หรือนอนทับท่าเดียวนาน ๆ ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณผิวหนังที่ได้รับการบาดเจ็บหรือเกิดการตายของเซลล์

สำหรับบทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียง ที่ผ่านมามีการวิจัยและพัฒนาผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงโดยเน้นด้านการดูแลแบบทั่วไป เช่น หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง สำหรับประชาชนทั่วไปอายุ 16-25 ปี จำนวน 15 ชั่วโมง (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, 2560) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมให้กับพยาบาลวิชาชีพ (Maleewong, K., 2021) แนวทางปฏิบัติดังกล่าวนี้มีการนำไปใช้ป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยในหลายพื้นที่ทั้งในสถานพยาบาล และชุมชน จะเห็นได้ว่าหลักสูตรที่ผ่านมาเป็นการพัฒนาผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียง ที่มีความเฉพาะเจาะจงในการดูแลแผลกดทับ และเป็นหลักสูตรสำหรับแพทย์ พยาบาล เท่านั้น แต่ยังไม่หลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยโดยตรง ในสถานการณ์ปัจจุบันจึงพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่เป็นญาติผู้ป่วยนั้น มีความสามารถในการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับปานกลาง ไม่ทราบถึงความสำคัญของการจัดทำนอน เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Tintong, P. et al., 2008) ผู้ดูแลมีความเครียดในระดับสูง ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย (อรทัย วงศ์อินอยู่ และคณะ, 2562) ทั้งนี้ ผู้ดูแลที่เป็นญาติมักได้รับความรู้ในการดูแลป้องกันแผลกดทับจากการให้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการสืบค้นข้อมูลต่างๆ จากสมาร์ตโฟนด้วยตนเอง ยังไม่มีความมั่นใจในการดูแล และขาดประสบการณ์ จึงต้องการด้านข้อมูลและมีช่องทางการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมสุขภาพโดยตรงเพื่อเพิ่มความมั่นใจ (สุธาสนี เจียประเสริฐ และคณะ, 2563) (Busayarasamee, B., 2018) รวมทั้งมีความต้องการให้มี

ทีมสุขภาพเยี่ยมบ้านและให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Oupra, R. et al., 2011) ต้องการทราบถึงวิธีการ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอันตรายที่จะเกิดขึ้น การฟื้นฟู สมรรถภาพ (Oupra, R. et al., 2011) นอกจากนี้ มีการเสนอแนะว่า ผู้ดูแลจะต้องดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย ควบคุมการติดเชื้อโดยใช้เทคนิคป้องกันการติดเชื้อ และมีคุณธรรมจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย มีความรับผิดชอบและเต็มใจดูแล ไม่รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ (Chanpradit, A., 2003) อีกด้วย ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการเปลี่ยนผู้ดูแลบ่อย ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยหลักแล้วความรู้พื้นฐานที่ผู้ดูแลควรมี คือ ความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการเกิดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน การดูแลภาวะโภชนาการ การดูแลสภาพผิวหนัง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลควรได้รับการพัฒนา ประกอบกับการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อศึกษาสมรรถนะที่เป็นจริง และความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียง เพื่อเป็นฐานในการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดังนั้น เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมเพื่อส่งเสริมสมรรถนะและพฤติกรรมของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาสมรรถนะจำเป็นและแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะจำเป็นของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบบปรากฏการณ์วิทยา Phenomenological research ซึ่งอธิบายประสบการณ์ส่วนบุคคลโดยอาศัยมุมมองจากภายนอก Epoche วิเคราะห์ข้อมูลโดย การอ่านข้อมูล ให้รหัส เขียนบันทึกความคิด และรวมกลุ่มประโยคสำคัญเป็นหน่วยที่มีความหมายตีความหมาย โดยสร้างคำอธิบายเชิงเนื้อหา และคำอธิบายเชิงโครงสร้าง หาแก่นของประสบการณ์ การนำเสนอแสดงแก่นของประสบการณ์ด้วยคำอธิบาย งานวิจัยนี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) จำนวน 7 ราย ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญซึ่งเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ได้แก่ แพทย์ อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล โดยผู้วิจัยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ชนิดการเลือกแบบมีเกณฑ์ (Criterion Sampling) Sutheewasinon, P., & Pasunon, P. (2016) โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ของวัตถุประสงค์

ของการศึกษา และมีความหลากหลายของหน้าที่ความรับผิดชอบ คัดเลือกจากผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับ โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

(1) แพทย์ กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ คือ ผู้ซึ่งมีวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาศัลยศาสตร์ ที่มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ไม่ต่ำกว่า 5 ปี และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 2 คน

(2) อาจารย์พยาบาล กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ คือ เป็นอาจารย์พยาบาลในสถาบันระดับอุดมศึกษา ที่มีวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาเอก ในสาขาวิชาการพยาบาล หรือมีตำแหน่งทางวิชาการไม่ต่ำกว่าผู้ช่วยศาสตราจารย์ มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง หรือมีประสบการณ์การสอนวิชาการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง หรือมีผลงานทางวิชาการ/การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย จำนวน 2 คน

(3) พยาบาลวิชาชีพ กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพในสถานพยาบาลสาธารณสุขที่มีวุฒิการศึกษาระดับไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี ในสาขาวิชาการพยาบาล หรือมีตำแหน่งในระดับชำนาญการพิเศษ มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป หรือเป็นผู้เคยได้รับรางวัล หรือมีหลักฐานเชิงประจักษ์จนเป็นที่ยอมรับในเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย จำนวน 2 คน

(4) ผู้ช่วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ คือ เป็นผู้ช่วยพยาบาลในสถานพยาบาลสาธารณสุข ที่สำเร็จหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลในสถาบันที่สภาการพยาบาลให้การรองรับ มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงอย่างน้อย 5 ปี ขึ้นไป หรือเป็นผู้เคยได้รับรางวัล หรือมีหลักฐานเชิงประจักษ์จนเป็นที่ยอมรับในเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย จำนวน 1 คน

เกณฑ์การคัดออกอาสาสมัคร

(1) ไม่สมัครใจให้ข้อมูล

เกณฑ์การถอนตัวอาสาสมัคร (Withdrawal criteria for individual participants)

(1) ไม่สมัครใจให้ข้อมูล

เกณฑ์การยุติการวิจัย (Termination criteria for the whole research project)

(1) ผู้วิจัยมีอำนาจยุติการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวผู้วิจัย เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลที่สำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยต้องเตรียมตัวทั้งความรู้ด้านวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ด้านพฤติกรรมศาสตร์ ระเบียบวิธีวิจัยทางการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา ฝึกเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล ทักษะใน

การสนทนาที่สามารถเจาะลึกข้อมูล สำหรับการเตรียมความพร้อมด้านการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ผ่านการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา ผู้วิจัยมีประสบการณ์ด้านการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ และการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เป็นเวลา 18 ปี ผู้วิจัยจึงมีความพร้อมที่จะทำการเก็บข้อมูลมีความครอบคลุม ลึกซึ้ง และตรงกับความเป็นจริง และภายใต้การดูแลให้คำปรึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและที่ปรึกษารองในการทำวิทยานิพนธ์

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) โดยการเรียงลำดับประเด็นคำถามจากประเด็นกว้างสู่ประเด็นเฉพาะ และตั้งคำถามเพื่อเก็บรายละเอียด (Probes) และอาจมีการเตรียมคำถามเพิ่มเติม (Prompts) ในบางคำถาม เพื่อกรณีให้ผู้ให้ข้อมูลไม่เข้าใจคำถาม หรือต้องการถามรายละเอียดเพิ่มเติม ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถามหลักเกี่ยวกับความจำเป็น ความรู้ ทักษะ และความสามารถที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียง รวมถึงแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะ

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย แบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลในสถาบันระดับอุดมศึกษา อาจารย์ในสถาบันระดับอุดมศึกษา เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินการวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ และอาจารย์ในสถาบันระดับอุดมศึกษา เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในด้านสุขศึกษา พฤติกรรมศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพ ใช้การตรวจสอบข้อมูลโดยหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 คำนวณค่าดัชนีตามสูตร Lynn (1986)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการเสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้เอกสารรับรองเลขที่ COE No. COE66/110 วันที่รับรอง 20 ตุลาคม 2566 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดย ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงและแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้คณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับไม่มีการระบุชื่อและรายงานการวิจัยจะเสนอผล โดยรวมและกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายด้วยตนเอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเป็นแนวทางในการสนทนา การสัมภาษณ์ดำเนินการในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว และสะดวกสำหรับผู้ให้ข้อมูล แต่ละการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที การสัมภาษณ์ถูกบันทึกเสียงโดยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล บันทึกเทปและมีการบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field note) เพิ่มเติมระหว่างการสัมภาษณ์

ตามความเป็นจริงโดยไม่มี การตีความ นอกจากนี้ ยังได้บันทึกเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกหรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับ ผู้ทำการวิจัยขณะที่รวบรวมข้อมูล ซึ่งการเขียนบันทึกสรุปสั้น ๆ ดังกล่าวจะมีประโยชน์สำหรับผู้วิจัยในการมองเห็นความ เชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม พร้อมทั้งข้อมูลที่ถูกรวบรวมจะนำมาถอดเทปรายวัน เพื่อทำการตรวจสอบข้อมูลที่ไม่ชัดเจน หรือไม่ครบถ้วน เพื่อนำไปศึกษาเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยถอดเทปแบบคำต่อคำ มาวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis) โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) อ่านข้อมูลทั้งหมดเพื่อทำความเข้าใจภาพรวม 2) กำหนดรหัส (Coding) ให้กับข้อความที่มีความหมายสำคัญ 3) จัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายคล้ายคลึงกันเข้าด้วยกันเป็นหมวดหมู่ (Categories) และ 4) พัฒนาหมวดหมู่เป็นประเด็นหลัก (Themes) ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ (Trustworthiness) ของการเก็บ รวบรวมข้อมูลตามรูปแบบวิจัยเชิงคุณภาพ (Creswell, 2003) โดยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ผู้วิจัยทำ การตรวจสอบสามเส้าด้วยวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 1 วิธี (Methodological Triangulation) โดยการสัมภาษณ์เชิง ลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลัก การสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์ และการศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นตรวจสอบโดย การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบซ้ำ (Member Check) ผู้วิจัยใช้การสะท้อนข้อมูลกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งขณะที่ผู้วิจัยทำ การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูล โดยการทบทวนคำตอบที่ผู้วิจัย เข้าใจว่า มีความถูกต้องสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลักให้หรือไม่ หากพบว่าไม่ถูกต้องก็จะทำความเข้าใจและแก้ไขให้ถูกต้อง อีกทั้งเมื่อถอดคำสัมภาษณ์แล้วเสร็จ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกรายอ่าน พร้อมตรวจสอบข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ข้อมูลเชิงลึกและการตีความของร่างรายงานการวิจัยอีกครั้ง

ผลการวิจัย

1. สมรรถนะสำหรับผู้ดูแล ผลการวิจัย พบว่า

1. ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลที่เป็นญาติของ ผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย

1.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการติดเตียง: ผู้ให้ข้อมูลเน้นย้ำถึงความสำคัญของการเข้าใจสาเหตุ การเกิดแผลกดทับและลักษณะของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องติดเตียง ดังคำพูดต่อไปนี้ “ผู้ดูแลต้องรู้ก่อนว่าสถานะของการติด เติงนั้น ผู้ที่อยู่ในความดูแลของเรามีสาเหตุติดเตียงจากอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) และ “ญาติควรมีความรู้อย่างที่ว่า 1 คือ เรื่องตัวโรคคนไข้ก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

1.2 ความเข้าใจเกี่ยวกับแผลกดทับ สาเหตุ และการป้องกัน:) ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าผู้ดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการ เกิดแผลกดทับและวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดังคำพูดต่อไปนี้ “ผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดแผลกด ทับและวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) และ “ผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ เกิดแผลกดทับ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

1.3 เทคนิคการพลิกตะแคงตัวและการจัดท่าที่ถูกต้อง: ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านกล่าวถึงความสำคัญของการรู้เทคนิค

การพลิกตะแคงตัว การเกิดแผลกดทับ และการจัดท่านอนที่ถูกต้อง ดังคำพูดต่อไปนี้ “ผู้ดูแลต้องรู้เรื่องการพลิกตะแคงตัว แล้วก็รู้ว่าวิธีการที่จะพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยในกรณีผู้ป่วยติดเตียงต้องทำอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1), “ผู้ดูแลต้องรู้วิธีการพลิกตะแคงตัวที่ถูกวิธี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2), “ผู้ดูแลอาจจะจับพลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ รู้จุดลงน้ำหนักในแต่ละจุดที่แตกต่างกันและบริเวณที่ต้องระวังการกดทับ เช่น บริเวณหลัง สะโพก สันเท้า ตาตุ่ม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4), “ผู้ดูแลต้องรู้เรื่องการพลิกตะแคงตัว การจับผู้ป่วยนั่ง และจับยืน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5) และ “การป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับอย่างเช่น การพลิกตะแคงตัวที่ถูกต้อง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

1.4 การดูแลความสะอาดของผิวหนังและร่างกาย: ผู้ให้ข้อมูลเน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแลความสะอาดร่างกายผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดังคำพูดต่อไปนี้ “ผู้ดูแลต้องมีความรู้เรื่องการดูแลความสะอาดผิวหนัง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2), “ผู้ป่วยต้องมีความสุขสบาย ต้องมีความสะอาดของร่างกาย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5), “ผู้ป่วยต้องการการป้องกันไม่ให้เกิดการเปียกชื้นของผิวหนัง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6) และ “ผู้ป่วยต้องการการดูแลร่างกายทำความสะอาดเข้า-เย็น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

1.5 ความรู้เกี่ยวกับการไหลเวียนของเลือดในผู้ป่วยติดเตียง: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 กล่าวถึงความสำคัญของการเข้าใจเรื่องการไหลเวียนของเลือดในผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1.6 การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการรองรับร่างกาย: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 ระบุว่าผู้ดูแลควรมีความรู้ในการเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น ที่นอนลม หรือหมอนรองต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1.7 การให้โภชนาการที่เพียงพอ: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 เน้นถึงความสำคัญของความรู้ด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1.8 การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 กล่าวถึงความสำคัญของการรู้วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยติดเตียง

1.9 การสังเกตและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 เน้นย้ำถึงความสำคัญของการสังเกตอาการผิดปกติและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2. ทักษะจิตของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า ทักษะจิตของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงมีความสำคัญต่อคุณภาพการดูแล โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

2.1 ความเห็นอกเห็นใจและความเมตตา: ผู้ให้ข้อมูลเน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีความเห็นอกเห็นใจและความเมตตาต่อผู้ป่วยติดเตียง ดังคำพูดต่อไปนี้ “มุมมองแรกคือเห็นอก เห็นใจ มี Empathy ที่จะดูแลใส่ใจ เนื่องจากว่าเป็นโรคที่ไม่หาย เป็นภาระที่ไม่มีกำหนดว่าจะอยู่ไปถึงเท่าไร ยิ่งเราดูแลได้ดี ภาระหน้าที่ก็ยิ่งอยู่ยาว แต่ก็จะทำให้คนไข้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ก็หลัก ๆ เลยคือต้องเห็นอกเห็นใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1), “ผู้ดูแลต้องเข้าใจความทุกข์ยากของผู้ป่วย ต้องมีความเมตตาค่ะ พร้อมทั้งจะทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3) และ “การดูแลผู้ป่วย ญาติอาจจะต้องเน้นเรื่องความรัก มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ต้องการอยากให้ผู้ป่วยดีขึ้น ต้องการให้ผู้ป่วยหาย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

2.2 ความรู้และความเข้าใจ: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 ระบุว่าผู้ดูแลต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

ติดเตียง ซึ่งจะนำไปสู่ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

2.3 ความมุ่งมั่นและแรงจูงใจ: ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความสำคัญของความมุ่งมั่นในการดูแล แม้จะเป็นภาระระยะยาว และการสร้างแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ดังคำพูดต่อไปนี้ “มุมมองแรกคือเห็นอก เห็นใจ มี Empathy ที่จะดูแลใส่ใจ เนื่องจากว่าเป็นโรคที่ไม่หาย เป็นภาระที่ไม่มีกำหนดว่าจะอยู่ไปถึงเท่าไร ยิ่งเราดูแลได้ดีภาระหน้าที่ก็ยิ่งอยู่ยาว แต่ก็ทำให้คนไข้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ก็หลัก ๆ เลยคือต้องเห็นอกเห็นใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) และ “ผู้ดูแลสามารถป้องกันและป้องกันให้ผู้ป่วยเกิดแผลได้ ก็เป็นการชี้ความสำคัญให้คนดูแลเห็นว่าเราเหนื่อยเราลงแรง ลงเวลาไปเพื่อให้ผู้ป่วยดีขึ้น พุดภาษาง่าย ๆ คือให้ผู้ดูแลกลัวว่าถ้ามีแผลกดทับ อาจจะทำให้ถึงชีวิตได้เหมือนกันนะเพราะฉะนั้นจะได้ช่วยกันดูแล และจะได้มีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

2.4 ความพร้อมและทัศนคติเชิงบวก: ผู้ให้ข้อมูลเน้นถึงความสำคัญของการมีความพร้อมและทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ดังคำพูดต่อไปนี้ “ต้องพูดเหมือนในแนวเชิงบวกอาจจะมีเสริมแรง ชื่นชมให้กำลังใจผู้ดูแลว่ามีการดูแลมีการดูแลที่ดี เอาใจใส่ในการดูแลทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดแผล อาจจะมีพูดเชิงบวกกับผู้ดูแลให้รู้สึกดีมีกำลังใจในการที่จะได้ดูแลผู้ป่วยต่อ ๆ ไป ให้กำลังใจเสริมแรงในการดูแล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5) และ “ถ้าครอบครัวหรือญาติที่ไม่พร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลก็ไม่ต้องการที่จะรับฟังสิ่งที่เจ้าหน้าที่ได้ให้คำแนะนำไป ผู้ดูแลก็ไม่ได้สามารถนำไปใช้ได้ คิดว่าน่าจะต้องเป็นความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแล อันนี้ก็ น่าจะสำคัญ และผู้ดูแลก็ต้องมีทัศนคติที่ดีในการดูแล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

2.5 การปรับทัศนคติผ่านการให้ความรู้: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 ระบุว่า การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญในการปรับทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

3. ทักษะของผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย

3.1 ทักษะในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ: ผู้ให้ข้อมูลเน้นย้ำถึงความสำคัญของทักษะในการพลิกตะแคงตัว และการสังเกตอาการเพื่อป้องกันแผลกดทับ ดังคำพูดต่อไปนี้ “ผู้ดูแลต้องมีทักษะในเรื่องของการพลิกตะแคงตัว ในเรื่องของการป้องกันการเกิดแผล ถ้ายังไม่เป็นแผลแล้วก็ต้องมีทักษะในการสังเกตต่าง ๆ ว่าลักษณะยังไงที่ทำให้เขาป้องกันการเกิดแผลกดทับได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) และ “ก็จะเป็นทักษะในเรื่องของการป้องกันการเกิดแผลก็เช่นเรื่องของการพลิกตะแคงตัว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

3.2 ทักษะในการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดทำทาง: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 กล่าวถึงความสำคัญของทักษะในการจัดทำนอนและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยติดเตียง

3.3 ทักษะในการดูแลด้านโภชนาการและสุขอนามัย: ผู้ให้ข้อมูลเน้นถึงความสำคัญของทักษะในการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมและการดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยติดเตียง ดังคำพูดต่อไปนี้ “ดูแลต้องดูแลอาหารการกินให้เหมาะสม ต้องอุ่น ต้องร้อน ถูกสุขลักษณะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3) และ “การดูแลเรื่องอาหารให้เพียงพอ สมดุล และให้ครบตามหลักโภชนาการ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

3.4 ทักษะในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย: ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความสำคัญของทักษะในการช่วยผู้ป่วยออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยติดเตียง ดังคำพูดต่อไปนี้ “ผู้ดูแลต้องมีทักษะของการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การออกกำลังกาย ด้วย Passive Exercise เบื้องต้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) และ “ผู้ดูแลต้องรู้เรื่องของการไหลเวียน ซึ่งมีความสำคัญมาก ใน การที่จะทำให้เนื้อเยื่อรอบแผลผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอแล้วออกซิเจนนั้นจะถูกส่งไปเลี้ยงแผล แล้วก็ นอกจากนั้นผู้ดูแลควรมีความรู้ในเรื่องของ Passive Exercise ในการที่จะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือด” (ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 3)

3.5 ทักษะในการสังเกตอาการผิดปกติ: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 เน้นย้ำถึงความสำคัญของทักษะในการสังเกตอาการ ผิดปกติและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยติดเตียง

3.6 ทักษะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 กล่าวถึงความสำคัญของทักษะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผู้ป่วยติดเตียง

4. ความสามารถของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย

4.1 ความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 เน้นย้ำถึงความสำคัญของ การสื่อสารกับผู้ป่วยติดเตียงที่อาจมีข้อจำกัดในการสื่อสาร

4.2 ความสามารถในการจัดหาและใช้อุปกรณ์ที่จำเป็น: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 กล่าวถึงความสำคัญของการรู้จัก แหล่งที่มาของอุปกรณ์และวิธีการใช้งานอย่างถูกต้อง

4.3 ความสามารถในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากระบบสนับสนุนทางสังคม: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 เน้นถึง ความสำคัญของการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากระบบสนับสนุนต่าง ๆ ในสังคม

4.4 ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 กล่าวถึงความสำคัญของการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันไลน์ ในการติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์

4.5 ความสามารถในการประสานงานกับระบบบริการสุขภาพในชุมชน: ผู้ให้ข้อมูลเน้นถึงความสำคัญของการ ประสานงานกับระบบบริการสุขภาพในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังคำพูดต่อไปนี้ “ผู้ดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในช่วงแรก และได้รับการสอนแล้วก็ให้ผู้ดูแลลองทำตาม ถ้าผู้ป่วยยังอยู่โรงพยาบาล ก็ยังมีเจ้าหน้าที่ช่วยสอน ญาติก็จะทำได้ แต่ถ้าผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ในช่วงแรกอาจจะเกิดปัญหา ถ้าผู้ดูแลได้ลองไปทำ เอง คิดว่าการช่วยเหลือก็อาจจะต้องมีการลงตามไปดู เช่น ระบบของการเยี่ยมบ้าน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6) และ “เจ้าหน้าที่ ควรมีการติดตามลงเยี่ยม ในกรณีที่ผู้ดูแลไม่สะดวกพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

2. แนวทางการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถสรุปแนวทางการพัฒนาสมรรถนะ ของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงได้ดังนี้

1. การให้ความรู้พื้นฐาน: ผู้ให้ข้อมูลเน้นย้ำถึงความสำคัญของการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติด เตียง โดยเฉพาะเรื่องการป้องกันแผลกดทับและการดูแลทั่วไป ดังคำพูดต่อไปนี้ “ต้องสอนญาติให้เข้าใจก่อนว่า ถ้าดูแล

ได้ดีตั้งแต่แรกก็จะทำให้ไม่มีแผล หรือสอนการป้องกันในกรณีที่มีแล้ว ทำอย่างไรไม่แผลกดทับเพิ่มขึ้นจากเดิม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1), “มองว่าถ้าจะทำให้คนเกิดความรู้เราก็ต้องให้ความรู้เขาก่อนเพราะถ้าให้ความรู้แล้ว เขาจะสามารถนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ยังไง ก็คือเหมือนกับที่ว่าถ้าเขานำเอาความรู้ไปใช้ได้จริง เขาสามารถแก้ปัญหาได้ไหม ทำได้หรือไม่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2), “ต้องให้ความรู้ก่อนคือการสอน การสอนแบบตั้งแต่พื้นฐานสอนทฤษฎีทั้งหมดก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4), “ผู้ดูแลควรได้รับการสอนพื้นฐาน บรรยายให้เขาฟังก่อนระดับหนึ่งให้เขาได้รับรู้พื้นฐานก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5) , และ “คิดว่าก็จะต้องมีการสอนระหว่างที่นอนโรงพยาบาล ถ้าสมมติคนไข้คือมีแผลกดทับแล้วก็เข้ามานอนในโรงพยาบาลก็น่าจะต้องสอนในเรื่องของการเริ่มตั้งแต่ลักษณะของแผล การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผลซ้ำ และรวมถึงการดูแลแผลให้หายดีขึ้นด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

2. วิธีการสอน: ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่าการสอนควรเป็นแบบผสมผสานระหว่างทฤษฎีและการสาธิต โดยอาจสอนระหว่างที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ดังคำพูดต่อไปนี้ “ต้องให้ความรู้ก่อน คือการสอน การสอนแบบตั้งแต่พื้นฐานทฤษฎีทั้งหมด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4) และ “คิดว่าก็จะต้องมีการสอนระหว่างที่นอนโรงพยาบาล ถ้าสมมติคนไข้คือมีแผลกดทับแล้วก็เข้ามานอนในโรงพยาบาลก็น่าจะต้องสอนในเรื่องของการเริ่มตั้งแต่ลักษณะของแผล การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผลซ้ำ และรวมถึงการดูแลแผลให้หายดีขึ้นด้วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

3. การประเมินความเข้าใจ: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 เสนอให้มีการทวนความรู้และทดสอบความเข้าใจของผู้ดูแลหลังการสอน

4. การนำความรู้ไปใช้: ผู้ให้ข้อมูลเน้นถึงความสำคัญของการนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์และแก้ปัญหาได้จริง ดังคำพูดต่อไปนี้ “ก็มองว่าถ้าจะทำให้คนเกิดความรู้เราก็ต้องให้ความรู้เขาก่อนเพราะให้ความรู้แล้วเขานำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ไหม ก็คือเหมือนกับที่ว่าเขาเอาไปใช้ได้จริง เขาแก้ปัญหาได้ไหม ทำได้หรือไม่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) และ “สิ่งสำคัญที่เขาจะต้องกระทำคือ เขาต้องนำความรู้ที่มีไปดูแลผู้ป่วย เพื่อที่จะทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพราะการเกิดแผลกดทับนั้นอยู่ที่การดูแล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

5. การติดตามและสนับสนุน: ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 เสนอให้มีการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินการปฏิบัติ และใช้เทคโนโลยีเช่นวิดีโอคอลในการติดตามและให้คำแนะนำ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถสรุปข้อค้นพบเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะและพฤติกรรมของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงในการป้องกันการเกิดแผลกดทับเกี่ยวกับสมรรถนะที่เป็นจริง และความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดังนี้

1. ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการติดเตียง ความเข้าใจเกี่ยวกับแผลกดทับ สาเหตุ และการป้องกัน เทคนิคการพลิกตะแคงตัวและการจัดท่าที่ถูกต้อง การดูแลความสะอาดของผิวหนังและร่างกาย ความรู้เกี่ยวกับการไหลเวียนของเลือดในผู้ป่วยติดเตียง การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการรองรับร่างกาย การให้

โภชนาการที่เพียงพอ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย และรู้วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยติดเตียง และการสังเกตและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ หากผู้ดูแลได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้เหล่านี้จะสามารถเสริมสร้างสมรรถนะและป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และเล็งเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

2. ทักษะของผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ทักษะของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงมีความสำคัญต่อคุณภาพการดูแล โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้คือ ผู้ดูแลจะต้องมีความเห็นอกเห็นใจและความเมตตาต่อผู้ป่วยติดเตียง ต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งจะนำไปสู่ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ต้องมีความมุ่งมั่นและแรงจูงใจ แม้จะเป็นภาระระยะยาว มีความพร้อมและทัศนคติเชิงบวก และจะต้องได้รับการปรับทัศนคติผ่านการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านทัศนคติเหล่านี้จะทำให้เกิดพฤติกรรมในทางบวกในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจ มีความตั้งใจและใส่ใจที่จะดูแลและเล็งเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้แก่ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

3. ทักษะของผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงประกอบด้วย ทักษะในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ เช่น ทักษะในการพลิกตะแคงตัวและการสังเกตอาการเพื่อป้องกันแผลกดทับ ทักษะในการจัดท่านอนและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยติดเตียง ทักษะในการดูแลด้านโภชนาการและสุขอนามัย ดูแลเรื่องอาหารให้เพียงพอ สมดุล และให้ครบตามหลักโภชนาการ ทักษะในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ดูแลต้องมีทักษะของการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การออกกำลังกายด้วย Passive Exercise เบื้องต้น และผู้ดูแลต้องรู้เรื่องของการไหลเวียน ซึ่งมีความสำคัญมาก ในการที่จะทำให้น้ำเหลืองไหลเวียนรอบแผลผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอแล้วออกซิเจนนั้นจะถูกส่งไปเลี้ยงแผล ทักษะในการสังเกตอาการผิดปกติ และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยติดเตียง และทักษะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผู้ป่วยติดเตียง หากผู้ดูแลได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านทักษะเหล่านี้ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น และการได้ฝึกทักษะโดยการลงมือปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ รวมไปถึงการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นการเน้นย้ำ ส่งเสริม และ กระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลมีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. ความสามารถของผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความสามารถที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียง ประกอบด้วย ความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ความสามารถในการจัดหาและใช้อุปกรณ์ที่จำเป็น รู้จักแหล่งที่มาของอุปกรณ์และวิธีการใช้งานอย่างถูกต้องความสามารถในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากระบบสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร เช่น แอปพลิเคชันไลน์ ในการติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ และความสามารถในการประสานงานกับระบบบริการสุขภาพในชุมชน หากผู้ดูแลได้รับการพัฒนาความสามารถเหล่านี้จะส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การกระทำหรือปฏิบัติของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่น การดูแลความสะอาดผิวหนัง และการประคบผิวหนัง และการจัดท่านอน และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ดูแลภาวะ

โภชนาการอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และสามารถออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้แก่ผู้ป่วยติดเตียงได้

สำหรับแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแล จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถสรุปแนวทางการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียง ดังนี้ คือ

1. การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยเฉพาะเรื่องการป้องกันแผลกดทับและการดูแลทั่วไป
2. วิธีการสอนควรเป็นแบบผสมผสานระหว่างทฤษฎีและการสาธิต โดยอาจสอนระหว่างที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล
3. การประเมินความเข้าใจ ควรมีการทวนความรู้และทดสอบความเข้าใจของผู้ดูแลหลังการสอน
4. การนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์และแก้ปัญหาได้จริง
5. การติดตามและสนับสนุน เพื่อประเมินการปฏิบัติ โดยใช้เทคโนโลยี เช่น วิดีโอคอลในการติดตามและให้

คำแนะนำ

ผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนและความท้าทายในการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียง โดยพบว่าสมรรถนะที่จำเป็นประกอบด้วยหลายมิติ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Smith และคณะ (2018) ที่เสนอว่าการดูแลผู้ป่วยติดเตียงต้องอาศัยความรู้และทักษะที่หลากหลาย การพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียงที่พบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jones และ Brown (2019) ที่พบว่าผู้ดูแลที่เป็นญาติมักขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยติดเตียง การที่ผลการวิจัยเน้นย้ำความสำคัญของทัศนคติเชิงบวกและการเห็นคุณค่าในบทบาทของผู้ดูแล สอดคล้องกับแนวคิดของ Johnson และคณะ (2020) ที่เสนอว่าทัศนคติของผู้ดูแลมีผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลและความเป็นอยู่ที่ดีของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้ ความสามารถในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากระบบสนับสนุนทางสังคมที่พบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee และ Kim (2021) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเครียดและภาระของผู้ดูแล แนวทางการพัฒนาสมรรถนะที่เน้นการผสมผสานวิธีการสอนและการใช้สื่อที่หลากหลาย สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult learning principles) ที่เสนอโดย Knowles และคณะ (2014) ซึ่งเน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และการนำไปใช้ได้จริง อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการติดตามและให้คำแนะนำ เช่น การใช้วิดีโอคอล เป็นแนวคิดใหม่ที่สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของการดูแลสุขภาพในยุคดิจิทัล (Digital health care) ที่กำลังเติบโตอย่างรวดเร็ว (Wang & Liu, 2022) ข้อค้นพบเกี่ยวกับความสำคัญของการพัฒนาความสามารถในการประสานงานกับระบบบริการสุขภาพในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) ที่เสนอโดย Anderson และ Knickman (2001) ซึ่งเน้นการเชื่อมโยงระหว่างการดูแลที่บ้านและระบบบริการสุขภาพในชุมชน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดในด้านขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก และเก็บข้อมูลเฉพาะจากมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษาในอนาคตควรรวมมุมมองของผู้ดูแลที่เป็นญาติและผู้ป่วยเองเพื่อให้ได้ภาพที่สมบูรณ์มากขึ้น

สรุป

ผลการวิจัยนี้จะช่วยเป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียง ควรพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมสำหรับผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียง โดยบูรณาการองค์ประกอบด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถที่จำเป็นตามผลการวิจัย ควรมีการพัฒนาสื่อการสอนที่หลากหลายและเข้าถึงง่าย เช่น แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน หรือวิดีโอออนไลน์ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้และทบทวนได้ด้วยตนเอง จัดตั้งระบบสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแล เช่น กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ออนไลน์ หรือสายด่วนให้คำปรึกษา รวมถึงบูรณาการการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเข้ากับระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อและให้คำปรึกษาระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยนี้ เพื่อพัฒนาสมรรถนะจำเป็นและสมรรถนะของผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยติดเตียง รวมถึงแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2566). *รายงานผลการดำเนินงานประจำปี พ.ศ. 2566*.

https://webportal.bangkok.go.th/user_files/242/823069278644630d59f81d7.36907573.pdf

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. (2560). *หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง*.

https://drive.google.com/file/d/1qgxx4d68wZlZMezAgHIAYJHQRZx_y12/view

ปรัชญพร คำเมืองลือ. (2549). *การฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ (Pressure ulcer management)*.

https://w1.med.cmu.ac.th/rehab/images/Study_guide/12_1%20Pressure%20ulcer_PK.pdf

สุธาสิณี เจียประเสริฐ, นวพร ดำแสงสวัสดิ์, จิตาภรณ์ ยกอิน, และบุญประจักษ์ จันทร์วิน. (2563). การป้องกันแผลกดทับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน: ประสบการณ์การพัฒนาญาติผู้ดูแลในยุค 4.0. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(1), 108-115.

อรทัย วงศ์อินอยู่, รัชฎาพร ประสานเนตร, และอภิญา วงศ์ขารี. (2562). การศึกษาความเครียดและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 2(1), 40-49.

Anderson, G., & Knickman, J. R. (2001). Changing the chronic care system to meet people's needs. *Health Affairs*, 20(6), 146-160.

Busayarasamee, B. (2018). Needs of Family Caregivers of Stroke Patients for Family Care Team Support in Nakhonpathom Municipality. *Region 4-5 Medical Journal*, 37(2), 192-200.

- Butimal, P., Isaramalai, S., & Thaniwattananon, P. (2018). Development of Nursing Practice Guideline for Preventing Complications in Bed-Bound Elders at Home. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(3), 79-91.
- Creswell, J. W., Clark, V. L. P., Gutmann, M. L., & Hanson, W. E. (2003). *Advanced mixed*. Handbook of mixed methods in social & behavioral research, 209, 209-240.
- Chanpradit, A. (2003). *Need of Care and Customer Satisfaction from Eldercare Workers in Metropolitan*. Bangkok: Mahidol University.
- Johnson, A., Smith, B., & Davis, C. (2020). The impact of caregiver attitudes on quality of care for bedridden patients. *Journal of Caregiving Studies*, 15(3), 245-260.
- Jones, M., & Brown, L. (2019). Prevention and management of pressure ulcers in home care settings. *Home Health Care Management & Practice*, 31(2), 112-125.
- Knowles, M. S., Holton III, E. F., & Swanson, R. A. (2014). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development*. Routledge.
- Lee, S., & Kim, J. (2021). The role of social support in reducing caregiver burden: A systematic review. *Journal of Gerontological Social Work*, 64(6), 636-655.
- Lynn, M.R. (1986). *Determination and quantification of content validity*. *Nursing Research*, 35, 382-86.
- Maleewong, K. (2021). Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline for Pressure Injury Prevention Among Medical Patients. Vajira Hospital. *Vajira Nursing Journal*, 23(1), 15-30.
- Oupra, R., Ruengkhome, C., Wongpalee, J., & Kantawong, E. (2011). Stroke caregivers' caregiving experiences. *Rajabhat Journal of Sciences, Humanities & Social Sciences*, 12(2), 50-59.
- Smith, R., Johnson, T., & Williams, K. (2018). Knowledge and skills of family caregivers: A systematic review. *Journal of Family Nursing*, 24(1), 46-74.
- Sutheewasinnon, P., & Pasunon, P. (2016). Sampling strategies for qualitative research. *Parichart Journal, Thaksin University*, 29(2), 31-48.
- Timtong, P., Keeratiyutawong, P., & Sulasurn, R. (2008). Factors related to dependent care ability of caregivers in stroke patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 16(1), 9-21.
- Wang, Y., & Liu, Z. (2022). *The integration of digital technologies in home health care: Opportunities and challenges*. *Digital Health*, 8.

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

อรวัลย์ เมฆเคลื่อน, พย.ม.*

ปวีดา โพธิ์ทอง, พย.ม.** และ เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, พย.ม.**

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัด 2 กลุ่ม ก่อน หลัง และติดตามผล 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต จำนวน 60 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โปรแกรมได้รับการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (IOC = 0.90) หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .85 และวัดผลด้วยแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีบรอนเฟอร์โรนี

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตมีความเข้มแข็งทางใจ สามารถเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งในชีวิต, ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต

* โรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: prawida@snc.ac.th.

(Received: May 20, 2025; Revised: November 13, 2025; Accepted: March 1, 2026)

The Effect Of The Resilience Enhancement Program for Caregivers of Psychiatric Patient at A Community Hospital Suphanburi Province

Orawan Mekkluen, M.N.S.*

Prawida Phothong, M.N.S.** & Saowalak Sripho, M.N.S.**

Abstract

The purpose of this study was to examine the effects of a resilience enhancement program for caregivers of psychiatric patients at a community hospital in Suphanburi Province. This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design to measure resilience levels before, immediately after, and one month after the intervention. The sample consisted of 60 caregivers of psychiatric patients, who were randomly assigned to either the experimental group or the control group (n = 30 per group). Participants in the experimental group took part in a four-week Resilience Enhancement Program, while those in the control group received routine care. The program's content and construct validity were verified by three experts, yielding an Index of Item–Objective Congruence (IOC) of 0.90, and its reliability, assessed using Cronbach's alpha coefficient, was .85. The outcome was measured using the Resilience Quotient Scale developed by the Department of Mental Health. Data were analyzed using descriptive statistics, repeated-measures analysis of variance (ANOVA), and pairwise comparisons with Bonferroni correction.

The results showed that the mean score of Resilience Quotient at the post-test and 1-month follow-up were significantly different between the experimental and control groups ($p < .001$). Within the experimental group, mean Resilience Quotient scores before, immediately after, and one month after the intervention also differed significantly ($p < .001$). These findings suggest that the Resilience Enhancement Program can effectively strengthen caregivers' mental resilience, enabling them to cope with challenges more creatively and effectively, thereby improving their overall quality of life.

Keywords: resilience quotient, caregivers of psychiatric patient

*Si Prachan Hospital Hospital, Suphan Buri Province.

**Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute
Ministry of Public Health

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสุขภาพประเทศไทย โดยประมาณการว่า ประชากร 1 ใน 5 มีปัญหาสุขภาพจิต จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดมีแนวโน้มมากขึ้น ปัญหาสุขภาพจิตที่พบ โดยสถิติการรับบริการ ในปี 2567 มีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต 10 ล้านคน, ผู้ป่วยจิตเวช 2.7 ล้านคน ร้อยละ 19.14 เป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด อีกทั้งยังพบว่าร้อยละ 47.65 เป็นผู้ก่อความรุนแรงมีประวัติจิตเวชหรือยาเสพติด (กรมสุขภาพจิต, 2567) พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยและถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช โดยมีตั้งแต่การใช้คำพูดแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากโดยการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น จนถึงขั้นได้รับบาดเจ็บหรือสูญเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังทำลายทรัพย์สินสิ่งของเสียหาย ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ มักจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต (caregiver) จึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่ที่บ้าน มีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สร้างเสริมและฟื้นฟูผู้ป่วย สนับสนุนในการเข้าสังคม รวมถึงการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและอาการกำเริบเพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมรอบข้าง ผู้ดูแลจึงต้องรับภาระการดูแลจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่ สามารถดำรงชีวิตหรือประกอบอาชีพได้ตามความสามารถ (อมรรัตน์ ไก่แก้ว, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ขัมพร เกษโกมล, 2567) ซึ่งการดูแลเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เครียด สิ้นหวัง ท้อแท้ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต มีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 61.3 ภาวะเครียด ร้อยละ 36.7 ซึ่งความเครียดจากการที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคตลอดเวลาเป็นระยะเวลานานเนื่องจากชั่วโมงที่มากในการดูแลต่อวัน รวมถึงอาจไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม (กำทร ดานา, 2564 ; ชาลินี สุวรรณยศ และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2563 ; วงศ์พร เจริญวัฒนาวิทย์, 2566) นอกจากนี้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.6 มีความรู้สึกเป็นภาระ ร้อยละ 38.8 และความรู้สึกเป็นภาระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .511, p = .000$) (ฐิตยาภรณ์ พิมวรรณ และ นิสิตา นาทประยูทธ์, 2564 ; ปัญญา ยินยงตระกูล พัทรินทร์ นินทจันทร์ โสภณ แสงอ่อน นันทิยา เอกอธิตคมกิจ และฐิติมา สงวนวิชัยกุล, 2566) จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตมักส่งผลกระทบต่อคนข้างมาก ซึ่งการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมหรือป้องกัน จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรมสุขภาพจิต (2552) ได้กล่าวว่าความแข็งแกร่งในชีวิตหรือความเข้มแข็งทางใจ (Resilience quotient) คือพลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นความสามารถทางอารมณ์ และจิตใจ ในการปรับตัวในสถานการณ์ที่ยากลำบากของชีวิตเพื่อฟื้นตัวกลับเข้าสู่ภาวะปกติ หลังจากพบสถานการณ์วิกฤตหรือเหตุการณ์ที่ลำบากในชีวิตเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่สำคัญในการช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข หรือผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (I am Strong) หมายถึง การทนต่อแรงกดดัน มีวิธีการที่จะดูแลจิตใจให้ทนอยู่ได้ สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์ของตนเองได้ 2) ด้านกำลังใจ (I have Support) หมายถึง การมีแรงใจจากตนเองและคนรอบข้างที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา (I can do

Better) หมายถึง การเอาชนะอุปสรรค ความมั่นใจและพร้อมที่จะเอาชนะปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤต โดยกรมสุขภาพจิต (2552) ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Grotberg (1995) (กรมสุขภาพจิต , 2552) แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ฉันมี (I have) หมายถึง บุคคลหรือแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือขณะที่บุคคลเผชิญสถานการณ์ที่ยุ่งยากใจ 2) ฉันเป็น (I am) หมายถึง ความเคารพนับถือตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต 3) ฉันสามารถ (I can) หมายถึง การจัดการกับปัญหาที่ดี มีสัมพันธภาพที่ดี และขอความช่วยเหลือได้เมื่อต้องการ บุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจจะมีความสามารถในการปรับตัว เมื่อต้องประสบกับสถานการณ์วิกฤต เป็นพลังที่ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหา ผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้ายๆไปได้ รวมถึงสามารถฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วไม่จมอยู่กับความทุกข์ นั่นคือการเรียนรู้เมื่อเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข จากแนวคิดของ Ryff & Keyes (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเข้มแข็งในชีวิต และทัศนคติของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาคิณี เดชชัยยศ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ (2563) พบว่า ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในชีวิตจะรู้สึกรับรู้ว่าตนเองจัดการปัญหาอุปสรรคได้ ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันในชีวิตต่ำ (วัชรพร เกียงภา พัทรินทร์ นินทจันทร์ โสภิน แสงอ่อน และวิไล นาป่า, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มพลังสุขภาพจิตและช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (ไพจิตร พุทธรอด และมยุรี ลักนาศิริโรรัตน์, 2565) และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็ง ในชีวิต 1 เดือนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในชีวิต (วรเศรษฐ์ วัชรโรจนสกุล ชาลินี สุวรรณยศ และภัทราภรณ์ ภัทรสกุล, 2567) กล่าวได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตที่มีความเข้มแข็งในชีวิตหรือความเข้มแข็งทางใจจะสามารถเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chen et al., 2016)

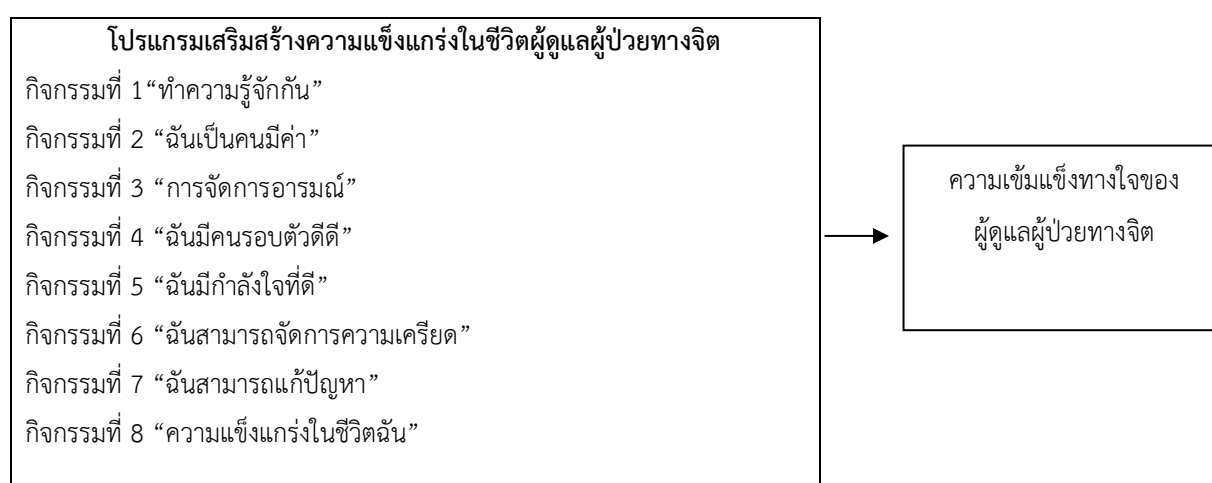
ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต เพื่อพัฒนาส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตมีความเข้มแข็งทางใจสามารถปรับตัว และมีการจัดการกับปัญหาได้ดี ส่งผลให้มีความเครียดลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิต อันจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ (Resilience quotient) ของกรมสุขภาพจิต (2552) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (I am Strong) 2) ด้านกำลังใจ (I have Support) และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา (I can do Better) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สามารถอธิบายได้ว่า ความเข้มแข็งในชีวิต เป็นการเสริมสร้างความสามารถในการปรับตัวภายหลังที่พบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้



O₁ หมายถึง การประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

O₂ หมายถึง การประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ) หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที

O₃ หมายถึง การประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ระยะติดตามผล

X หมายถึง โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยทางจิตที่มารับบริการที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรีมี จำนวน 8 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยทางจิตที่มารับบริการที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี ในพื้นที่ให้บริการ 8 อำเภอ ได้แก่ อุทัย หนองหญ้าไซ ด่านช้าง เดิมบางนางบวช บางปลาม้า ศรีประจันต์ สามชุก และ ดอนเจดีย์ สุ่มรายชื่อพื้นที่ให้บริการตามหน่วย ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) เนื่องจากลักษณะหน่วยบริการ ในแต่ละแห่งนั้นมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยทุกแห่งเป็นสถานบริการที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ทำการสุ่มรายชื่อพื้นที่ให้บริการตามหน่วย ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลศรีประจันต์เป็นกลุ่มทดลองและ โรงพยาบาลสามชุกเป็นกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยทางจิตที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเวช และให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ อายุ 25 - 60 ปี
2. มีคะแนนรวมของแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจน้อยกว่า 55 คะแนน
3. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ได้รับโปรแกรมอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแรงในชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยทางจิต
2. มีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวช
3. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen (1992) โดยกำหนดค่าอิทธิพลที่ .05 และอำนาจทดสอบ (power analysis) ที่ .80 จากงานวิจัยของไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ และเสาวลักษณ์ คงสนิท(2562) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 60 คน จากนั้นจัดทำรหัสผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตที่ได้คะแนนความเข้มแข็งทางใจน้อยกว่า 55 ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยกำหนดเลขคี่เป็นกลุ่มทดลอง เลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวช ระยะเวลาในการดูแล และโรคของผู้ป่วยจิตเวช

1.2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient: RQ) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา เป็นแบบประเมินสำเร็จผู้ใหญ่ อายุ 25-60 ปี โดยมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เลือกตอบแบบประมาณค่า 4 ระดับ การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19 และ 20 ตอบแต่ละข้อได้คะแนน ดังนี้ ไม่จริงให้ 1 คะแนน จริงบางครั้ง 2 คะแนน ค่อนข้างจริง 3 คะแนน จริงมาก 4 คะแนน กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 1, 5, 14, 15 และ 16 ตอบแต่ละข้อได้คะแนน ดังนี้ ไม่จริง 4 คะแนน จริงบางครั้ง 3 คะแนน ค่อนข้างจริง 2 คะแนน จริงมาก 1 คะแนน คะแนนรวม 80 คะแนน โดยผลรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน น้อยกว่า 55 ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คะแนน 55-69 เกณฑ์ปกติ คะแนนมากกว่า 69 สูงกว่าเกณฑ์ปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิต ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีความเข้มแข็งในชีวิตของ Grotberg (1995) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

| กิจกรรมครั้งที่ | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | การพัฒนา |
|-----------------------------------|--|--|--|
| กิจกรรมที่ 1 “ทำความรู้จักกัน” | 1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิก 2. เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเข้มแข็งในชีวิต | 1. ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวและให้สมาชิกแนะนำตัว 2. ให้สมาชิกทำ ใบงานที่ 1 เขียนข้อความที่แสดงถึงความเข้มแข็งในชีวิตในช่วงเวลาที่ผ่านมา และเรียนรู้ที่จะดึงความเข้มแข็งของตนเองมาใช้ในยามมีปัญหา 3. ผู้นำกลุ่มสรุปความรู้เรื่องความเข้มแข็งในชีวิต | สร้างสัมพันธ์ภาพ รู้จักตนเองและรู้จักผู้อื่น ความรู้ความเข้าใจความเข้มแข็งในชีวิต |
| กิจกรรมที่ 2 “ฉันเป็นคนมีค่า” | 1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักตัวเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตนเอง 2. เพื่อให้สมาชิกเห็นคุณค่าในตนเอง | 1. สมาชิกทำใบงานที่ 2 “ฉันเป็นคนมีค่า” โดยให้สมาชิกสำรวจตนเอง เขียนความสามารถของตน เพื่อเห็นคุณค่าตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้บุคคลมีความเคารพนับถือในตนเอง มีความคงทนทางอารมณ์ สลับกันแลกเปลี่ยนชื่นชมในเพื่อนสมาชิก 2. ผู้นำกลุ่มสรุปความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง | ด้านความทนทานทางอารมณ์ |

| กิจกรรมครั้งที่ | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | การพัฒนา |
|---|--|--|----------------------------|
| กิจกรรมที่ 3 “การจัดการ อารมณ์” | 1.เพื่อให้สมาชิกมอง ตนเองและคนอื่นใน ส่วนที่ดี 2.เพื่อให้สมาชิกเกิด ความภาคภูมิใจใน ตนเอง | 1.สมาชิกทำใบงานที่ 3 “การจัดการอารมณ์” โดยผ่าน กิจกรรมการรู้เท่าทันอารมณ์ของตน และจัดการกับ อารมณ์ทางลบ เพื่อสำรวจสังเกต และเข้าใจอารมณ์ ของตน และมีแนวทางการจัดการกับอารมณ์ในการ พัฒนาตนเองในการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ สลับกันแลกเปลี่ยน ชื่นชมในเพื่อนสมาชิก 2. ผู้นำกลุ่มสรุปความสำคัญของการจัดการอารมณ์ที่ เหมาะสม | ด้านความทนทาน ทางอารมณ์ |
| กิจกรรมที่ 4 “ฉันมีครอบครัว ที่ดี” | 1.เพื่อให้สมาชิกรู้ถึง แหล่งสนับสนุนของ ครอบครัวและสังคม | 1.ให้สมาชิกเขียนคนที่คิดถึงและอยากขอบคุณ ในการ ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และการสื่อสารในการขอ ความช่วยเหลือ ในใบงานที่ 4 “ฉันมีครอบครัวที่ดี” 2.สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยน จากใบงานของเพื่อน สมาชิก 3. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงความสำคัญของแหล่งสนับสนุน ของครอบครัวและสังคม | ด้านกำลังใจ |
| กิจกรรมที่ 5 “ฉันมีกำลังใจ ดี” | 1. เพื่อให้สมาชิกมี สัมพันธภาพที่ดี 2.เพื่อให้สมาชิก ช่วยเหลือสนับสนุนซึ่ง กันและกัน | 1.ให้สมาชิกเขียนการมีสัมพันธภาพอันดี ช่วยเหลือ สนับสนุนให้มีพลังใจที่จะเผชิญสถานการณ์ต่างๆได้ ผ่านใบงานที่ 5 “ฉันมีกำลังใจที่ดี” 2.สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยน ชื่นชมจากใบงานของ เพื่อนสมาชิก 3. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงความสำคัญของการ สร้างกำลังใจจากตัวเองและคนรอบข้าง | ด้านกำลังใจ |
| กิจกรรมที่ 6 “ฉันสามารถ จัดการ ความเครียด” | 1. เพื่อให้สมาชิก ตระหนักถึง ความเครียดและการ จัดการกับความเครียด ได้อย่างเหมาะสม | 1.ให้สมาชิกเขียนประสบการณ์ความเครียด และการ จัดการกับความเครียด ในใบงานที่ 6 “ฉันสามารถ จัดการความเครียด” 2.สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยน และร่วมกันหาแนว ทางการจัดการความเครียดที่เหมาะสมจากใบงานของ เพื่อนสมาชิก 3. ผู้นำสรุปความเครียดและจัดการกับความเครียดที่ เหมาะสม | ด้านการจัดการกับ ปัญหา |
| กิจกรรมที่ 7 | 1.เพื่อให้สมาชิก คิดวิเคราะห์ พิจารณา ปัญหาอย่างรอบด้าน | 1. ให้สมาชิกเขียนปัญหา สาเหตุและแนวทางในการ แก้ไขปัญหาจากกรณีศึกษา ในใบงานที่ 7 “ฉัน สามารถแก้ปัญหา” | ด้านการจัดการกับ ปัญหา |

| กิจกรรมครั้งที่ | วัตถุประสงค์ | กิจกรรม | การพัฒนา |
|---|---|--|---|
| “ฉันสามารถแก้ปัญหา” | ก่อนตัดสินใจเลือกทางแก้ไขที่เหมาะสม | 2. สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการวิเคราะห์กรณีศึกษา และการตัดสินใจในการเลือกทางแก้ไขปัญหา 3. ผู้นำกลุ่มสรุปการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม | |
| กิจกรรมที่ 8 “ความแข็งแกร่งในชีวิตฉัน” | 1. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความแข็งแกร่งในชีวิต | 1.สมาชิกทบทวนกิจกรรมทั้งหมด 2. ให้สมาชิกวาดภาพถึงความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นภาพต้นไม้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสมาชิก 3.ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงสรุปและให้สมาชิกในกลุ่มสะท้อนความคิด | มีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยู่ยากใจได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยพยาบาลจิตเวชจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องขององค์ประกอบโปรแกรม (IOC) อยู่ระหว่าง 0.68–1.00 ค่า IOC รวมเท่ากับ 0.90 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item-Total Correlation) อยู่ระหว่าง 0.43–0.78 แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาและความสามารถในการจำแนกของเครื่องมืออยู่ในระดับเหมาะสม และนำไปทดลองใช้ (Try out) ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน พบว่าเนื้อหาของโปรแกรมมีความเหมาะสม กระชับเข้าใจง่าย เวลาที่มีความเหมาะสม และนำแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 10/2568 วันที่ 13 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยเมื่อต้องการ รวมถึงการรักษาความลับ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีประจันต์ และโรงพยาบาลสามชุก ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. สัปดาห์ที่ 1 พบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ระยะเวลาการทดลอง และในสัปดาห์ที่ 1-4 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตตามโปรแกรม 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ครั้งละ 60 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามระบบให้บริการของโรงพยาบาล

3. สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

4. สัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ระยะติดตามผล 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายแบบโค้งปกติ (Normal distribution) ทดสอบโดยใช้สถิติทั้งในภาพรวมและแยกตัวแปร แต่ละตัว ทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ค่า p-value มีค่าเท่ากับ .08, .30 และ .08 แสดงว่าข้อมูลทุกชุดมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนความเข้มแข็งทางใจ (RQ) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measures ANOVA) และภายในกลุ่มใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ) มีความแตกต่างในแต่ละระยะ ผู้วิจัยทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.30 เพศชายร้อยละ 26.70 ส่วนใหญ่อายุ 51- 60 ปี ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.30 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 66.70 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60.00 พ่อหรือแม่เป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 56.70 ระยะเวลาในการดูแล 5-10 ปี ร้อยละ 46.70 ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากสารเสพติด ร้อยละ 43.30

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.30 เพศชายร้อยละ 26.70 ส่วนใหญ่อายุ 51- 60 ปี ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.30 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.30 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60.00 พ่อหรือแม่เป็นผู้ดูแล ร้อยละ 43.30 ระยะเวลาในการดูแล 5-10 ปี ร้อยละ 40.00 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากสารเสพติด ร้อยละ 33.30 และเมื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวช ระยะเวลาในการดูแล และโรคของผู้ป่วยจิตเวช ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต

| ระยะการทดลอง | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | |
|----------------------------|------------|-----------|-------------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> |
| ก่อนการทดลอง | 42.63 | 7.35 | 45.76 | 6.15 |
| หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที | 65.23 | 3.76 | 56.23 | 7.50 |
| ติดตามผล 1 เดือน | 75.16 | 2.60 | 63.70 | 6.07 |

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ก่อนทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต เท่ากับ 42.63 (*SD* = 7.35) หลังการทดลองเท่ากับ 65.23 (*SD* = 3.76) และติดตามผล 1 เดือนเท่ากับ 75.16 (*SD* = 2.60) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ก่อนทดลองเท่ากับ 45.76 (*SD* = 6.15) หลังทดลอง เท่ากับ 56.23 (*SD* = 7.50) และติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 63.70 (*SD* = 6.07)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

| แหล่งความแปรปรวน | <i>df</i> | <i>SS</i> | <i>MS</i> | <i>F</i> | <i>p-value</i> |
|-------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|----------------|
| ระหว่างกลุ่ม | | | | | |
| วิธีการทดลอง | 1 | 608074.68 | 608074.68 | 6564.38 | .000*** |
| ความคลาดเคลื่อน | 59 | 5465.31 | 92.63 | | |
| ภายในกลุ่ม | | | | | |
| เวลา | 1 | 19101.63 | 19101.63 | 392.49 | .000*** |
| วิธีการทดลองกับระยะเวลา | 1 | 613.61 | 613.61 | 37.19 | .000*** |
| ความคลาดเคลื่อน | 59 | 2871.36 | 48.66 | | |

จากตารางที่ 2 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ (RQ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{1,59} = 6564.38, p < .001$) และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ภายในกลุ่มทดลองในช่วงก่อนการทดลอง, หลังการทดลองทันทีและหลังการติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ($F_{1,59} = 392.49, p < .001$)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

| Time | M | ระยะเวลา | | |
|----------------------|-------|--------------|--------------|--------------|
| | | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง | ระยะติดตามผล |
| ก่อนการทดลอง | 42.63 | | 16.53* | 25.23* |
| หลังการทดลอง | 65.23 | | | 8.70* |
| ระยะติดตามผล 1 เดือน | 75.16 | | | |

** $p < .001$

จากตารางที่ 3 เมื่อทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธี Bonferroni ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 อธิบายได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต เห็นคุณค่าในตนเองเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความคิด และพฤติกรรม ส่งผลต่อความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ทำให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีภาวะกดดันด้านจิตใจ ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (อมรรรัตน์ ไก่แก้ว, ดวงกลม ปิ่นเฉลียว และทิพย์ฉิมพร เกษโกมล, 2567) อธิบายผลของแต่ละกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “ทำความรู้จักกัน” และ กิจกรรมที่ 8 “ความแข็งแกร่งในชีวิตฉัน” กิจกรรมมุ่งเน้นให้รู้จักตนเอง และรู้จักผู้อื่นทำความเข้าใจความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ภายใต้มุมมองของด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ ด้านการจัดการกับปัญหา ส่งผลให้มีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ กริณี สังข์ประคอง (2562) พบว่า โปรแกรมพลังสุขภาพจิตช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีความสามารถในการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย สามารถผ่านพ้นและเรียนรู้จากเหตุการณ์นั้นด้วยพลังใจที่เข้มแข็งในการเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤตที่ร้ายแรง มาเป็นแนวทางในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 2 “ฉันเป็นคนมีค่า” และ กิจกรรมที่ 3 “การจัดการอารมณ์” เป้าหมายเพื่อให้เห็นคุณค่าตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้บุคคลมีความเคารพนับถือในตนเอง มีแนวทางจัดการกับอารมณ์ของตน ส่งผลให้มีความคงทนทางอารมณ์ ในการพัฒนาตนเองในการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (ด้านความทนทานทางอารมณ์ I am Strong) สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ไพจิตร พุทธรอด และมยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ (2565) พบว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาให้ผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีมุมมองที่ตีมองเห็นคุณค่าของคนอื่น และรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง

กิจกรรมที่ 4 “ฉันมีครอบครัวที่ดี” และกิจกรรมที่ 5 “ฉันมีกำลังใจที่ดี” เป้าหมายเพื่อให้รับรู้ถึงการมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่างๆในชีวิตภายใต้สถานการณ์ต่างๆที่กดดัน ซึ่งกำลังใจนี้หาได้จากแหล่งสนับสนุนของครอบครัวและสังคมที่คอยส่งเสริมและให้ความช่วยเหลือ (ด้านกำลังใจ I have Support) สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ไก่แก้ว ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ฉิมพร เกษโกมล, (2567) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณค่าที่ได้รับกำลังใจและคำปรึกษาจากครอบครัว ครอบครัวและสามารถขอรับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อต้องการได้

กิจกรรมที่ 6 “ฉันสามารถจัดการความเครียด” กิจกรรมที่ 7 “ฉันสามารถแก้ปัญหา” เป้าหมายเพื่อให้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผลโดยเริ่มจากตัวเราเอง และเมื่อผ่านพ้นปัญหาหนึ่งได้ก็จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจหากต้องเผชิญปัญหาอื่นๆ ต่อไปในอนาคต (ด้านการจัดการกับปัญหา I can do Better) สอดคล้องกับการศึกษาของ กริณี สังข์ประคอง (2562) พบว่า การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตด้านการจัดการกับปัญหา ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตน สามารถจัดการกับปัญหา และมีแรงจูงใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิต ได้นำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิต สามารถค้นหาความสามารถของตนเอง และตั้งศักยภาพมาใช้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิต สามารถเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนทำให้ความเข้มแข็งทางใจยังคงอยู่ ในส่วนของกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามผล 1 เดือน อธิบายได้ว่า กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของทางโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการให้การพยาบาลตามบรรทัดฐานขององค์วิชาชีพ คือให้การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามกรอบมาตรฐานวิชาชีพครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งทางใจและดูแลผู้ป่วยทางจิตตามความสามารถของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตาม 3 เดือน (กริณี สังข์ประคอง, 2562)

ข้อเสนอแนะ

- 1.ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยกำหนดนโยบายในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป
- 2.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาโปรแกรมไปใช้ในการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละโรคต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง.

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ: Resilience Quotient*. นนทบุรี: บริษัทดีน่าดูจำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *คู่มือการจัดกิจกรรมการสร้างพลังชีวิต ฮีต ลู ในชุมชน*. นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิงจำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2567). *สถิติการให้บริการโรคจิตเวชที่สำคัญ*. <https://catalog.dmh.go.th/dataset/service-important>.
- กริณี สังข์ประคอง. (2562) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(2), 1-20.
- กำทร ดานา. (2564). การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(3), 404 -414.
- ชาลินี สุวรรณยศ และ ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2563). การลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. *วารสารจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 1-17.
- ฐิติยาภรณ์ พิมวรรณ และ นิสิตา นาทประยุทธ. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกรับเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(2), 203-16.
- ปัญญา ยืนยงตระกูล, พชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิต แสงอ่อน, นันทิยา เอกอริคมกิจ, ฐิติมา สงวนวิชัยกุล. (2566). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 37(2), 1-21.
- ภาคินิ เดชชัยยศ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และ ภรภัทร เสงอุตมทรัพย์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(3), 170-181.

- ไพจิตร พุทธรอด และมยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ (2565).ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลัง
สุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*,
36(3), 1-13.
- ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ และ เสาวลักษณ์ คงสนิท. (2562). ประสิทธิภาพ
ของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชีวิตต่อความเข้มแข็งในชีวิตการเห็นคุณค่าในตนเอง ความฉลาด
ทางอารมณ์และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียนของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด
ตรัง. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 20(2), 16-30.
- วเรศรัษฎ์ วัชรโรจนสกุล ชาลินี สุวรรณยศ และภัทรภรณ์ ภัทรสกุล (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความ
เข้มแข็งในชีวิตต่อความเครียด ของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารวิจัยการพยาบาลและ
วิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 16(2), 1- 19.
- วงศ์พร เกียรติวัฒนาวิทย์. (2566). ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท
โรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(1), 39 – 51.
- วัชรินทร์ เกียงภา พัทธินทร์ นินทจันทร์โสภณ แสงอ่อน และวีไล นาป่า. (2563). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์
กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 34(3),
77-101.
- อมรรัตน์ ไก่แก้ว ดวงกลม ปิ่นเฉลียว และทิพย์ฉมพร เกษโกมล. (2567). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลัง
สุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 32(3),202-12.
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological
Bulletin*, 112, 155-159.
- Grotberg E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human
spirit*. The Hague:Bernard Van Leer Foundation.
- Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of
Personality and Social Psychology*.1995;69(4):719-27
- Chen, X., Mao, Y., Kong, L., Li, G., Xin, M., Lou, F., et al. (2016). Resilience moderates the
association between stigma and psycho-logical distress among family caregivers of patients with
schizophrenia. *Personality and Individual Differences*, 96, 78-82.

แรงจูงใจ ทักษะ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ ของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก

ศุภามณ จันทร์สกุล, ค.ด.*, ชรินทร์ จักรภพโยธิน, รบ.ด.*
ศุภรัตน์ ปรีชล, พย.ม.* และ บุญส่ง สุประดิษฐ์,ปร.ด.**

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพของสตรีมุสลิมพบภาวะอ้วนและโรคเรื้อรัง การปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์มีความเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ ทักษะ ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม และการศึกษาพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ในสตรีมุสลิมยังมีอยู่น้อย การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ แรงจูงใจ ทักษะ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมของสตรีมุสลิม 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ ทักษะ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม กับพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิม และ 3) ศึกษาแรงจูงใจ ทักษะ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิม ประชากรเป็นสตรีมุสลิมวัยเจริญพันธุ์ มีภูมิลำเนาในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก วิจัยดำเนินการวิจัยโดยประสานงานเก็บข้อมูลในชุมชนมุสลิม คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power และเพื่อการสุ่มหาเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 400 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ ทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ ตรวจสอบความตรงของทุกแบบสอบถามพบ IOC > 0.67 ทุกข้อ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.876, 0.878, 0.781 และ 0.831 ตามลำดับ วิเคราะห์สถิติพรรณนา สถิติอ้างอิงวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและการถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการวิจัย 1. สตรีมุสลิมมีพฤติกรรมการเจริญพันธุ์เฉลี่ยในระดับมาก ($M = 3.625, SD = 0.605$) แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์มีคะแนนอยู่ในระดับมาก ($M = 3.790, SD = 0.679$) ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.480, SD = 0.581$ และ $M = 3.479, SD = 0.566$) 2. แรงจูงใจ ทักษะ และความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($r = 0.410, Sig. = .000$; $r = 0.460, Sig. = .000$ และ $r = 0.546, Sig. = .000$ เรียงตามลำดับ) 3. ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < .01$ โดยสามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 35.5 สมการทำนายรูปคะแนนมาตรฐานดังนี้

$$\hat{Y} = .481 \text{ ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์}^{**} + .153 \text{ ทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์}^{**}$$

บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เสริมแรงจูงใจ สร้างทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ บูรณาการบทบาทผู้ถืออิสลามร่วมกับบรรณรศให้สตรีมุสลิมเกิดความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: แรงจูงใจ, ทักษะ, ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม, พฤติกรรมการเจริญพันธุ์, สตรีมุสลิม

*คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

**วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต Corresponding E-mail: Suphamon.cha@cra.ac.th

(Received: June 28, 2025; Revised: November 27, 2025; Accepted: March 1, 2026)

Motivation, Attitudes and Behavioral Intention Affecting Reproductive Behavior of Muslim Women in Nonthaburi Province and Eastern Bangkok

Suphamon Chansakul, Ph.D.* , Chanin Chakrapopodhin, D.P.A.*

Kacharat Prechon, M.N.S.* & Boonsong Supradith, Ph.D.**

Abstract

Health problems among Muslim women commonly include obesity and chronic diseases. Reproductive behaviors is associated with motivation, attitudes, and behavioral intentions regarding reproductive health. Studies on reproductive behavior among Muslim women remain limited. This predictive correlational research aimed to: (1) examine the reproductive behaviors, motivation, attitudes, and behavioral intentions of Muslim women; (2) investigate the relationships between motivation, attitudes, behavioral intentions, and reproductive behaviors; and (3) identify the influence of motivation, attitudes, and behavioral intentions on reproductive behaviors. The study population consisted of Muslim women of reproductive age residing in Nonthaburi Province and eastern Bangkok. Data collection was coordinated within Muslim communities. The sample size was calculated by G*Power, and purposive sampling was employed, yielding a total of 400 participants. The research instruments included questionnaires assessing reproductive behavior, motivation for reproductive behavior, attitudes toward reproductive behavior, and behavioral intention. All instruments demonstrated good content validity with IOC values greater than 0.67 and Cronbach's alpha coefficients of 0.876, 0.878, 0.781, and 0.831, respectively.

The results showed that 1. Muslim women exhibited a high level of reproductive behavior ($M = 3.625$, $SD = 0.605$). Motivation for reproductive behavior was also high ($M = 3.790$, $SD = 0.679$), while behavioral intention and attitudes toward reproductive behavior were at moderate levels ($M = 3.480$, $SD = 0.581$; $M = 3.479$, $SD = 0.566$, respectively). 2. Motivation, attitudes, and behavioral intention were moderately and positively correlated with reproductive behavior at the $p < .01$ significance level ($r = 0.410$, $p = .000$; $r = 0.460$, $p = .000$; and $r = 0.546$, $p = .000$, respectively). 3. Behavioral intention and attitudes together significantly predicted reproductive behavior at the $p < .01$ level, accurately predicting for 35.5% of the variance. The standardized prediction equation was: Reproductive Behavior = 0.481 (Behavioral Intention)** + 0.153 (Attitudes)**

Public health practitioners should promote family and community engagement, enhance motivation, and foster positive attitudes toward reproductive behavior. Islamic principles should be integrated into interventions to strengthen Muslim women's intention to practice desirable reproductive behaviors.

Keywords: Motivation, Attitude, Behavioral Intention, Reproductive Behavior, Muslim Women

*Princess Agrarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy **College of Nursing
Dhurakij Pundit University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบแนวโน้มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) มีจำนวนเพิ่มขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2564-2567 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มสูง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) สอดคล้องกับข้อมูลอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน พบว่าในปี พ.ศ. 2561 และ 2565 คนไทยมีอัตราการตายด้วยโรคในกลุ่ม NCDs เพิ่มขึ้นดังนี้ ในปี 2565 อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง 58.0 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2561 ซึ่งมีอัตราการตาย 47.1 ต่อประชากร 100,000 คน อัตราการตายจากโรคเบาหวาน 25.9 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2561 ซึ่งมีอัตราการตาย 21.9 ต่อประชากร 100,000 คน สถิติในปี 2565 อัตราการตายด้วยโรคของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตะบอลิซึมในเพศหญิง (34.9 ต่อประชากร 100,000 คน) สูงกว่าเพศชาย (29.7 ต่อประชากร 100,000 คน) อัตราการตายด้วยโรคเบาหวานในเพศหญิง (28.9 ต่อประชากร 100,000 คน) สูงกว่าเพศชาย (22.7 ต่อประชากร 100,000 คน) อัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงในเพศหญิง (16.1 ต่อประชากร 100,000 คน) สูงกว่าเพศชาย (14.8 ต่อประชากร 100,000 คน) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) ปัญหาสุขภาพของสตรีมีผลสอดคล้องไปกับแนวโน้มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยโดยพบโรคในกลุ่ม NCDs ได้แก่ ภาวะอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันและงานเทศกาลต่างๆ โดยอาหารส่วนมากเป็นอาหารไขมันสูง และมีกะทิเป็นส่วนประกอบ ร่วมกับพฤติกรรมพร่องการออกกำลังกาย ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง และมีการออกกำลังกายในระดับต่ำ (รุสมิณา นิมา, 2557; พวงผกา คงวัฒนานนท์ และ ประนอม โอทะกานนท์, 2562) สตรีที่มีภาวะอ้วนและโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงเมื่อตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ สอดคล้องกับข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง พบอัตราส่วนมารดาตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ด้วยโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์การคลอดและหลังคลอดเพิ่มขึ้นจาก 1.6, 3.2 และ 4.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2563-2565 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมีผลพบว่า การมาฝากครรภ์ล่าช้าของสตรีตั้งครรภ์ใน จ.ยะลา ซึ่งนับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 88.89 มาจากสาเหตุดังนี้ ไม่รู้/ไม่แน่ใจว่าตนเองตั้งครรภ์ เชื่อว่าการตั้งครรภ์เป็นภาวะปกติสามารถดูแลตนเองได้ ไม่ทราบถึงประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ ไม่รู้ว่าควรมาฝากครรภ์เมื่อไร ยังไม่สะดวกที่จะมาฝากครรภ์ เนื่องจากแพ้อากาศ มีปัญหาทางเศรษฐกิจ เดินทางมาไม่สะดวก และต้องการมากับสามี หลีกเลี่ยงการมาฝากครรภ์ และการบริการรับฝากครรภ์ของหน่วยบริการไม่สอดคล้องกับความต้องการ การฝากครรภ์ล่าช้าสอดคล้องกับสถานการณ์การฝากครรภ์ในประเทศไทยซึ่งพบว่า สตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มฝากครรภ์ล่าช้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2563 -2566 เท่ากับร้อยละ 13.39, 14.52, 15.44, และ 19.65 ตามลำดับ (มณีนรค์มี พัฒนสมบัติสุข และคณะ, 2567) ส่วนการศึกษาใน ร.พ.ชุมชน จ.ปัตตานี พบว่า สตรีมีผลที่มาฝากครรภ์มีปัญหาภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์จากอุบัติการณ์การมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ฝากครรภ์คุณภาพ จำนวนการตั้งครรภ์หลายครั้ง ระยะห่างของการตั้งครรภ์แต่ละครั้งน้อยกว่า 2 ปี (ระพีพร แพทย์จะเกร็ง, 2565) ส่วนปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 15-20 ปี เฉลี่ยอายุ

18 ปี มีประสบการณ์ดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ใน 3 ประเด็นหลักคือ 1) การดูแลตนเองตามวิถีอิสลาม 2) การดูแลตนเองตามวิถีชุมชนท้องถิ่น และ 3) การดูแลตนเองตามหลักการแพทย์สากล (นัจญวา นิยมเดชา และ เบญญาภา จิตติมาพงษ์, 2566) ปัญหาขณะคลอดพบว่า สาเหตุการตายของสตรีมุสลิมขณะคลอดใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูง มีอาการช้ำและกลุ่มอาการเฮลป์ (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelet count syndrome : HELLP syndrome) (ศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล และคณะ, 2558) ปัญหาในระยะหลังคลอดพบว่า สตรีมุสลิมใน จ.นราธิวาส จ.ปัตตานี และจ.ยะลา มีพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังคลอดน้อย (สารินี สาวัน, 2559) ส่วนปัญหาการคุมกำเนิดพบว่า สตรีมุสลิมในภาคใต้คุมกำเนิดร้อยละ 55.6 โดยนิยมใช้การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด การนั้ระยะปลอดภัย ตามลำดับ (พึงพิศ ชัยภักดี, 2558) นอกจากนั้นสตรีมุสลิมยังมีความเชื่อว่าแม้สุขภาพจะมีความเสี่ยงสูงก็ไม่คุมกำเนิดเพราะผิดหลักศาสนาอิสลาม (ศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล และคณะ, 2558) จากการศึกษาของ ส่วนนุรอัยนี โตะกูบฮาฮา (2551) พบว่า สตรีมุสลิมที่มีความรู้ทางศาสนาในระดับน้อยและปานกลางมีทัศนคติไม่แน่ใจในการคุมกำเนิด ดังนั้นความรู้ทางศาสนากับทัศนคติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดมีผลต่อการตัดสินใจคุมกำเนิดของสตรีมุสลิม

การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ ทัศนคติ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมดังนี้ แรงจูงใจเป็นแรงขับภายในจิตใจที่กระตุ้นให้มนุษย์เกิดพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory) ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การประเมินความเสี่ยง เป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเสี่ยงและการรับรู้ถึงความเปราะบางของตนเองต่อความเสี่ยง ถ้าบุคคลรับรู้ถึงความเสี่ยงนั้นรุนแรงมากและรับรู้ว่าตนเองมีความเปราะบาง บุคคลมีโอกาที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเองจากความเสี่ยงนั้น และส่วนที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหาและวิธีการจัดการกับความเสี่ยง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้ผลของการป้องกันและความเชื่อในความสามารถของตนเอง ถ้าบุคคลคาดหวังว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคนั้นมีผลในการลดความเสี่ยงและรับรู้ความสามารถของตนสูงในการปฏิบัติ บุคคลมีโอกาสสูงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น ส่วนแรงจูงใจภายนอกจิตใจเกิดจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้างและระบบสังคมที่สนับสนุน (Rogers, 1983) ทั้งแรงจูงใจภายในและแรงจูงใจภายนอกต่างเป็นพลังผลักดันทำให้บุคคลเกิดเป้าหมายและความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์เพื่อปกป้องตนเองจากความเสี่ยง ส่วนทัศนคติและความเชื่อเป็นผลมาจากการสร้างความรู้สึกจากประสบการณ์ ค่านิยม การเรียนรู้วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของบุคคล กระบวนการสร้างทัศนคติตามแนวคิดโมเดลสามองค์ประกอบในการสร้างทัศนคติเกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมตอบสนอง (Bakanauskas, Kondrotienė & Puksas, 2020) เมื่อเกิดการประเมินค่าแล้วเกิดทัศนคติเชิงบวกบุคคลมีความโน้มเอียงสู่การปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (เกษแก้ว เสี่ยงเพราะ, 2562) การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น (Intention) จาก 3 ปัจจัย ได้แก่ ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1985; Ajzen, 1991) ดังนั้นทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การเจริญพันธุ์ การได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มอ้างอิงซึ่งเป็นบุคคลรอบข้างสตรีมุสลิม การรับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ ทำให้บุคคลมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ และในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีทัศนคติเชิงลบ

ไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง การรับรู้ว่าการตั้งครรภ์ทำได้ยาก บุคคลอาจมีแนวโน้มที่จะละเว้นการปฏิบัติ พฤติกรรมการเจริญพันธุ์นั้น

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ พบการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในบริบทพื้นที่ภาคใต้ ยังไม่ค่อยมีการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ เมื่อทบทวนสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทยในภาพรวมจากรายงานประจำปี 2565 พบปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ส่วนอัตราการตายของมารดาในภาพรวมของประเทศไทยปี 2563 เท่ากับ 20.35 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ไม่ควรเกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การตายมาจากสาเหตุเรียงตามลำดับดังนี้ 1) การตกเลือด 2) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด และ 3) ความผิดปกติอื่นของมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอด (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากปัญหาสุขภาพสตรีมุสลิมที่พบโรคเรื้อรังสูงนำไปสู่ปัญหาสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ดังกล่าวข้างต้น พฤติกรรมการเจริญพันธุ์ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเอง ได้แก่ การรับคำปรึกษาก่อนสมรส/ก่อนตั้งครรภ์ การดูแลสุขภาพขณะฝากครรภ์ การดูแลสุขภาพขณะคลอด การดูแลสุขภาพภายหลังคลอด การตรวจหลังคลอด การคุมกำเนิด การวางแผนครอบครัว การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การตรวจเต้านม และการตรวจมะเร็งปากมดลูกประจำปี (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555) การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพดังกล่าวจึงมีความสำคัญต่อสุขภาพของสตรีมุสลิมวัยเจริญพันธุ์ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ แรงจูงใจ ทศนคติ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมของสตรีมุสลิมจากชุมชนมุสลิมท่าอิฐและเกาะเกร็ดในจังหวัดนนทบุรี และชุมชนมุสลิมเขตหนองจอก มีนบุรี คลองสามวา และประเวศในกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก เนื่องจากเป็นชุมชนที่มีประชากรมุสลิมหนาแน่น (กองนโยบายและแผนงาน สำนักการวางแผนและพัฒนาเมือง กรุงเทพมหานคร, 2563) และเป็นมุสลิมสายขาว-มลายูเช่นเดียวกับมุสลิมทางภาคใต้ซึ่งเป็นมุสลิมกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย (ไชยแสง กิระชัย วณิช, 2552)

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ แรงจูงใจ ทศนคติ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ ทศนคติ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมกับพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก
- 3) เพื่อศึกษาแรงจูงใจ ทศนคติ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ประชากรเป็นสตรีมุสลิมวัยเจริญพันธุ์ที่มีช่วงอายุ 15 - 49 ปี (WHO, 2025) มีภูมิลำเนาในจังหวัดนนทบุรี ได้แก่ ชุมชนท่าอิฐ ชุมชนเกาะเกร็ด และมีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก ได้แก่ เขตหนองจอก เขตมีนบุรี เขตคลองสามวา และเขตประเวศ ซึ่งเป็นประชากรที่นับจำนวนได้ไม่แน่นอน (Infinite population) ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงโดยประสานงานกับผู้ประสานงานชุมชนมุสลิม การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.2 (Cohen, 1977, 1988

อ้างถึงใน นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) ในการคำนวณขนาดของตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมก่อนการวิจัยและใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (Priori power analysis) คำนวณค่าอิทธิพล (Effect size) สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบหลายตัวแปร (Multiple linear regression) คำนวณจากค่า Partial R^2 ของตัวแปรอิสระที่มีค่าน้อยที่สุดวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.2 (วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา, 2563) กำหนดระดับนัยสำคัญหรือโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนประเภท 1 (Type I error) เท่ากับ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบ $(1-\beta)$ เท่ากับ 0.95 คำนวณขนาดตัวอย่างและเผื่อการสูญหายของตัวอย่างได้อาสาสมัครสตรีมุสลิมจำนวน 400 คน

ผู้วิจัยดำเนินการทำวิจัยและได้รับอนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์จากราชวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ หนังสือเลขที่ EC 005/2566 และได้รับหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการอิสลามประจำกรุงเทพมหานคร การเก็บข้อมูลโดยประสานงานกับผู้ประสานงานชุมชนมุสลิม ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัยก่อนเก็บข้อมูล มีการขออนุญาตอาสาสมัครในเข้าร่วมการวิจัยด้วยความความสมัครใจ และลงนามในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามสตรีมุสลิมเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิม แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิม ทักษะคติในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิม และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิม การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม IOC (index of item objective congruence) มีค่า IOC > 0.67 ทุกข้อ ค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ผ่านเกณฑ์ควรมี IOC \geq 0.50 (Turner & Carlson, 2003) การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิเคราะห์ความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ค่าความเที่ยงที่ผ่านเกณฑ์ควรมี Cronbach's Alpha \geq 0.70 (Nunnally & Bernstein, 1994)

ผลการตรวจสอบพบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการเจริญพันธุ์ แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการเจริญพันธุ์ ทักษะคติในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการเจริญพันธุ์ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.876, 0.878, 0.781 และ 0.831 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลวิจัยด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency: f) ร้อยละ (Percentage: %) ค่าน้อยที่สุด (Minimum: Min.) ค่ามากที่สุด (Maximum: Max.) ค่าเฉลี่ย (Mean:M) ค่ามัธยฐาน (Median) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD.) ส่วนสถิติอ้างอิงที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient: r) และวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

แบบสอบถามตอบกลับจำนวน 400 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก (n=400)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | f | % | Min. | Max. | M | Median | SD |
|---------------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|--------|------|
| อายุ (ปี) | | | 16.00 | 49.00 | 35.87 | 36.00 | 8.23 |
| ภูมิลำเนา | | | | | | | |
| เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร | 186 | 46.50 | | | | | |
| เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร | 64 | 16.00 | | | | | |
| เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร | 52 | 13.00 | | | | | |
| เขตคลองสามวา กรุงเทพมหานคร | 48 | 12.00 | | | | | |
| ชุมชนท่าอิฐ-เกาะเกร็ด จ.นนทบุรี | 50 | 12.50 | | | | | |

พบว่า สตรีมุสลิมมีอายุเฉลี่ย 35.87 (*SD* 8.23) ปี มีอายุน้อยที่สุด 16 ปี มีอายุมากที่สุด 49 ปี ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก เขตหนองจอก จำนวน 186 คน (ร้อยละ 46.50) ผลการวิจัยที่ได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยแต่ละข้อสรุปได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ แรงจูงใจ ทศนคติ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก (n=400)

สตรีมุสลิมมีพฤติกรรมการเจริญพันธุ์โดยรวมเฉลี่ยในระดับมาก ($M = 3.625, SD = 0.605$) พิจารณารายด้านพบว่า สตรีมุสลิมมีคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ด้านการดูแลสุขภาพขณะคลอดมากที่สุด รองลงมาคือคะแนนการดูแลสุขภาพขณะฝากครรภ์และการดูแลสุขภาพหลังคลอดในระดับมาก ตามลำดับ ส่วนที่มีคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับปานกลาง ได้แก่ การเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจสุขภาพประจำปี และการดูแลสุขภาพเมื่อได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เรียงตามลำดับ นำเสนอข้อมูลดังตารางที่ 2 สำหรับแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์มีคะแนนอยู่ในระดับมาก ($M = 3.790, SD = 0.679$) รองลงมาคือความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ ($M = 3.480, SD = 0.581$) และทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ ($M = 3.479, SD = 0.566$) เรียงตามลำดับ โดยมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง นำเสนอข้อมูลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการเจริญพันธุ์ แรงจูงใจ ทักษะคติ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรี และกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก (n=400)

| ตัวแปร | M | Med. | SD | Max. | Min. | ความหมาย |
|--|-------|--------|-------|------|------|-----------|
| พฤติกรรมการเจริญพันธุ์ | 3.625 | 3.692 | 0.605 | 5.00 | 2.05 | มาก |
| การเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์ | 3.417 | 3.583 | 0.941 | 5.00 | 0.00 | ปานกลาง |
| การดูแลสุขภาพขณะฝากครรภ์ | 4.426 | 4.667 | 0.657 | 5.00 | 1.00 | มาก |
| การดูแลสุขภาพขณะคลอด | 4.578 | 5.000 | 0.631 | 5.00 | 2.00 | มากที่สุด |
| การดูแลสุขภาพหลังคลอด | 3.905 | 4.0000 | 0.729 | 5.00 | 1.40 | มาก |
| การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจสุขภาพประจำปี | 3.221 | 3.333 | 1.371 | 5.00 | 0.00 | ปานกลาง |
| การดูแลสุขภาพเมื่อได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง | 3.209 | 3.272 | 0.814 | 5.00 | 0.55 | ปานกลาง |
| แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ | 3.790 | 3.778 | 0.679 | 5.00 | 1.56 | มาก |
| ทักษะคติในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ | 3.479 | 3.500 | 0.566 | 5.00 | 1.80 | ปานกลาง |
| ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ | 3.480 | 3.500 | 0.581 | 4.92 | 2.00 | ปานกลาง |

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ ทักษะคติ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม กับพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก (n=400)

ผู้วิจัยทดสอบความสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation) พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ ทักษะคติในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($r = 0.410$, $Sig. = .000$; $r = 0.460$, $Sig. = .000$; $r = 0.546$, $Sig. = .000$)

นอกจากนี้ยังพบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับทักษะคติในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($r = 0.591$, $Sig. = .000$) แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($r = 0.641$, $Sig. = .000$) และทักษะคติในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ($r = 0.703$, $Sig. = .000$) นำเสนอข้อมูลดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ ทักษะ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม กับพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก (n=400)

| | แรงจูงใจในการปฏิบัติ | ทัศนคติ | ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม | พฤติกรรมการเจริญพันธุ์ |
|---------------------------|----------------------|---------|---------------------------|------------------------|
| แรงจูงใจในการปฏิบัติ | 1 | .591** | .641** | .410** |
| ทัศนคติ | | 1 | .703** | .460** |
| ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม | | | 1 | .546** |
| พฤติกรรมการเจริญพันธุ์ | | | | 1 |

* $p < .05$ ** $p < .01$

3. ผลการศึกษาแรงจูงใจ ทัศนคติความเชื่อ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก (n=400)

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณทั้ง 5 ข้อ ดังนี้ 1) ทดสอบการแจกแจงปกติของค่าคลาดเคลื่อน (Unstandardized residual) 2) ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) 3) ทดสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีความคงตัวทุกค่าสังเกต (Homoscedasticity) 4) ทดสอบความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระจากกัน (Autocorrelation) และ 5) ทดสอบตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) การตรวจสอบผ่านข้อตกลงเบื้องต้นจึงเลือกใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ (n=400)

| Model | Unstandardized | | Standardized | t | Sig. | Collinearity | |
|---------------------------|----------------|-----------------|--------------|-------|--------|--------------|-------|
| | Coefficients | | Coefficients | | | Statistics | |
| | b | SE _b | β | | | Tolerance | VIF |
| Constant | 1.313 | .162 | | 8.107 | .000** | | |
| ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม | .501 | .059 | .481 | 8.514 | .000** | .506 | 1.978 |
| ทัศนคติ | .163 | .060 | .153 | 2.700 | .007** | .506 | 1.978 |

Durbin-Watson = 1.889, $F = 7.289$ Sig.=.007

$R = 0.599$, $R^2 = 0.358$, Adjusted $R^2 = 0.355$, SE of the estimate = 0.486

* $p < .05$ ** $p < .01$

ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรพยากรณ์

สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรเกณฑ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 7.289$, Sig. = .007) โดยความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์และทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีสัมประสิทธิ์การทำนายเมื่อปรับค่าความลำเอียง (Adjusted R^2) โดยสามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 35.5 ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดคือ ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญ

พันธ์ ($\beta = .481, Sig. = .000$) รองลงมาคือทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธ์ ($\beta = .153, Sig. = .007$) ค่าสถิติสามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงทำนายเป็นสมการทำนายรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\hat{Y} = .481 \text{ ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธ์}^{**} + .153 \text{ ทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธ์}^{**}$$

อภิปรายผล

สรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมการเจริญพันธ์ แรงจูงใจ ทัศนคติ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก พบว่า สตรีมุสลิมมีพฤติกรรมการเจริญพันธ์โดยรวมเฉลี่ยในระดับมาก พิจารณารายด้านพบว่า สตรีมุสลิมปฏิบัติพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพขณะคลอดในระดับมากที่สุด รองลงมาคือการดูแลสุขภาพขณะฝากครรภ์และหลังคลอดมีคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับมาก ส่วนการเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจสุขภาพประจำปี และการดูแลสุขภาพเมื่อได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างมีคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับปานกลาง อภิปรายผลการวิจัยได้ว่าเมื่อเข้าสู่กระบวนการคลอด สตรีต้องเผชิญความเจ็บปวดและมีความกังวลต่อผลกระทบจากการคลอดจึงปฏิบัติพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพขณะคลอดมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย นันทพร แสนศิริพันธ์ และกรณิการ์ กันธะรักษา (2556) ที่พบว่าความกลัวการคลอดบุตรเป็นความรู้สึกที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสตรีได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และระยะหลังคลอด และทำให้สตรีมีการดูแลสุขภาพขณะฝากครรภ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อันนำไปสู่ปัญหาในการคลอดด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ไชโรยา นิสะ (2568) ที่พบว่าประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีมุสลิมที่ตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วย การดูแลตนเองตามแนวทางของศาสนาอิสลาม การดูแลตนเองตามวิถีที่สืบทอดมาในชุมชนและภูมิปัญญาในท้องถิ่น การดูแลตนเองตามแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของสตรี จากการศึกษาของ อ้อมใจ พลกายา (2562) พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นเมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ตามหลักศาสนาอิสลามการดูแลสุขภาพพระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด สตรีมุสลิมมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพทารกในครรภ์เพราะลูกเป็นสิ่งมีค่าที่อัลลอฮ์ประทานมาให้ (ศศิณาภรณ์ โลหิตไทย และอนงค์ ภิบาล, 2562) ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการเจริญพันธ์ของสตรีมุสลิมจึงควรบูรณาการบทบาทผู้ดูแลอิสลามเข้ามามีส่วนร่วม

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ ทัศนคติ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม กับพฤติกรรมการเจริญพันธ์ของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก การแปลผลระดับความสัมพันธ์ตาม Hair et.al. (2010) พบว่า แรงจูงใจ ทัศนคติ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการเจริญพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธ์ อภิปรายผลการวิจัยได้ว่า เมื่อสตรีรับรู้ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นถ้าตนเองเว้นการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธ์ สตรีจึงเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเองจากความเสี่ยงนั้น และถ้าสตรีคาดหวังว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธ์ช่วยป้องกันความเสี่ยงและรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถในการปฏิบัติ สตรีมีโอกาสสูงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธ์ที่ช่วยป้องกันความเสี่ยงนั้น นอกจากนี้แรงจูงใจภายนอกจิตใจอันเกิดจากการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง สตรีจึงเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

การเจริญพันธุ์ (Rogers, 1983) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ จันท์แจ่ง และคณะ (2562) ที่ประยุกต์ใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 93.8 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ อภิปรายผลการวิจัยได้ว่าเมื่อสตรีประเมินค่าแล้วเกิดทัศนคติเชิงบวก สตรีจึงเกิดพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ ดังนั้นการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อพฤติกรรมการเจริญพันธุ์จึงควรบูรณาการบทบาทญัตติอิสลามโดยเสริมสร้างความเชื่อ ความศรัทธาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามทฤษฎีของอิสลาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์ณัฐชา สุไลมาน และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยบูรณาการบทบาทญัตติอิสลามต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม ผลการวิจัยพบว่า การเสริมสร้างความเชื่อ ความศรัทธาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามทฤษฎีของอิสลามทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น นอกจากนี้ทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ การได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มอ้างอิงซึ่งเป็นบุคคลรอบข้างสตรีมุสลิม การรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ ทำให้สตรีมุสลิมมีการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1985; Ajzen, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ Negash & Aleign (2023) ที่พบว่าความรู้ ทัศนคติในเชิงบวก แนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการออกกำลังกายในช่วงตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์

3. ผลการศึกษาแรงจูงใจ ทัศนคติ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก พบว่า ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์และทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายผลการวิจัยตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนได้ว่า เมื่อสตรีมุสลิมมีทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ส่งผลให้สตรีเกิดความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม สตรีมุสลิมจึงเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1985; Ajzen, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรักษา แก้วพวง และคณะ (2561) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรารวรรณ เครื่องแก้ว และคณะ (2564) ที่พบว่า ความรู้ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการใช้การคุมกำเนิดระยะยาวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการใช้การคุมกำเนิดระยะยาวในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกได้ ส่วนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสามารถทำนายความตั้งใจในการใช้การคุมกำเนิดระยะยาวในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมอย่างยั่งยืน โดยบุคลากรสาธารณสุขวิเคราะห์พฤติกรรมการเจริญพันธุ์ร่วมกับชุมชนมุสลิมในพื้นที่เพื่อออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิม
2. ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความปลอดภัยในการตั้งครรภ์และการคลอดของสตรีมุสลิม โดยนักวิชาการต่อยอดจากงานวิจัยครั้งนี้และทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ เพื่อร่างโมเดลเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความปลอดภัยในการตั้งครรภ์และการคลอด
3. การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนสุขภาวะเพื่อการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัยของสตรีมุสลิม โดยบุคลากรสาธารณสุขต่อยอดจากงานวิจัยครั้งนี้โดยนำผลวิจัยไปพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนสุขภาวะที่เน้นการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิม ตลอดจนหลักปฏิบัติทางศาสนา เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์นำไปสู่การคลอดที่ปลอดภัยสำหรับสตรีมุสลิม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลวิจัยพบว่าการเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจสุขภาพประจำปี และการเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขจึงควรรณรงค์การเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจสุขภาพประจำปี
2. ผลวิจัยพบว่าการดูแลสุขภาพเมื่อได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างอยู่ในระดับปานกลาง บุคลากรสาธารณสุขจึงควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อเสริมแรงจูงใจและสนับสนุนให้สตรีมุสลิมเกิดพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการเจริญพันธุ์
3. ผลวิจัยพบว่าแรงจูงใจ ทศนคติ และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิม บุคลากรสาธารณสุขจึงควรเสริมแรงจูงใจ สร้างทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ เพื่อรณรงค์ให้สตรีมุสลิมเกิดความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ นอกจากนั้นควรบูรณาการบทบาทญาติอิสลามเข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ให้เกิดพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งในโครงการวิจัยเรื่อง นิเวศวิทยาทางสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา และพฤติกรรมสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมในกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก : การวิจัยผสมวิธี ผู้วิจัยขอขอบคุณ ราชวิทยาลัยจุฬารักษ์ และกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 ตลอดจนอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- กองนโยบายและแผนงาน สำนักงานการวางผังและพัฒนาเมือง กรุงเทพมหานคร. (2563). รายงานการศึกษาการกระจายตัวของมัสยิดในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2563.
https://webportal.bangkok.go.th/public/user_files_editor/354/aboutcpud/study%20report/2564/ปี%2064/1.การกระจายตัวของมัสยิดในเขตกรุงเทพมหานคร%20พ.ศ.%202563.pdf
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถิติสาธารณสุข 2565.
<https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstastic65.pdf>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานประจำปี 2567 กองโรคไม่ติดต่อ.
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิกแอนดดีไซน์.
- เกษแก้ว เสียงเพราะ. (2562). สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ (Health education and health behavior). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไชยแสง กิระชัยวิช. (2552). ตำนานแผ่นดิน-มัสยิดทำอิฐ จ.นนทบุรี. <https://www.sanook.com/news/315141/>.
- ถ้วนนุรฮัยนี โต๊ะกุบาฮา. (2551). ทศนคติต่อการคุมกำเนิดของสตรีมุสลิมในอำเภอเมืองจังหวัดปัตตานี [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอิสลามศึกษา]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธวัชรรัตน์ กิตติศักดิ์ชัย, นันทพร แสนศิริพันธ์ และกรรณิการ์ กันธะรักษา. (2556). ความกลัวการคลอดบุตรในสตรีมีครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 40(2), 12-21.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). วิธีการที่ถูกต้องและทันสมัยในการกำหนดขนาดตัวอย่าง. เอกสารประกอบการบรรยายในโครงการ Research Zone. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยแห่งชาติ.
- นัจญวา นิยมเดชา และเบญญาภา ธิติมาพงษ์. (2563). พฤติกรรมการเว้นช่วงการมีบุตรของมารดามุสลิม: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 40(2), 1-9.
- พวงผกา คงวัฒนานนท์ และ ประนอม โอทะกานนท์. (2562). การรับรู้ภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และการเป็นแกนนำสร้างเสริมสุขภาพ ของสตรีมุสลิมในบริษัทไทยภาคกลาง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(4), 89-98.
- พัชรวารธรณ เครื่องแก้ว, วรรณภา พาหุวัฒนกร และ ฤดี ปุ่บบางกะดี. (2564). ปัจจัยทำนายด้านความรู้ ทศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมต่อความตั้งใจในการใช้การคุมกำเนิดระยะยาวในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 39(1), 64-76.
- พิมพ์ณัฐชา สุโลมาน, ศติกานต์ กาละ และจිරเนาวัลย์ ทศศรี. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยบูรณาการบทบัญญัติอิสลามต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(1), 9-22.
- พิงพิศ ชัยภักดี. (2558). ความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร มหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม)]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มณีรัตน์ พัฒนสมบัติสุข, ศิริพันธ์ ศิริพันธ์, บุรณ์คนัส จันทศิริพุทธ, ภาชีนา บุญลาภ, ไตรยา นิยะ, จุฑามาศ มามะ และ สุวรรณ กอวิวัฒนาการ. (2567). สาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้าและประสบการณ์การดูแลตนเองในขณะที่ยังไม่มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดยะลา: การศึกษาเชิงคุณภาพแบบบรรยาย. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 16(2), 20-42.
- ระพีพร แพทย์จะเกร็ง. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในระยะตั้งครรภ์ของสตรีมุสลิมที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปัตตานี. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(1), 10-21.
- รุสมิณา นิมะ. (2557). *ประสบการณ์การจัดการภาวะอ้วนของหญิงมุสลิม*. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา. (2563). *การคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power สำหรับงานวิจัยที่มีการใช้สถิติ*. <https://rid.psu.ac.th/animal/th/assets/document/GPower5-7.pdf>
- ศิริภา เลียงพันธ์สกุล, นิรัชรา ลิลละฮ์กุล, จามรี สอนบุตร, พรชัย สิทธิศรีณย์กุล. (2558). *สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็กใน 3 จังหวัดชายแดนใต้*. oec.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=757
- ศศินาภรณ์ โลहितไทย และ อนงค์ ภิบาล. (2562). *การถ่ายทอดเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพมารดาทารกในวิถีมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนใต้เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน*. สงขลา: มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.
- ศิริภา แก้วพวง, วรณี เดียววิเศษ และ วรณทนา ศุภสีมานนท์. (2561). อิทธิพลของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้ และทัศนคติ ต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์, *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 57-66.
- ศิริวรรณ จันท์แจ้, พัชรภาพร เกิดมงคล และ ทศนีย์ รวีวรกุล. (2562). ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม. *วารสารสุขศึกษา*, 42(2), 52-62.
- ไศรยา นิยะ, บุรณ์คนัส จันทศิริพุทธ, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ และ สิรินภร ศุภวรรณ. (2568). การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาในงานวิจัยทางการพยาบาล: บทเรียนจากประสบการณ์การฝากครรภ์ล่าช้าของสตรีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา*, 8(1), 76-82.
- สารินี สาวัน. (2559). *อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของมารดาหลังคลอดชาวไทยมุสลิม*. (วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์)). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *การให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *รายงานประจำปี 2565 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์*. <https://rh.anamai.moph.go.th/th/department-yearly-report>.
- อ้อมใจ พลกายา. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาโดยใช้การสนับสนุนของครอบครัว ต่อทัศนคติและบทบาทของการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่น. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 131-142.

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1985). "From intentions to actions: A theory of planned behavior." In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Springer.
- Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior. Article in Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50, 179-211. DOI: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
- Bakanauskas, A. P., Kondrotienė, E., & Puksas, A. (2020). *The Theoretical Aspects of Attitude Formation Factors and Their Impact on Health Behaviour*. Retrieved from <https://doi.org/10.1515/mosr-2020-0002>
- Hair Jr., J.F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.F. (2010). *Multivariate data analysis*. (7th ed.). New York: Pearson.
- Negash, B. T., & Alelgn, Y. (2023). Knowledge, attitude and practice of physical exercises among pregnant women attending prenatal care clinics of public health institutions in Hawassa city, Sidama, Ethiopia, in 2021: Descriptive cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 23(1), 630. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02756-8>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. (3rd ed). New York: McGraw-Hill.
- Rogers, R. W. (1983). *Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation*. https://www.researchgate.net/publication/229068371_Cognitive_and_physiological_processes_in_fear_appeals_and_attitude_change_A_revised_theory_of_protection_motivation
- Turner, R. C., & Carlson, L. (2003). Index of item-objective congruence for multidimensional items. *International Journal of Testing*, 3(2), 163-171.
- WHO. (2025). Women of reproductive age (15-49 years) population (thousands). [https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/women-of-reproductive-age-\(15-49-years\)-population-\(thousands\)](https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/women-of-reproductive-age-(15-49-years)-population-(thousands))

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

จังหวัดสุพรรณบุรี

ธนธรรณ เรืองศรี, พย.ม.* และ ทิวาวรรณ เทพา, Ph.D.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังทดลอง และเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ระหว่างการตั้งครรภ์และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่มารับบริการแผนก ฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนกันยายน 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุม 23 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว แบ่งตามช่วงอายุครรภ์ ดังนี้ 20-24, 24-28, 28-32, 32-36 และ 37-40 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Cronbach's alpha = 0.760) สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ Independent t-test, Chi-square test, Mann-Whitney U test, Paired sample t-test, และ Wilcoxon matched pair sign rank test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านแบบแผนการรับประทานอาหารและวิธีการเตรียมอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนชนิดของอาหารที่รับประทานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สำหรับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านแบบแผนการรับประทานอาหาร วิธีการเตรียมอาหาร และชนิดของอาหารที่รับประทานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) กลุ่มทดลองมีสัดส่วนจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวระหว่างการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ในครั้งที่ 4 และ 5 หลัง เข้าร่วมโปรแกรมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่สัดส่วนจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีแนวโน้มช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังนั้น สามารถนำโปรแกรมมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับการพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, น้ำหนักตัวระหว่างและเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding E-mail: tthiwawan@kku.ac.th

(Received: June 4, 2025; Revised: December 30, 2025; Accepted: March 1, 2026)

Effect of Program to Promote Self-Efficacy Combined on Dietary Behavior and Weight Gain in Pregnant Women at Chaophraya Yommarat Hospital, Suphanburi

Thanatorn Reungsri, M.N.S. * & Thiwawan Thepha, Ph.D.**

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the mean dietary behavior scores before and after the intervention, and the proportions of pregnant women who achieved appropriate gestational weight gain during pregnancy and at the end of the program between the two groups. The study included pregnant women with a normal pre-pregnancy BMI and without complications who attended the antenatal care clinic at Chaophraya Yommarat Hospital, Suphanburi Province, from September 2024 to March 2025. A total of 46 participants who met the inclusion criteria were selected and allocated into two groups: the experimental group (n = 23), who received a self-efficacy promotion program combined with routine nursing care, and the control group (n = 23), who received routine nursing care only. Participants were followed at gestational age intervals of 20-24, 24-28, 28-32, 32-36, and 37-40 weeks. Data were collected using a personal information questionnaire and a dietary behavior questionnaire (Cronbach's $\alpha = 0.760$). Descriptive statistics included frequency, percentage, mean, and standard deviation. Hypothesis testing was conducted using Independent t-test, Chi-square test, Mann-Whitney U test, Paired sample t-test, and Wilcoxon matched-pairs signed-rank test.

The findings revealed that, within the experimental group, post-intervention scores for meal patterns and food preparation methods were significantly higher than pre-intervention scores ($p < 0.05$), whereas no significant change was observed in the types of food consumed ($p > 0.05$). However, there were no statistically significant differences in dietary behavior scores between the experimental and control groups at any time point ($p > 0.05$). Additionally, the proportion of pregnant women whose gestational weight gain aligned with the recommended criteria was significantly higher in the experimental group at the fourth and fifth follow-up assessments ($p < 0.05$). In contrast, no statistically significant difference was found between the two groups in the proportion of pregnant women who achieved appropriate gestational weight gain at the end of the program ($p > 0.05$).

The findings indicate that the program helped pregnant women begin to modify their dietary behaviors. Therefore, it can be integrated into nursing practice to promote appropriate dietary behaviors and support pregnant women in achieving recommended gestational weight gain.

Keywords: Self-Efficacy, Dietary Behavior, Gestational weight gain during pregnancy and at the end of the program

*Student of Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

** Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

ปัจจุบันสถานการณ์ภาวะทุพโภชนาการของสตรีทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแถบประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง องค์การอนามัยโลก (World health organization: WHO) ได้กล่าวว่า ภาวะทุพโภชนาการ หมายถึง ความไม่สมดุลระหว่างปริมาณสารอาหารและพลังงานกับความต้องการของร่างกายในการเจริญเติบโต การฟื้นฟู และการทำงานของร่างกาย หากไม่เพียงพอจะเกิดภาวะขาดสารอาหาร (Undernutrition) และหากได้รับแคลอรี โปรตีน หรือสารอาหารอื่น ๆ มากเกินไป จะเกิดภาวะโภชนาการเกิน (Overnutrition) รวมถึงภาวะโภชนาการไม่สมดุล (Inappropriate nutrition) (Serbesa, M. L., Iffa, M. T., & Geleto, M., 2019) จากปัญหาสถานการณ์ดังกล่าว มีรายงานความชุกของสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลกมีน้ำหนักตัวตลอดการตั้งครรภ์ (Total gestational weight gain) โดยยึดเกณฑ์สถาบันแพทยอเมริกัน (The Institute of Medicine: IOM) (2009) พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกินเกณฑ์ (Excessive weight gain) ร้อยละ 27.80 (95%CI; 26.50-29.10) และน้อยกว่าเกณฑ์ (Insufficient weight gain) ร้อยละ 39.40 (95%CI; 37.10-41.70) ตามลำดับ (Martinez-Hortelano et al., 2020) จากรายงานวิจัยความชุกทั่วโลกของสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ (Gestational weight gain: GWG) มากกว่าเกณฑ์ในแถบสหรัฐอเมริกา ยุโรป และเอเชีย พบร้อยละ 51.00, 51.00 และ 37.00 ตามลำดับ GWG น้อยกว่าเกณฑ์ พบร้อยละ 21.00, 18.00 และ 31.00 ตามลำดับ (Goldstein et al., 2018) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของ GWG มากกว่าและน้อยกว่าเกณฑ์ พบร้อยละ 62.30 และ 12.90 ตามลำดับ (Chairat et al., 2023) และสถิติของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2565 ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาล จำนวน 564 คน พบปัญหาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มี Pre-pregnancy BMI ปกติ แต่ GWG ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ร้อยละ 62.93 ซึ่งมากกว่า GWG ตามเกณฑ์ ร้อยละ 25.86 กลุ่มที่มี GWG ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มากที่สุด คือ สตรีตั้งครรภ์วัยเจริญพันธุ์ (อายุ 20-34 ปี) จำนวน 143 คน (ร้อยละ 72.22) ซึ่งมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและสตรีตั้งครรภ์อายุมากถึงร้อยละ 8.58 และ 19.28 ตามลำดับ และกลุ่ม Pre-pregnancy BMI ปกติ จำนวน 198 คน พบว่า มี GWG น้อยกว่าเกณฑ์ จำนวน 86 คน (ร้อยละ 43.4) และมากกว่าเกณฑ์ จำนวน 57 คน (ร้อยละ 28.8) โดยกลุ่ม Pre-pregnancy BMI ปกติ และไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์นี้ มีปัญหา GWG ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มากกว่า Pre-pregnancy BMI ผิดปกติ ถึงร้อยละ 8.92 จากข้อมูลสถิติเบื้องต้นเห็นได้ว่ามีแนวโน้มภาวะทุพโภชนาการเพิ่มขึ้นชัดเจน สะท้อนจากการมีน้ำหนักตัวไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งปัญหาสำคัญที่พบในหน่วยบริการคือ กลุ่ม Pre-pregnancy BMI ปกติ แต่ GWG ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ดังนั้น หากบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพในปริมาณเพียงพอระหว่างตั้งครรภ์ จะช่วยสร้างปริมาณสารอาหารที่เพียงพอต่อมารดาขณะตั้งครรภ์ การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการป้องกันภาวะทุพโภชนาการได้ (Dalmiya, Kupka, Tyler, & Aguayo, 2022) แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบด้านสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์จากการมี GWG น้อยหรือมากกว่าเกณฑ์ได้

การที่สตรีตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและบุตรได้ หาก GWG น้อยกว่าเกณฑ์ ทำให้เกิดผลกระทบต่อมารดาที่เกิดขึ้น เช่น ทุพโภชนาการ (Silva, T.P.R.d. et al., 2022), โลหิตจาง (Sun, Y., Shen, Z., & Zhan, Y. et al., 2020) และแท้งบุตร ผลต่อทารก เช่น ทารกโตช้าในครรภ์

(Chaipongpun, N., Punpuckdeekon, P., 2018), ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Waleetorncheepsawat, N. et al., 2022) และคลอดก่อนกำหนด (Chaipongpun, N., Punpuckdeekon, P., 2018) และหากมากกว่าเกณฑ์ ต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ผลต่อมารดา เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Waleetorncheepsawat, N., Phattanchindakun, B., & Boriboon hirunsarn, D., 2022), ผ่าตัดคลอด (Goldstein, R.F. et al., 2018), น้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด (Rhodes, A. et al., 2020), การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ดี (Siriarunrat, S. et al., 2018), ตกเลือดหลังคลอด (Sunsaneevitayakul, P. et al., 2022) รวมถึงการรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน (Goławski, K., Giermaziak, W., Ciebiera, M., & Wojtyła, C., 2023) ผลต่อทารก เช่น ทารกตัวโต (Sun, Y. et al., 2020), APGAR Score นาทีแรกอยู่ในช่วง 0-7 คะแนน (Goławski, K. et al., 2023), ระดับบิลิรูบินสูงในเลือด (Chaipongpun, N., Punpuckdeekon, P., 2018) และกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น โรคอ้วน, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง (วีรศักดิ์ เหลืองสุวรรณ, 2565) ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวระหว่างการตั้งครรภ์ไม่เป็นเกณฑ์ ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดได้

การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวของสตรีตั้งครรภ์มีอิทธิพลจากหลายปัจจัย สถาบันการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (IOM, 2009) แบ่งเป็น 2 ปัจจัยหลัก คือ ด้านสังคมและสภาพแวดล้อม และด้านมารดา ปัจจัยด้านมารดาที่มีผลต่อน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ เช่น Pre-pregnancy BMI น้อยกว่าเกณฑ์ (OR=2.61; p=0.018) (Suliga et al., 2018), สูบบุหรี่ (OR=2.52; 95%CI=1.74-3.66) และตั้งครรภ์อายุน้อย (OR=0.93; 95%CI=0.90-0.97) (Domanski et al., 2021) ปัจจัยด้านมารดาที่มีผลต่อน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ เช่น สูบบุหรี่ (OR=7.32; p=0.019), Pre-pregnancy BMI มากกว่าเกณฑ์ (OR=7.00; p=0.031) (Suliga et al., 2018), รับประทานอาหารที่พอมกว่าเป็นจริง (OR=2.27; 95%CI=1.44-3.56), ต้มแอลกอฮอล์ (OR=1.90; 95%CI=0.50-7.22), เข้าถึงแหล่งอาหาร (Adjust OR=1.84; 95%CI=1.01-3.32), มีประวัติน้ำหนักเกิน อ้วน หรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์ครรภ์ก่อน (OR=1.65; 95%CI=1.15-2.34), พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักไม่ดี (OR=1.53; 95%CI=1.06-2.22), ตั้งครรภ์หลัง (OR=1.51; 95%CI=1.05-2.17) และอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี (OR=1.14; 95%CI=1.10-1.19) ปัจจัยด้านสังคมและสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ เช่น ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว (OR=1.92; 95%CI=1.23-2.98), ไม่ได้แต่งงานหรือหย่าร้าง (OR=1.20; 95%CI=1.18-1.23) (สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และวรรณิ เตียววิศเรศ, 2561), และไม่ได้ประกอบอาชีพ (OR=1.07; 95%CI=1.02-1.12) (Meng et al., 2022) ปัจจัยที่กล่าวมานี้ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว นอกจากนี้ การบริโภคอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำนายน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ได้ 1.075 เท่า (95%CI=1.006-1.149) (บุญลิตา จันทร์ดี, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร และวรรณิ พาหุวัฒน์, 2557) เนื่องจากการบริโภคอาหารไม่เพียงพอจะนำไปสู่การมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ (Abubakari, Asumah, & Abdulai, 2023) ถ้ามากเกินไปความต้องการของร่างกาย จะทำให้น้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ได้ (วรรณิ บุญจิม, ปิยะนุช ชูโต และบังอร ศุภวิฑิตพัฒนา, 2562) และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่ม Pre-pregnancy BMI ปกติ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ แต่ GWG ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยราช เพื่อหาสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ GWG ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จำนวน 12 คน พบปัจจัยที่ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นไม่

เป็นไปตามเกณฑ์มากที่สุด คือ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 9 คน (ร้อยละ 75.00) และรองลงมา คือ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร จำนวน 4 คน (ร้อยละ 33.33) ซึ่งมีปัญหาด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารร่วมด้วย และจากการศึกษาของรัตนารักษ์ ตามเที่ยงตรง และคณะ (2560) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ($r=0.539$, $p<0.001$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้ ($\beta=0.386$, $p<0.001$) สามารถสรุปได้ว่า หากมีการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านโภชนาการมากขึ้น จะมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเชิงบวก แต่หากมีการรับรู้ความสามารถลดลง จะมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเชิงลบ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Albert Bandura มาช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่งเสริมให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์หรือนำมาใช้ร่วมกับเทคโนโลยีเพื่อช่วยปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น แต่การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษากลุ่ม Pre-pregnancy BMI ผิดปกติ เนื่องจากเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสัมพันธ์กับการที่สตรีตั้งครรภ์น้ำหนักตัวไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งจะมีแนวทางในการดูแลเฉพาะเจาะจง ดังนั้น หากสามารถนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้กับกลุ่ม Pre-pregnancy BMI ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ แต่มี GWG ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ อันเป็นผลมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อยและทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมตามมา จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และสามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้เพิ่มขึ้นเป็นไปตามเกณฑ์ นอกจากนี้การได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านสุขภาพโดยตรงในการให้ข้อมูลตรงตามปัญหารายบุคคลและได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องด้วยสื่อที่เหมาะสม เข้าถึงได้ง่าย ทันสมัย และใช้การสื่อสารสองทาง สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ได้ (ศิริพร พรแสน และสุภาพักตร์ หาญกล้า, 2564) การให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมหรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตราแกรม จึงเป็นการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับสังคมปัจจุบัน จากข้อมูลสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2565 พบว่า Social Media ที่ใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ Facebook, LINE, Facebook Messenger, TikTok และ Instagram ร้อยละ 93.3, 92.8, 84.7, 79.6 และ 68.7 ตามลำดับ (ลิ้นลลิต กัญธิยะ, วัลภา สบายยิ่ง และนิรนาท แสนสา, 2560) ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการใช้ Line official ให้มาเป็นช่องทางติดต่อสื่อสารที่สะดวกในการติดตามอย่างต่อเนื่อง ภายใต้แนวคิด Self-efficacy เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคอาหาร โดยมุ่งหวังผลลัพธ์สุดท้าย คือ สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมและน้ำหนักตัวตามเกณฑ์ต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ จากการติดตามต่อเนื่องผ่านช่องทางติดต่อสื่อสารที่เข้าถึงได้สะดวกทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ

คำถามการศึกษา

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ จะสามารถทำให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมและมีน้ำหนักตัวระหว่างการตั้งครรภ์และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ เป็นไปตามเกณฑ์ได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ปกติ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังทดลองในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังทดลองระหว่างสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ระหว่างการตั้งครรภ์และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมระหว่างสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

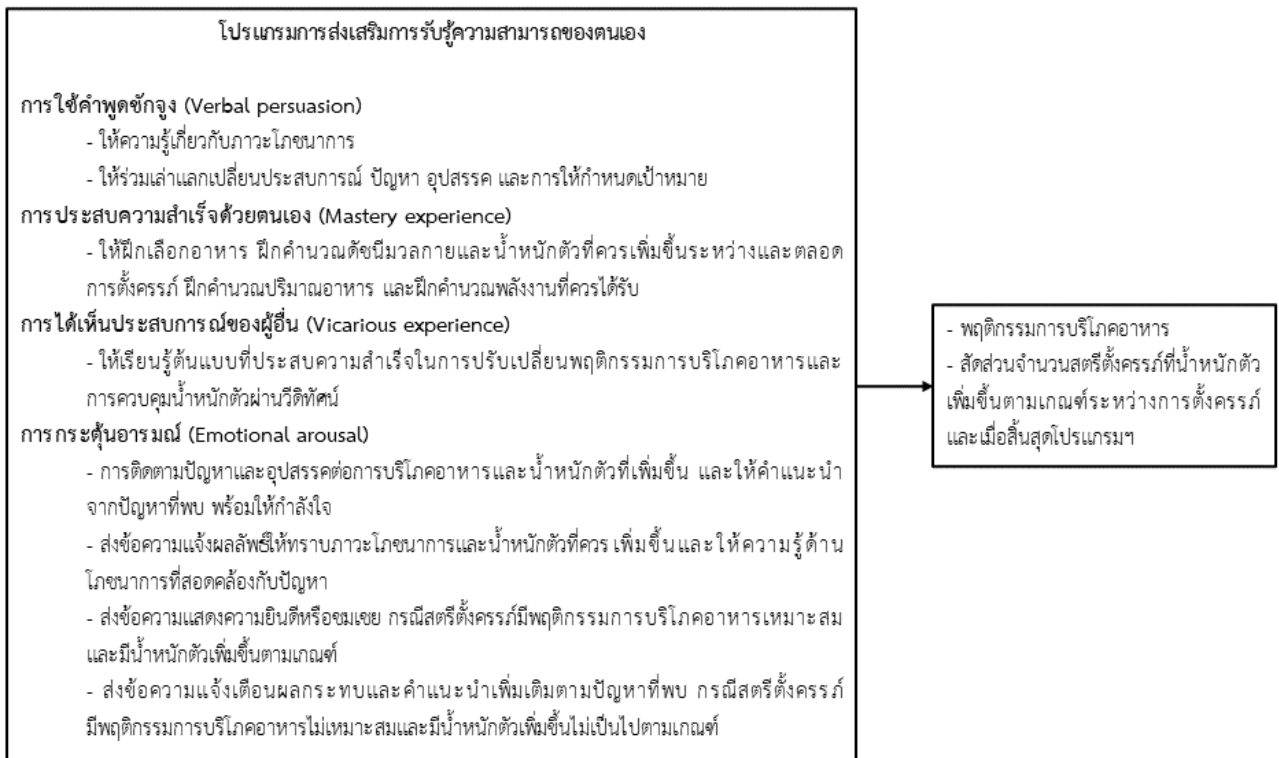
สมมติฐานการศึกษา

1. สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังทดลองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีสัดส่วนจำนวนสตรีตั้งครรภ์น้ำหนักตัวที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ระหว่างการตั้งครรภ์และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ปกติครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิด Self-efficacy ของ Bandura (1986) ซึ่งกล่าวว่าการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) จากการให้ความรู้หรือคำแนะนำ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery experience) จากการที่ได้ทดลองหรือฝึกฝนจนสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) จากการให้ได้เห็นผู้อื่นปฏิบัติคล้ายคลึงกันแล้วประสบความสำเร็จ และการกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) โดยแสดงความยินดี ชมเชย และให้กำลังใจ หรือการสอบถามปัญหาหรืออุปสรรค พร้อมทั้งการเฝ้ากำกับติดตามด้วยตนเองและบุคลากรด้านสุขภาพ จะช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเชื่อและคาดหวังในผลลัพธ์ว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ประสบความสำเร็จได้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารและควบคุมน้ำหนักตัวให้เป็นไปตามเกณฑ์การที่สตรีตั้งครรภ์รับรู้ความสามารถของตนเองจากการฝึกฝนจนเกิดประสบการณ์โดยตรง ได้เห็นต้นแบบที่มีปัญหาใกล้เคียงกัน แต่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารจนสามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้เป็นไปตามเกณฑ์ได้ อีกทั้งไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านสุขภาพ การได้รับการกระตุ้นเตือนและติดตามจากบุคลากรด้านสุขภาพด้วยการส่งข้อความผ่านไลน์ที่สะดวก ทันสมัย และเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งลักษณะการส่งข้อความไม่ก่อให้เกิดความรบกวนมากเกินไป โดยคำนึงถึงความถี่ของการส่งข้อความ ช่วงเวลาในการส่งข้อความ ลักษณะข้อมูลหรือข้อความ และการมีปฏิสัมพันธ์ของ

บุคคล จะช่วยกระตุ้นให้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง ทำให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ในการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสม รวมถึงสามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้เป็นไปตามเกณฑ์ได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองตามกรอบแนวคิด Self-efficacy (Bandura, 1986)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยวัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pretest-posttest design) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ สตรีตั้งครรภ์ อายุ 20-34 ปี ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 20-24 สัปดาห์ Pre-pregnancy BMI อยู่ในช่วง 18.5-24.9 กิโลกรัม/เมตร² ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีโรคแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์หรือทางอายุรศาสตร์ ได้แก่ ภาวะเบาหวานเรื้อรังหรือขณะตั้งครรภ์, ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์, ภาวะโลหิตจาง, ภาวะรกเกาะต่ำ, มีเลือดออกขณะตั้งครรภ์, โรคหัวใจ, โรคไต และความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ สามารถใช้งานไลน์แอปพลิเคชันและอินเทอร์เน็ตได้

สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทั้งก่อนและขณะตั้งครรภ์ ไม่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะเครียด โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะเครียดคือ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต และยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และเกณฑ์ถอดถอน (Withdrawal criteria) คือ ระหว่างดำเนินการวิจัยมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์หรือทางอายุรศาสตร์ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรมทุกขั้นตอน ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย และย้ายหรือฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลอื่น

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ใช้โปรแกรม G*POWER 3.1.9.7 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) ที่ 0.95 (Burn & Grove, 2009) กำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 และกำหนดค่าอิทธิพลการทดสอบ (Effect size) ที่ระดับ 1.10 และใช้ Mean ตัวแปรพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักจากการทบทวนวรรณกรรมของจิตติมา คาระบุตร (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง สมมติฐานเป็นแบบทางเดียว (One tailed) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 19 คน การวิจัยครั้งนี้ติดตามผลในอนาคต จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 23 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องศึกษา จำนวน 46 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ของ Albert Bandura (1986) แบ่งออกเป็น 3 กิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการใช้ไลน์แอปพลิเคชัน สถานที่ดำเนินกิจกรรม คือ ห้องสอนสุขศึกษา (โรงเรียนพ่อแม่) แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช เป็นการสอนรายกลุ่ม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม คือ อายุครรภ์ 20-24 สัปดาห์ (พบกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 1) การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 Scan QR code เข้า Line official “สัญญาใจของแม่กินเพื่อลูกน้อยในครรภ์” โดยให้สตรีตั้งครรภ์ Scan QR code เข้า Line official ลงทะเบียนข้อมูลส่วนบุคคล และผู้วิจัยสาธิตการเข้าใช้งานในไลน์ ใช้เวลาสาธิต 5 นาที ในไลน์มีคู่มือส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับสตรีตั้งครรภ์รูปแบบ E-book สื่อ Infographic สรุปความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ และสื่อวีดิทัศน์การบริโภคอาหารและ ยาเสริมธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ ความยาว 3.34 นาที ช่วงที่ 2 เป็นกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการและการควบคุม น้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นระหว่างและตลอดการตั้งครรภ์ การเรียนรู้จากต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและการควบคุมน้ำหนักตัวผ่านสื่อวีดิทัศน์ ความยาว 5 นาที การเล่าแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค การให้กำหนดเป้าหมายน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น การฝึกเลือกอาหาร ฝึกคำนวณดัชนีมวลกาย

ก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นระหว่างและตลอดการตั้งครรภ์ ฝึกคำนวณปริมาณอาหาร และฝึกคำนวณพลังงานที่ควรได้รับ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 30-40 นาที พร้อมชี้แจงให้สตรีตั้งครรภ์ทราบว่า จะมีการแจ้งผลลัพธ์ภาวะโภชนาการจากการส่งข้อความผ่านไลน์ภายใน 24 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมติดตามปัญหาและอุปสรรค สถานที่ดำเนินกิจกรรม คือ ห้องสอนสุขศึกษา (โรงเรียนพ่อแม่) ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม คือ อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์, 28-32 สัปดาห์ และ 32-36 สัปดาห์ (นัดพบกลุ่มตัวอย่าง ครั้งที่ 2-4 แต่ละครั้งห่างกัน 4 สัปดาห์) การดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายเดี่ยว เป็นกิจกรรมการสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ให้บันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา บันทึกน้ำหนักตัวปัจจุบัน (การชั่งน้ำหนักใช้เครื่องชั่งดิจิตอล หน้าจอการอ่านผลค่าน้ำหนักเป็นตัวเลขที่ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงของโรงพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำแผนกฝากครรภ์เป็นผู้อ่านและบันทึกผล) ให้สะท้อนคิด ประเมินตนเอง ตัดสินใจ และวางแผนแนวทางการบริโภคอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัวที่จะนำไปปฏิบัติที่บ้าน พร้อมทั้งให้ความรู้ ด้านโภชนาการจากปัญหาของผู้รับบริการ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 15 นาที และส่งข้อความผ่านไลน์เพื่อแจ้งภาวะโภชนาการและความรู้ด้านโภชนาการจากปัญหาที่พบในผู้รับบริการกลับไปภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถกลับไปทบทวนที่บ้านได้

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการติดตามผ่านไลน์แอปพลิเคชัน เป็นการส่งข้อความผ่าน Line official “สัญญาใจของแม่ กินเพื่อลูกน้อยในครรภ์” เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น โดยให้คำแนะนำและความรู้ด้านโภชนาการจากปัญหาที่พบในผู้รับบริการและให้กำลังใจ การส่งข้อความติดตามผ่านไลน์ ในวันศุกร์ เวลา 10.00 น. ส่งข้อความ 1 สัปดาห์ก่อนถึงการนัดพบหรือก่อนดำเนินกิจกรรมที่ 2 ในครั้งที่ 2, 3, 4 และ 5 (ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์) ตามลำดับ ใช้เวลาส่งข้อความ 10 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล จำนวน 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของบุญสิตา จันทร์ดี และคณะ (2557), วิจิตมา คาระบุตร และคณะ (2565), เนตรนภา บุญธนาพิศาน (2564) และธารินทร์ สีสาทิพานนท์ (2560) มี 3 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลทางด้านประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และลักษณะของครอบครัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลทางด้านภาวะสุขภาพ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและการเพิ่มของน้ำหนักตัวระหว่างและตลอดการตั้งครรภ์ สมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนช่วยในการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเพิ่มของน้ำหนักตัวระหว่างการตั้งครรภ์ การควบคุมน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ การประกอบอาหารก่อนการตั้งครรภ์ ประเภทของอาหารที่รับประทานเป็นประจำก่อนการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งต่อสัปดาห์ที่ออกกำลังกาย ระยะเวลา ในการออกกำลังกาย ประเภทการออกกำลังกาย ความคิดเห็น

เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ที่ปฏิบัติอยู่ในขณะตั้งครรภ์ช่วยให้น้ำหนักตัวระหว่างที่ตั้งครรภ์ของท่านเป็นไปตามเกณฑ์ และความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งอาหารอยู่ใกล้ชุมชนหรือแหล่งที่อยู่อาศัยของท่าน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลทางด้านที่ตั้งครรภ์ ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ กำหนดคลอด อายุครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการคลอด ส่วนสูง น้ำหนักตัวก่อน การตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวปัจจุบันขณะตั้งครรภ์ และดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ โดยแบบสอบถามส่วนนี้ผู้วิจัยบันทึกจากการซักประวัติและข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของกรมอนามัย (2563) ธารินทร์ ลีลาทิวานนท์ และคณะ (2560) และบุญสิตา จันทร์ดี และคณะ (2557) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 25 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรม 3 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 แบบแผนการรับประทานอาหาร (ข้อ 1-14) ด้านที่ 2 วิธีการเตรียมอาหาร (ข้อ 15-18) และด้านที่ 3 ชนิดของอาหารที่รับประทาน (ข้อ 19-25) ประกอบด้วยข้อคำถามแสดงพฤติกรรมทางบวก จำนวน 15 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 และ 16 ข้อคำถามแสดงพฤติกรรมทางลบ จำนวน 10 ข้อ คือ ข้อ 3, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 และ 25 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีความหมายในการปฏิบัติดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความนั้นประจำทุกวันหรือทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่เกือบทุกวัน หรือ 4-6 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือเป็นบางวัน หรือ 1-3 วันต่อสัปดาห์ และไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้น ๆ เลย เกณฑ์การให้คะแนน ขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ คือ ข้อความทางบวกหรือทางลบ มีเกณฑ์ดังนี้

| ความหมาย | ข้อความทางด้านบวก | ข้อความทางด้านลบ |
|---------------------|-------------------|------------------|
| ปฏิบัติเป็นประจำ | 4 | 1 |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง | 3 | 2 |
| ปฏิบัติเป็นบางครั้ง | 2 | 3 |
| ไม่เคยปฏิบัติเลย | 1 | 4 |

การแปลความหมาย แบบสอบถามมีคะแนนสูงสุด 100 คะแนน และคะแนนต่ำสุด 25 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเหมาะสม คะแนนต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยดำเนินการหาความตรงของเนื้อหาของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ประกอบด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ 1) บัญชีไลน์ 2) คู่มือส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับสตรีตั้งครรภ์รูปแบบ E-book และชุดแบบฝึกเลือกอาหาร ฝึกคำนวณดัชนีมวลกาย และน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นระหว่างและตลอดการตั้งครรภ์ ฝึกคำนวณปริมาณอาหาร และฝึกคำนวณพลังงานที่ควรได้รับในคู่มือ 3) สื่อ Infographic สรุปความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ 3) สื่อวีดิทัศน์การบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กใน

สตรีตั้งครรภ์ ความยาว 3.34 นาที 5) สื่อวีดิทัศน์ต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและการควบคุมน้ำหนักตัว ความยาว 5 นาที 6) แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวปัจจุบันของสตรีตั้งครรภ์ 7) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 8) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน นักโภชนาการ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพแผนกฝากครรภ์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ค่า S-CVI/Ave ควร ≥ 0.90 (Polit & Beck, 2006, 2012) ซึ่งผู้วิจัยได้คำนวณค่า S-CVI/Ave ของแต่ละเครื่องมือ ตั้งแต่เครื่องมือที่ 1-8 ดังนี้ 1.00, 0.93, 1.00, 0.97, 1.00, 1.00, 0.95 และ 0.94 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของกรมอนามัย (2563) ธาริณันท์ ลีลาทิวานนท์ และคณะ (2560) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.740 และบุญลิตา จันทร์ดี และคณะ (2557) ได้นำไป Try out กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นจากการหาความเที่ยง โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient เนื่องจากแบบสอบถามเป็น Rating scale สำหรับแบบวัดที่มีตัวเลือกมากกว่า 2 ตัวเลือก ต้องมีค่ามากกว่า 0.7 หรือค่าเข้าใกล้ 1.0 (ประสพชัย พสุนนท์, 2557) โดยค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เท่ากับ 0.760

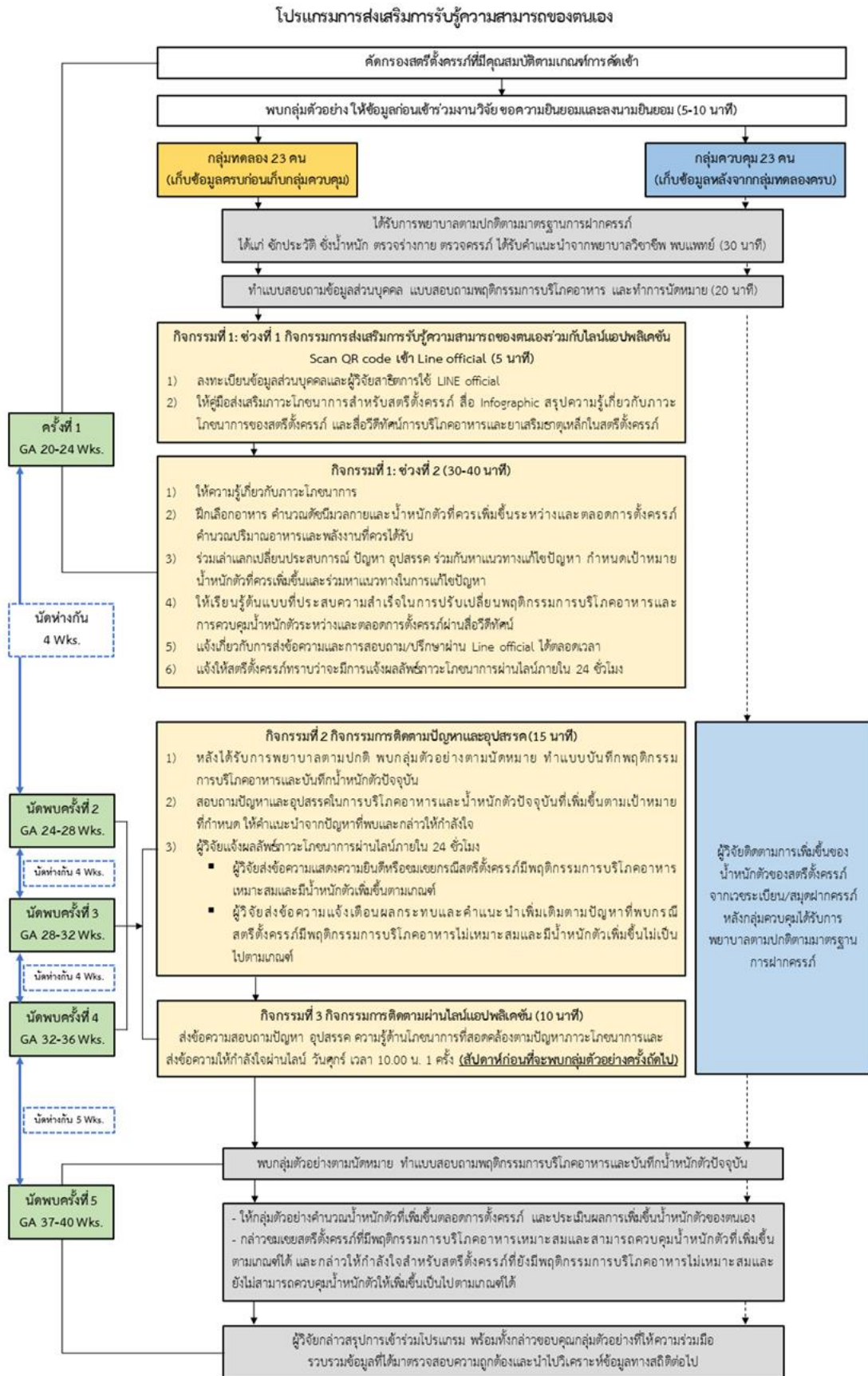
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE672042 (ฉบับที่ 12/2567) และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ YM022/2567 ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัดดังนี้ 1) หลักความเคารพในบุคคล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขอความยินยอมในการเข้าร่วมทำการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจโดยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับและไม่เปิดเผยชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย 2) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการพยาบาลตามปกติ สำหรับกลุ่มควบคุม แม้จะไม่ได้รับโปรแกรมฯ แต่ระหว่างการทำทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติและเป็นไปตามมาตรฐาน 3) หลักความยุติธรรม ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดถอนไว้ชัดเจนก่อนทำการเก็บข้อมูลเพื่อลดอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่างและไม่เลือกปฏิบัติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัย

ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้โปรแกรมแก่สตรีตั้งครรภ์ ตั้งแต่อายุครรภ์ 20-37 สัปดาห์ จำนวน 5 ครั้ง มีการ Scan QR code เข้า Line official “สัญญาใจของแม่ กินเพื่อลูกน้อยในครรภ์” โดยแต่ละครั้ง มีสาระดังนี้ 1) การให้ความรู้ประกอบด้วย ความสำคัญของภาวะโภชนาการ ผลกระทบของภาวะโภชนาการไม่เหมาะสมและการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างและตลอดการตั้งครรภ์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ การประเมินภาวะโภชนาการด้วยตนเอง ปริมาณอาหารและอาหาร

ทดแทนที่ควรได้รับ คำแนะนำทางโภชนาการในการรับประทานอาหารสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลการก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในภาวะน้ำหนักตัวปกติ แต่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อยหรือมากกว่าเกณฑ์ 2) การฝึกเลือกชนิดอาหาร การฝึกคำนวณดัชนีมวลกายและน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นระหว่างและตลอดการตั้งครรภ์ การฝึกคำนวณปริมาณอาหาร และคำนวณพลังงานที่ควรได้รับหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ 3) การให้ร่วมเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรค การกำหนดเป้าหมายน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้น ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อสามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้ 4) ชมสื่อวีดิทัศน์ต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัวระหว่างและตลอดการตั้งครรภ์ 5) ชี้แจงวิธีการส่งข้อความปรึกษาพูดคุยผ่านไลน์ได้ตลอดเวลา และจะได้รับการแจ้งผลลัพธ์ภาวะโภชนาการผ่านไลน์ใน 24 ชั่วโมง โดยส่งข้อความแสดงความยินดีหรือชมเชยกรณีมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเหมาะสมและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเป็นไปตามเกณฑ์ แต่กรณีมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมและน้ำหนักตัวไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จะส่งข้อความแจ้งเตือนผลกระทบและคำแนะนำเพิ่มเติมจากปัญหา ในกลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการดูแลตามมาตรฐานโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนามาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ใช้สถิติเชิงอ้างอิงในการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ และรายได้ของครอบครัว และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ อายุครรภ์ปัจจุบันและดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ใช้ Mann-Whitney U test ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ และลักษณะของครอบครัว ข้อมูลภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและการเพิ่มของน้ำหนักตัวระหว่างและตลอดการตั้งครรภ์และความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งอาหาร และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ การวางแผน การตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และส่วนสูง ใช้ Fisher's Exact Test ส่วนข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ และข้อมูลภาวะโภชนาการอื่น ๆ ใช้ Chi-square test สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ น้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักตัวปัจจุบันขณะตั้งครรภ์ ใช้ Independent t-test

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองเป็นการเปรียบเทียบทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านแบบแผนการรับประทานอาหาร ด้านวิธีการเตรียมอาหาร และด้านชนิดของอาหารที่รับประทาน ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Shapiro-Wilk test of normality พบว่า ด้านแบบแผนการรับประทานอาหาร (df=23, Sig.=0.938) พฤติกรรมการบริโภคอาหารรวม (df=23, Sig.=0.051) เป็นการแจกแจงปกติ ใช้ Paired sample t-test ด้านวิธีการเตรียมอาหาร (df=23, Sig.=0.039) และด้านชนิดของอาหารที่รับประทาน (df=23, Sig.=0.004) มีการแจกแจงไม่ปกติ จึงใช้ Wilcoxon matched pair sign rank test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นการเปรียบเทียบทั้งหมด 3 ด้าน ได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Shapiro-Wilk test of normality พบว่า ด้านแบบแผนการรับประทานอาหาร มีการแจกแจงปกติ (df=46, Sig.=0.612 และ df=46, Sig.=0.087 ตามลำดับ) ความแปรปรวนค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน (F=0.933, Sig.=0.339 และ F=0.057, Sig.=0.812 ตามลำดับ) ใช้ Independent t-test ด้านวิธีการเตรียมอาหาร มีการแจกแจงไม่เป็นปกติ (df=46, Sig.=0.031 และ df=46, Sig.=0.004 ตามลำดับ) ใช้ Mann-Whitney U test ด้านชนิดของอาหารที่รับประทาน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแจกแจงปกติ (df=46, Sig.=0.119) ความแปรปรวนค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน (F=0.012, Sig.=0.914) ใช้ Independent t-test ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมแจกแจงไม่เป็นปกติ (df=46, Sig.=0.015) ใช้ Mann-Whitney U test สำหรับค่าเฉลี่ยรวมพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงเป็นปกติ (df=46, Sig.=0.720 และ df=46, Sig.=0.365 ตามลำดับ) ความแปรปรวนค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน (F=0.847, Sig.=0.362 และ F=0.864, Sig.=0.358 ตามลำดับ) ใช้ Independent t-test

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ระหว่างการตั้งครรภ์และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมว่าเป็นหรือไม่เป็นไปตามเกณฑ์ แตกต่างกันอย่างน้อยอย่างไร

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีอายุ 25-26 ปี (IQR=6.00-7.00) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 39.13 กลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 30.43 สถานภาพสมรสเป็นคู่หรืออาศัยอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 91.30 อาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 26.09 และ 30.43 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัว 15,000-20,000 บาทต่อเดือน (IQR=15,000-15,500) มีความเพียงพอเหลือเก็บ ร้อยละ 52.17 และ 69.57 ตามลำดับ และเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 52.17 และ 73.91 ตามลำดับ สามารถสรุปข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

ข้อมูลภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่สามีช่วยควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเพิ่มของน้ำหนักตัว ร้อยละ 73.91 และ 78.26 ตามลำดับ ไม่มีการควบคุมน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 78.26 และ 73.91 ตามลำดับ ได้ความรู้ด้านการรับประทานอาหาร ร้อยละ 91.30 และ 95.65 ตามลำดับ ก่อนตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ประกอบอาหารแบบ ต้ม ตุ่น นึ่ง อบ ลวก ร้อยละ 82.61 และ 78.26 ตามลำดับ กลุ่มทดลองรับประทานอาหารผักประเภทใบเป็นประจำ ร้อยละ 91.30 กลุ่มควบคุมรับประทานอาหารผลไม้หวานน้อย ร้อยละ 82.61 กลุ่มทดลองออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มทดลอง ร้อยละ 47.83 และ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 30.44 ส่วนใหญ่ออกกำลังกายน้อยกว่า 15 นาที ร้อยละ 30.44 และ 21.74 ตามลำดับ ออกกำลังกายประเภทเดิน ร้อยละ 100.00 เห็นด้วยกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ช่วยให้ น้ำหนักตัวตามเกณฑ์ ร้อยละ 100.00 และไม่สะดวกเข้าถึงแหล่งอาหาร เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 1 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 3 คน สามารถสรุปข้อมูลภาวะโภชนาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ยกเว้นการเข้ามามีส่วนช่วยของสามีสตรีตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและครอบครัว ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อ GWG เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกรู้สึกต้องการพึ่งพาคู่คนอื่นในการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะสามี อันเป็นบุคคลใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อสตรีตั้งครรภ์มากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นการทำให้สตรีตั้งครรภ์ออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มควบคุมมีการ วางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 52.17 ซึ่งมากกว่า 2 เท่าของกลุ่มทดลอง จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองเป็นการตั้งครรภ์แรก แต่กลุ่มควบคุมเป็นการตั้งครรภ์หลัง ร้อยละ 52.17 อายุครรภ์ที่เข้าร่วมโปรแกรมครั้งแรก ทั้ง 2 กลุ่ม คือ เฉลี่ยอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ($SD=0.00$) มีส่วนสูงมากกว่า 157 เซนติเมตร ร้อยละ 60.87 และ 56.52 ตามลำดับ ส่วนใหญ่น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ 52.57-55.65 กิโลกรัม (IQR=8.27-10.06) น้ำหนักตัวที่เข้าร่วมโปรแกรมครั้งแรก 58.10-60.10 กิโลกรัม (IQR=9.13-10.36) ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 20.69-21.08 kg/m^2 ($SD=4.04-5.83$) สามารถสรุปข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารทั้ง 3 ด้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านแบบแผนการรับประทานอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$; $t = 4.955$; $95\%CI = 2.55-6.23$ และ $p = 0.007$; $t = 2.652$; $95\%CI = 0.64-5.27$ ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านวิธีการเตรียมอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.853$; $r = 0.387$; $p = 0.032$) แต่กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.213$; $r = 0.253$; $p = 0.113$) และค่าเฉลี่ยด้านชนิดของอาหารที่รับประทานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -0.270$; $r = 0.056$; $p = 0.394$ และ $p = 0.184$; $t = 0.917$; $95\%CI = -0.66-1.70$ ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยรวมทั้ง 2 กลุ่มหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$; $t = 4.684$; $95\%CI = 2.93-7.59$ และ $p < 0.001$; $t = 4.183$; $95\%CI = 1.93-5.72$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านแบบแผนการรับประทานอาหาร วิธีการเตรียมอาหาร และชนิดของอาหารที่รับประทาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Pre-posttest within group)

| พฤติกรรมการ บริโภคอาหาร | ก่อนเข้าร่วม โปรแกรม | | หลังเข้าร่วม โปรแกรม | | Mean (95%CI) | t | Z | df | r (Effect size) | p-value |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------|--------|----|-----------------------|----------------------|
| | Mean (SD) | Median (IQR) | Mean (SD) | Median (IQR) | | | | | | |
| ด้านแบบแผนการรับประทานอาหาร | | | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 39.52 (5.44) ^c | | 43.91 (4.97) ^c | | 4.39 (2.55-6.23) | 4.955 | | 22 | | <0.001 ^{a*} |
| กลุ่มควบคุม | 42.09 (6.79) ^c | | 45.04 (5.32) ^c | | 2.96 (0.64-5.27) | 2.652 | | 22 | | 0.007 ^{a*} |
| ด้านวิธีการเตรียมอาหาร | | | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | | 12 (2.00) ^d | | 13 (1.00) ^d | | | -1.853 | | 0.387 | 0.032 ^{b*} |
| กลุ่มควบคุม | | 12 (3.00) ^d | | 13 (1.00) ^d | | | -1.213 | | 0.253 | 0.113 ^b |
| ด้านชนิดของอาหารที่รับประทาน | | | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | | 22 (2.00) ^d | | 22 (1.00) ^d | | | -0.270 | | 0.056 | 0.394 ^b |
| กลุ่มควบคุม | 21.52 (2.04) ^c | | 22.04 (2.23) ^c | | 0.52 (-0.66- 1.70) | 0.917 | | 22 | | 0.184 ^a |

| พฤติกรรมกรการ บริโภคอาหาร | ก่อนเข้าร่วม | | หลังเข้าร่วม | | Mean (95%CI) | t | Z | df | r (Effect size) | p-value |
|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|-----------------|---------------------|-------|---|----|-----------------------|----------------------|
| | โปรแกรม | | โปรแกรม | | | | | | | |
| | Mean (SD) | Median (IQR) | Mean (SD) | Median (IQR) | | | | | | |
| คะแนนรวม | | | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 73.30 (6.59) ^c | | 78.57 (4.96) ^c | | 5.26 (2.93-7.59) | 4.684 | | 22 | | <0.001 ^{a*} |
| กลุ่มควบคุม | 75.96 (7.77) ^c | | 79.78 (5.39) ^c | | 3.83 (1.93-5.72) | 4.183 | | 22 | | <0.001 ^{a*} |

^a Paired sample t-test ^b Wilcoxon matched pair sign rank test * Significant P<0.05

^c ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: SD) ^d มัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์: IQR)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรการบริโภคอาหารหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรการบริโภคอาหาร ทั้ง 3 ด้าน และค่าเฉลี่ยรวมพฤติกรรมกรการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) แม้ว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีพฤติกรรมกรการบริโภคอาหารก่อนเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรการบริโภคอาหารด้านแบบแผนการรับประทานอาหาร วิธีการเตรียมอาหาร ชนิดของอาหารที่รับประทาน และค่าเฉลี่ยรวมพฤติกรรมกรการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Pre-posttest between group)

| พฤติกรรมกรการ บริโภคอาหาร | กลุ่มทดลอง (n=23) | | กลุ่มควบคุม (n=23) | | ค่า สถิติ | df | p-value |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|----|--------------------|
| | Mean (SD) | Median (IQR) | Mean (SD) | Median (IQR) | | | |
| ด้านแบบแผนการรับประทานอาหาร | | | | | | | |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม | 39.52 (5.44) ^c | | 42.09 (6.79) ^c | | -1.413 | 44 | 0.082 ^a |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม | 43.91 (4.97) ^c | | 45.04 (5.32) ^c | | -0.744 | 44 | 0.230 ^a |
| ด้านวิธีการเตรียมอาหาร | | | | | | | |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม | | 12.00 (2.00) ^d | | 12.00 (3.00) ^d | U=219.50 Z=-1.007 | | 0.157 ^b |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม | | 13.00 (1.00) ^d | | 13.00 (1.00) ^d | U=239.00 Z=-0.580 | | 0.281 ^b |

| พฤติกรรมการบริโภคอาหาร | กลุ่มทดลอง (n=23) | | กลุ่มควบคุม (n=23) | | ค่าสถิติ | df | p-value |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|----|--------------------|
| | Mean (SD) | Median (IQR) | Mean (SD) | Median (IQR) | | | |
| ด้านชนิดของอาหารที่รับประทาน | | | | | | | |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม | 21.96 (2.23) ^c | | 21.52 (2.04) ^c | | 0.690 | 44 | 0.247 ^a |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม | | 22.00 (1.00) ^d | | 22.00 (3.00) ^d | U=263.00 Z=-0.034 | | 0.487 ^b |
| คะแนนรวม | | | | | | | |
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม | 73.30 (6.59) ^c | | 75.96 (7.77) ^c | | -1.249 | 44 | 0.109 ^a |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม | 78.57 (4.96) ^c | | 79.78 (5.39) ^c | | -0.797 | 44 | 0.215 ^a |

^a Independent t-test ^b Mann-Whitney U test * Significant P<0.05

^c ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: SD) ^d มัชฌิม (พิสัยระหว่างควอไทล์: IQR)

4. เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ระหว่างการตั้งครรภ์และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ระหว่างการตั้งครรภ์ของ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า สัดส่วนจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ครั้งที่ 2 และ 3 หลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.534$ และ $p=0.543$ ตามลำดับ) ส่วนครั้งที่ 4 และ 5 กลุ่มทดลองมีสัดส่วนจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.011$ และ $p=0.002$ ตามลำดับ)

การเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า จำนวนสตรีตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม จำนวน 15 คน (ร้อยละ 65.22) และกลุ่มควบคุม จำนวน 9 คน (ร้อยละ 39.13) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.145$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนสตรีตั้งครรภ์น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ระหว่างและเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=46)

| | กลุ่มทดลอง (n = 23) | | กลุ่มควบคุม (n = 23) | | X ² | df | p-value |
|--------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------|-------------|----------------|----|---------|
| | จำนวน (ร้อยละ) | | จำนวน (ร้อยละ) | | | | |
| | ตามเกณฑ์ | ไม่ตามเกณฑ์ | ตามเกณฑ์ | ไม่ตามเกณฑ์ | | | |
| น้ำหนักตัวระหว่างการตั้งครรภ์ | | | | | | | |
| ครั้งที่ 1 | 0 (0.00) | 23 (100.00) | 0 (0.00) | 23 (100.00) | 0.359 | 1 | 0.549 |
| ครั้งที่ 2 | 6 (26.09) | 17 (73.91) | 3 (13.04) | 20 (86.96) | 1.254 | 2 | 0.534 |
| ครั้งที่ 3 | 8 (34.78) | 15 (65.22) | 5 (21.74) | 18 (78.26) | 1.222 | 2 | 0.543 |
| ครั้งที่ 4 | 15 (65.22) | 8 (34.78) | 5 (21.74) | 18 (78.26) | 9.085 | 2 | 0.011* |
| ครั้งที่ 5 | 18 (78.26) | 5 (21.74) | 6 (26.09) | 17 (73.91) | 12.600 | 2 | 0.002* |
| น้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดโปรแกรม | | | | | | | |
| | 15 (65.22) | 8 (34.78) | 9 (39.13) | 14 (60.87) | 3.864 | 2 | 0.145 |

* Significant $p < 0.05$

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง จากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านแบบแผนการรับประทานอาหารและด้านวิธีการเตรียมอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ และ $p = 0.032$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ยกเว้นด้านชนิดของอาหารที่รับประทานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.394$) สำหรับค่าเฉลี่ยรวมพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า จากการดำเนินโปรแกรมการสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านแบบแผนการรับประทานอาหารและด้านวิธีการเตรียมอาหารให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านการจัดการปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นรายบุคคล โดยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) จากการทำแบบฝึกหัดในโปรแกรมจะช่วยพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองให้เข้มแข็ง การเห็นประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น (Vicarious experience) จากการรับชมสื่อวีดิทัศน์ต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ การชักชวนด้วยวาจา (Verbal persuasion) จากการให้ความรู้ด้านโภชนาการ ร่วมเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค และกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับผู้วิจัย เน้นการสื่อสารแบบสองทาง จะทำให้บุคคลรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพยายามกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จและรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพร ธิติยผาด และพรรณี บัญชรหัตถกิจ (2555) ที่เน้นให้สตรีตั้งครรภ์มีความเข้าใจในความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเองและการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมด้วยการให้ความรู้ การใช้ต้นแบบการให้ทดลองฝึกปฏิบัติจริงด้วยตนเอง และการติดตามปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้กลุ่มทดลอง

มีน้ำหนักตัวเพิ่มตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 75.76 สูงกว่ากลุ่มควบคุม ร้อยละ 39.39 และการเพิ่มของน้ำหนักตัวเป็นไปตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ในอัตราส่วน 4.8 ($p < 0.05$; 95%CI=1.48-16.05) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการทั่วไปจากการฝากครรภ์ตามปกติที่ได้รับความรู้และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เท่านั้น นอกจากนี้ การใช้สื่อออนไลน์มาเป็นช่องทางช่วยติดตามปัญหาอุปสรรค ให้ความรู้ให้คำแนะนำได้ตรง ตามปัญหาและสตรีตั้งครรภ์สามารถส่งข้อความสอบถามหรือขอคำแนะนำจากผู้วิจัยได้โดยตรง จะช่วยส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง รู้สึกถึงการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม และเกิดกำลังใจที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอเล็กซานดรา โรดส์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาโปรแกรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพในการกำหนดเป้าหมายไปที่การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ พบว่า การส่งข้อความเชิงรุก เช่น การแจ้งเตือนให้สตรีตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การร่วมแสดงความคิดเห็นการติดตามความก้าวหน้าและการแลกเปลี่ยนแนวทางที่ประสบความสำเร็จ

แม้ว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านชนิดของอาหารที่เลือกรับประทานเป็นเพียงด้านเดียวที่ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อันเนื่องมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับประเภทของอาหารที่รับประทานเป็นประจำก่อนการตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีและมีประโยชน์ แต่ยังคงมีพฤติกรรมชอบดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ขนมหวาน และอาหารทะเลที่มีไขมันสูง ซึ่งจากการติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์เมื่อมาตรวจตามนัด แต่ละครั้งในกิจกรรมที่ 2 โดยทำแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จากการสัมภาษณ์การรับประทานอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมชอบรับประทานขนมหวาน เครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น ชานม ชาเขียว โกโก้ น้ำแดง น้ำผลไม้กล่อง นมรสหวาน เป็นต้น และอาหารประเภทแป้งอย่าง แม้ว่าจะมีการเลือกชนิดอาหารที่มีประโยชน์รับประทานอยู่เป็นประจำก็ตาม ดังนั้น การจัดกิจกรรมเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและเป็นชนิดของอาหารที่สตรีตั้งครรภ์ชื่นชอบหรือบริโภคเป็นประจำอยู่แล้ว ต้องใช้ระยะเวลาในการกำกับติดตามและต้องอาศัยความร่วมมือจากสตรีตั้งครรภ์ร่วมด้วย ซึ่งลักษณะการจัดกิจกรรมในโปรแกรมควรเน้นเกี่ยวกับการเลือกชนิดของอาหารที่ควรรับประทานให้มากขึ้น สอดคล้องกับบริบทของแต่ละบุคคล และต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลใกล้ชิดเพิ่มเติม เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวที่อยู่กับสตรีตั้งครรภ์หรือสามี เป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์มากที่สุด (สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และคณะ, 2561)

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้ง 3 ด้าน และค่าเฉลี่ยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ สามารถอธิบายได้ว่า จากการดำเนินโปรแกรมได้ศึกษาและติดตามปัญหาและอุปสรรคของการบริโภคอาหารและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวครั้งที่ 1-4 ห่างกันครั้ง 4 สัปดาห์ และครั้งที่ 4-5 ห่างกัน 5 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 3 จะติดตามผ่าน Line official โดยส่งข้อความล่วงหน้า 1 สัปดาห์ ก่อนถึงวันนัดพบกับกลุ่มตัวอย่างตามนัดของแผนกฝากครรภ์ในกิจกรรมที่ 2 จากระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมและการติดตามอาจไม่เพียงพอหรือนานเกินไปที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านโภชนาการ ซึ่งต้องใช้เวลาร่วมสร้างตระหนักและการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของลิซา การ์นไวต์

เนอร์-โฮล์ม และคณะ (2563) และการศึกษาของมาเรีย เอ. เคนเนลลี และคณะ (2561) พบว่า แม้การใช้แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนเป็นช่องทางในการติดตามให้ความรู้หรือคำแนะนำด้านสุขภาพ ไม่สามารถลดอัตราการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ แต่เทคโนโลยีช่วยเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ปรึกษาผู้วิจัยแบบตัวต่อตัวและสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมขึ้นได้ ดังนั้น การปรับการบริโภคอาหารต้องส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ความสามารถของตนเองให้มากพอ ซึ่งจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาติดตามให้เหมาะสมและต่อเนื่อง ได้รับความร่วมมือจากสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องการและตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ การติดตามจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อมาตรวจตามนัดและการติดตามผ่านการส่งข้อความ และสมาชิกในครอบครัว จะช่วยส่งเสริมให้มีการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้น (วรภรณ์ บุญจิม และคณะ, 2562)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูงจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์มากกว่าการศึกษาต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (O'Brien et al., 2019) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์จะมีการแสวงหาความรู้และหาแหล่งสนับสนุนในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์เสมอ และสอดคล้องกับข้อมูลภาวะโภชนาการพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ การเพิ่มของน้ำหนักตัวระหว่างและตลอดการตั้งครรภ์ และได้รับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์มาแล้วก่อนตั้งครรภ์ จึงเป็นผลให้ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับคะแนนสูงและไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่สมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนช่วยในการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวระหว่างการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.027$) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวและเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ทำให้ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเม็งโจว และคณะ (2565) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกต้องการพึ่งพาคู่สมรสในการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะสามี ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลมากที่สุดไม่ว่าจะเป็นการให้ออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ดังนั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวแตกต่างกัน อาจส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมแตกต่างกันได้ และหากกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวอย่างใกล้ชิดทุกด้านเป็นอย่างดี เช่น การช่วยเหลือเกี่ยวกับ การประกอบอาหาร การเลือกรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นต้น ก็จะส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมได้

ทั้งนี้ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์สามารถศึกษาหาความรู้และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโภชนาการจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ได้หลากหลายด้วยตนเอง เช่น การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ได้รับการพยาบาลตามปกติที่เป็นมาตรฐานของแผนกฝากครรภ์จากบุคลากรทางสาธารณสุข ครอบครัว หรือแหล่งข้อมูลออนไลน์ เป็นต้น ทำให้กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้นได้แม้ไม่ได้รับโปรแกรมโดยตรง (นริศรา คงแก้ว, อนุธิดา ชัยขันธ, ดุษณีย์ สุวรรณคง, และตัม บัญรอด, 2565) แม้ว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่การศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ได้รับคำแนะนำที่มีความสอดคล้องตรงตามปัญหาและความต้องการของสตรีตั้งครรภ์เป็นรายบุคคล ได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมให้

ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง มีการกระตุ้นการกระทำและติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากผู้วิจัยและการใช้ไลน์ในการเป็นช่องทางติดต่อสื่อสาร จะสามารถส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะยาวได้

3. สัดส่วนจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ระหว่างการจัดครรภ์และเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการศึกษา พบว่า จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ระหว่างการจัดครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 2 และ 3 หลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.534$ และ $p=0.543$ ตามลำดับ) ยังไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สำหรับครั้งที่ 4 และ 5 หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวระหว่างการจัดครรภ์เป็นไปตามเกณฑ์ในสัดส่วนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.011$ และ $p=0.002$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่าการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวช่วงไตรมาสแรก จะเพิ่มขึ้นน้อยกว่าในไตรมาสที่ 2 และ 3 แต่การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวช่วงไตรมาสที่ 2 และ 3 จะมีผลทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (Jarman et al., 2016) โดยน้ำหนักตัวจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในไตรมาสที่ 2 ประมาณ 0.45-0.56 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ จากนั้นการเพิ่มขึ้นจะช้าลงในไตรมาสที่ 3 ซึ่งควรเพิ่ม 0.40-0.52 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ และพบว่าน้ำหนักตัวขณะตั้งครรภ์จะมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่อายุครรภ์ 26-28 สัปดาห์ (Galjaard et al., 2013) สูงสุดเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ภายหลังจากอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ไปจนกระทั่งคลอด น้ำหนักของสตรีตั้งครรภ์จะเพิ่มขึ้นได้ไม่เกิน 2 กิโลกรัม ซึ่งการลดลงของน้ำหนักตัวในช่วงไตรมาสที่ 3 เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของสตรีตั้งครรภ์ สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า ช่วงไตรมาสที่ 2 ร่างกายจะมีการสะสมไขมัน เพื่อนำไปใช้ใน ช่วงไตรมาสที่ 3 และช่วงการให้นมบุตรหลังคลอด น้ำหนักตัวของสตรีตั้งครรภ์ในช่วงนี้จึงเพิ่มขึ้นได้อย่างรวดเร็วและอาจเพิ่มขึ้นมากเกินเกณฑ์ได้หากสตรีตั้งครรภ์ไม่มีการควบคุมการบริโภคอาหารที่ได้รับพลังงานตามความจำเป็นของร่างกาย เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 3 ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายของมารดาและการทำงานของรก โดยมีการผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) มากขึ้นและขับออกจากร่างกายลดลง เป็นผลให้ระบบเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้น ร่างกายมีการเผาผลาญเร็วขึ้น จึงมีการดึงไขมันที่สะสมไว้มาใช้ ส่งผลให้น้ำหนักตัวช่วงนี้ไม่เพิ่มขึ้นหรือเพิ่มขึ้นน้อยกว่าเกณฑ์ แต่ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติ ซึ่งในระยะนี้ควรบริโภคอาหารที่พลังงานและสารอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และไตรมาสที่ 3 มารดาจะมีความรู้สึกไม่สบายตัวเนื่องจากขนาดของมดลูกขยายขนาดใหญ่มากขึ้น ทำให้มีอาการอึดอัด แน่นท้อง หรือคลื่นไส้ และทำให้มารดารับประทานอาหารน้อยลงได้น้ำหนักตัวจึงเพิ่มขึ้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (IOM, 2009)

จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของมารดาดังกล่าว อาจเป็นผลให้น้ำหนักตัวระหว่างการจัดครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง ในครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์มากกว่าตามเกณฑ์ แต่เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ต้องติดตามพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้สตรีตั้งครรภ์เริ่มเกิดความตระหนักและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารให้เหมาะสมมากขึ้น ทำให้น้ำหนักตัวเริ่มเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ในครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ และครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภิรัตน์ ศรีทองเหลือง และคณะ (2562) พบว่า การทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เกิดความตระหนักถึงความสำคัญและเห็นประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนัก การได้รับข้อมูลย้อนกลับสะท้อนภาวะโภชนาการ การสอบถามปัญหาและอุปสรรคผ่านไลน์ จะทำให้สามารถประเมินตนเองถึงพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่และน้ำหนักตัวที่

เพิ่มขึ้นว่ามีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อตนเองและทารกในครรภ์ เมื่อสตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติได้เหมาะสมและได้รับคำชมเชยหรือกำลังใจ จะส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ความสามารถของตนเองว่าสามารถควบคุมการบริโภคอาหารและน้ำหนักได้ เป็นผลให้เกิดแรงจูงใจที่คงไว้ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสมต่อเนื่อง

แม้ว่าน้ำหนักตัวเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่น้ำหนักตัวตามเกณฑ์ลดลงและไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากปัจจัยแทรกซ้อนที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายดังที่กล่าวข้างต้น แต่การศึกษาครั้งนี้ ทำให้เห็นแนวโน้มของกลุ่มทดลองที่ได้สะท้อนถึงผลของโปรแกรมในช่วงปลายของการตั้งครรภ์ ดังนั้น จึงควรเน้นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างต่อเนื่อง การติดตามปัญหาและอุปสรรค การให้คำแนะนำหรือให้กำลังใจแบบรายบุคคล และเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้ช่วยเหลือด้านการบริโภคอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัว เพื่อให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัวให้เป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการติดตามภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ด้วยวิธีการส่งข้อความ ทำให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึงประโยชน์ในการดูแลสุขภาพและมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น แม้ว่าผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความรู้ด้านสุขภาพขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับข้อความและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ซึ่งเป็นผลมาจากตัวแปรแทรกซ้อนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น ข้อจำกัดด้านเทคนิคของการส่งข้อความ เช่น สัญญาณมือถือขัดข้องหรือผู้เข้าร่วมปิดโทรศัพท์ มีการใช้โทรศัพท์ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้กลุ่มทดลองไม่ได้อ่านข้อความเอง เป็นต้น แม้ว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยไม่ต่างกัน แต่มีการรายงานว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น เช่น รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น การส่งข้อความผ่านทางโทรศัพท์ ช่วยย้ำเตือนข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างทราบอยู่แล้วให้เข้าถึงง่าย ทบทวนความรู้หรือสอบถามปัญหาได้ตลอดเวลา รู้สึกว่ามีคนใส่ใจและคอยสนับสนุน ซึ่งทำให้เริ่มคิดที่จะทำ เตรียมตัวจะทำและนำไปสู่การลงมือทำ (Lau, Cassidy, Hacking, Brittain, Haricharan, & Heap, 2014) และสอดคล้องกับการศึกษาการส่งข้อความเพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น โดยให้คำแนะนำและความรู้ด้านโภชนาการจากปัญหาและให้กำลังใจผ่านไลน์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความตระหนักและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ การได้รับข้อความที่มีความถี่ของการส่งข้อความสม่ำเสมอ เป็นเวลา และได้รับลักษณะของข้อความที่มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างโดยตรงเป็นผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดแรงจูงใจที่จะเข้ามา มีส่วนร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมนำไปสู่การบริโภคอาหารและควบคุมน้ำหนักตัวดีขึ้นต่อเนื่อง (ภัทรา สุวรรณโท และคณะ, 2562)

สรุป

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ใช้แนวคิด Self-efficacy ของ Bandura (1986) ประกอบไปด้วย การให้ความรู้ด้านโภชนาการและการควบคุมน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ผ่านการบรรยาย การให้คู่มือภาวะโภชนาการรูปแบบ E-book สื่อ Infographic สรุปความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การเรียนรู้สื่อวีดิทัศน์การบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ในไลน์แอปพลิเคชัน การให้รับชมสื่อวีดิทัศน์จากต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและการควบคุมน้ำหนักตัว การให้สตรีตั้งครรภ์เล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค การให้กำหนดเป้าหมายน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นการให้ฝึกเลือก

อาหาร ฝึกคำนวณดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นระหว่างและตลอดการตั้งครรภ์ ฝึกคำนวณ ปริมาณอาหาร และฝึกคำนวณพลังงานที่ควรได้รับ การให้บันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมาและ ร่วมกันวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ทราบภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหาร ของตนเอง มีแนวโน้มที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและเป็นผลให้น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ตามเกณฑ์ได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อนำมากำหนด เกณฑ์การคัดเข้าและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเกี่ยวกับประวัติ การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ยังไม่พบปัจจัยการใช้สารเสพติดในสตรีตั้งครรภ์

2. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้กำหนดระดับความเชื่อมั่น ค่าอิทธิพลการทดสอบ และใช้ค่าเฉลี่ยของตัว แปรเดียว โดยผู้วิจัยกำหนดค่าต่าง ๆ จากการศึกษาที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ของ Ryan and Sawin (2009) และการกำหนดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งใช้กรอบแนวคิดต่างกัน อีกทั้งการกำหนดค่า Power analysis กำหนดไว้ค่อนข้างสูง ผู้วิจัยต้องการศึกษาทั้งหมด 2 ตัวแปร ดังนั้น ต้องกำหนด Effect size โดยใช้ตัว แปรตาม 2 ตัว แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เยอะกว่า จึงทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของผลการวิจัย

3. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มได้จำนวนไม่ครบตามที่กำหนดในการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากจำนวน ผู้มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ปกติแต่ละวันมารับบริการไม่เท่ากัน ทำให้การดำเนินโปรแกรมไม่เป็นไปตามที่กำหนด

4. การออกแบบกิจกรรมที่ไม่ได้ส่งเสริม Self-efficacy ตามกรอบแนวคิดที่ควรจะเป็น และไม่ได้วัดผลลัพธ์หรือ ตัวแปรด้าน Self-efficacy โดยตรง

5. การเลือกใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความไวหรือความตรงไม่มากพอ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลผดุงครรภ์ สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองไปจัดกิจกรรมให้กับ สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ปกติ โดยศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมให้เข้าใจและทดลองใช้ก่อนพิจารณานำไป ปรับใช้อย่างเหมาะสม

ด้านการศึกษาพยาบาล

ผู้สอนสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้สอนขณะเรียนทฤษฎีหรือ ฝึกปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้วางแผนให้การพยาบาล ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมหรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นไม่เป็นไปตามเกณฑ์ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวของสตรีตั้งครรภ์ให้ครอบคลุม เพื่อนำมากำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2. ควรกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาที่ใช้กรอบแนวคิดเดียวกัน เพื่อให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เหมาะสมกับงานวิจัยและสามารถอ้างอิงผลการวิจัยไปสู่ประชากรได้

3. ควรดำเนินโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างให้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ในโปรแกรม เพื่อลดตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและความเบี่ยงเบนของผลลัพธ์ เนื่องจากการศึกษาได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการเข้ากลุ่มทำกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรม ซึ่งเป็นเงื่อนไขตั้งต้น

4. ควรออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริม Self-efficacy ตามกรอบแนวคิดที่ควรเป็น และควรกำหนด Self-efficacy เป็นตัวแปรที่ต้องศึกษา เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นโปรแกรมการส่งเสริม Self-efficacy และผู้รับบริการมีปัญหาในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองน้อย ดังนั้น จึงต้องทำการวัดผลตัวแปรนี้เพิ่มเติมด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องเหมาะสม

5. ควรเลือกใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความไวหรือความตรงให้มากพอในการวัดประเมินตัวแปรที่ทำการศึกษา เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของการวิจัยที่น่าเชื่อถือมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2565). *คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- จตุพร ก้าวศรี, นิลุบล รุจิระประเสริฐ, และศุภจิรา สืบสีสุข. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการโดยใช้สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันร่วมกับ การแจ้งเตือนต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 45(4), 18-29.
- เฉลิมพร ฤทัยผาด, และพรรณณี บัญชรหัตถกิจ. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารในสตรีตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 27(4), 347-353.
- ฐิติมา คาระบุตร, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการน้ำหนักเกินหรืออ้วน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(2), 40-53.
- ธารินทร์ ลีลาทิวานนท์, โสเพ็ญ ชูนวน, และสุนันทา ยังวนิชเศรษฐ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารนราธิวาสราชนครินทร์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 10(2), 25-37.
- บุญลิตา จันทร์ดี, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, และวรรณภา พาหุวัฒน์กร. (2557). ปัจจัยทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีขณะตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 339-347.
- วรภรณ์ บุญจิม, ปิยะนุช ชูโต, และบังอร ศุภวิจิตพัฒนา. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยการเฝ้าติดตามตนเองต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของสตรีขณะตั้งครรภ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(4), 177-185.
- วีรศักดิ์ เหลืองสุวรรณ. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่โรงพยาบาลสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์*, 13(1), 30-42.
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2565). *ผลสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565*. <https://www.etda.or.th>.

- นริศรา คงแก้ว, อนุธิดา ชัยพันธ์, ดุชนีย์ สุวรรณคง, และตัม บุนรอด. (2565). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารตามแนวทางของ DASH ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง อำเภอนาบอน จังหวัด นครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(6), 1008-1018.
- เนตรนภา บุญนาพิศาน. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรม สุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย นเรศวร.
- ประสพชัย พสุนนท์. (2557). ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในการวิจัยเชิงปริมาณ. *วารสารปาริชาติ มหาวิทยาลัย ทักษิณ*, 27(1), 144-163.
- ภัทรา สุวรรณโท, ปิยะนุช ชูโต และบังอร ศุภวิทิตพัฒนา. (2562). ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมต่อ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกายในสตรีตั้งครรภ์. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(1), 177-190.
- รัตนาภรณ์ ตามเที่ยงตรง, ศิริวรรณ แสงอินทร์ และวรรณิ เตียววิศเรศ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(1), 49-60.
- ลลันลลิต กันธิยะ, วัลภา สบายยิ่ง และนิรนาท แสนสา. (2560). ผลการใช้ชุดกิจกรรมแนะนำตามเทคนิคตัวแบบ สื่อสังคมเพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนมัธยม วัดธาตุทอง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช นนทบุรี.
- ศิริพร พรแสน และสุภาพัคตร์ หาญกล้า. (2564). การใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหาร ของสตรีตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาล มหาสารคาม*, 18(2), 97-104.
- ศุจิรัตน์ ศรีทองเหลือง, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. (2562). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ก่อนการตั้งครรภ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(4), 52-61.
- Abubakari, A., Asumah, M.N., & Abdulai, N.Z. (2023). Effect of maternal dietary habits and gestational weight gain on birth weight: an analytical cross-sectional study among pregnant women in the Tamale Metropolis. *Pan African Medical Journal*, 44(19), 1-19.
- Bandura, A. (1986). The explanation and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359- 373.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

- Chaipongpun, N., Punpuckdeekon, P. (2018). Adverse Outcomes of Pregnancy with Abnormal Weight Gain at Phramongkutklao Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(4), 217-227.
- Chairat, T., Ratinthorn, A., Limruangrong, P., & Boriboonthirunsarn, 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), 1-16.
- Deemongkol, P., Limruangrong, P., Phahuwatanakorn, W., & Boriboonthirunsarn, D. (2020). Predictive Factors of Gestational Weight Gain among Overweight and Obese Women. *Nursing Science Journal of Thailand*, 38(2), 46-58.
- Galjaard, S., Pexsters, A., Devlieger, R., Guelinckx, I., Abdallah, Y., Lewis, C., et al. (2013). The influence of weight gain patterns in pregnancy on fetal growth using cluster analysis in an obese and nonobese population. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 21(7), 1416-1422.
- Garnweidner-Holme, L., Henriksen, L., Torheim, L.E., & Lukasse, M. (2020). Effect of the Pregnant+ Smartphone App on the Dietary Behavior of Women with Gestational Diabetes Mellitus: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(11), e18614.
- Goławski, K., Giermaziak, W., Ciebiera, M., & Wojtyła, C. (2023). Excessive Gestational Weight Gain and Pregnancy Outcomes. *Journal of Clinical Medicine*, 12(9), 1-10.
- Goldstein, R.F., Abell, S.K., Misso, M.L., Ranasinha, S., Boyle, J., Black, M.H., Li, N., Hu, G., Corrado, F., Rode, L., Kim, Y.J., Jaugen, M., Song, W.O., Kim, M.H., Bogaerts, A., Devlieger, R., Chung, J., Teede, H. (2018). Gestational weight gain outside institute of medicine guidelines: Systematic review and meta-analysis of maternal and infant outcomes in over one million women. *Endocrine Reviews*, 38(3), 1-14.
- Herring, S. J., Cruice, J. F., Bennett, G. G., Rose, M. Z., Davey, A., & Foster, G. D. (2016). Preventing excessive gestational weight gain among African American women: A randomized clinical trial. *Obesity*, 24(1), 30-36.
- Institute of Medicine; IOM. (2009). *Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jarman, M., Yuan, Y., Pakseresht, M., Shi, Q., Robson, J.P., & Bell, C.R. (2016). Patterns and trajectories of gestational weight gain: A prospective cohort study. *Canadian Medical Association Journal: CMAJ Open*, 4(2), 338-345.

- Kennelly, M. A., Ainscough, K., Lindsay, K. L., O'Sullivan, E., Gibney, E. R., McCarthy, M., Segurado, R., DeVito, G., Maguire, O., Smith, T., Hatunic, M., & McAuliffe, F. M. (2018). Pregnancy exercise and nutrition with smartphone application support: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology, 131*(5), 818-826.
- Lau, Y. K., Cassidy, T., Hacking, D., Brittain, K., Haricharan, H. J., & Heap, M. (2014). Antenatal health promotion via short message service at a Midwife Obstetrics Unit in South Africa: A mixed methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 14*(1), 284.
- Martínez-Hortelano, J. A., Caverro-Redondo, I., Álvarez-Bueno, C., Garrido-Miguel, M., Soriano-Cano, A., & Martínez-Vizcaíno, V. (2020). Monitoring gestational weight gain and pre pregnancy BMI using the 2009 IOM guidelines in the global population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth, 20*(1), 1-12.
- Meng, Z., Xueqing, P., Honggang, Y., Shaowen, T., & Hua, Y. (2022). Determinants of excessive gestational weight gain: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Public Health, 80*(1), 1-12.
- O'Brien, E.C., Segurado, R., Geraghty, A.A., Alberdi, G., Rogozinska, E., Astrup, A., et al. (2019). Impact of maternal education on response to lifestyle interventions to reduce gestational weight gain: Individual participant data meta-analysis. *BMJ Open, 9*(8), e025620.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health, 29*(5), 489-497.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rhodes, A., Smith, A. D., Chadwick, P., Croker, H., & Llewellyn, C. H. (2020). Exclusively digital health interventions targeting diet, physical activity, and weight gain in pregnant women: Systematic review and meta-analysis. *JMIR MHealth and UHealth, 8*(7), 1-15.
- Rhodes, A., Smith, A. D., Chadwick, P., Croker, H., & Llewellyn, C. H. (2020). Exclusively digital health interventions targeting diet, physical activity, and weight gain in pregnant women: Systematic review and meta-analysis. *JMIR MHealth and UHealth, 8*(7), 1-15.
- Serbasa, M. L., Iffa, M. T., & Geleto, M. (2019). Factors associated with malnutrition among pregnant women and lactating mothers in Miesso Health Center, Ethiopia. *European Journal of Midwifery, 3*(July), 1-5.

- Silva, T. P. R. da, Viana, T. G. F., Pessoa, M. C., Felisbino-Mendes, M. S., Inácio, M. L. C., Mendes, L. L., Velasquez-Melendez, G., Martins, E. F., & Matozinhos, F. P. (2022). Environmental and individual factors associated with gestational weight gain. *BMC Public Health*, *22*(1), 1-11.
- Siriarunrat, S., Tachasukri, T., & Deoisres, W. (2018). Prevalence and Factors Affected to Excessive Gestational Weight Gain among Pregnant Women in the Eastern part of Thailand. *Journal of Public Health*, *32*(3), 19-36.
- Suliga, E., Rokita, W., Adamczyk-Gruszka, O., Pazera, G., Cieśła, E., & Głuszek, S. (2018). Factors associated with gestational weight gain: A cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *18*(1), 1-11.
- Sun, Y., Shen, Z., Zhan, Y., Wang, Y., Ma, S., Zhang, S., Liu, J., Wu, S., Feng, Y., Chen, Y., Cai, S., Shi, Y., Ma, L., & Jiang, Y. (2020). Effects of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on maternal and infant complications. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), 1-13.
- Sunsaneevitayakul, P., Sompagdee, N., Asad-Dehghan, M., & Talungchit, B. S. W. P. (2022). Effect of Gestational Weight Gain on Overweight and Obese Pregnant Women. *Siriraj Medical Journal*, *74*(6), 364-370.
- Waleetorncheepsawat, N., Phattanchindakun, B., & Boriboonhirunsarn, D. (2022). Association between Gestational Weight Gain and Small for Gestational Age in Underweight Pregnant Women. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *30*(6), 376-384.

ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

พัชรินทร์ บุญเสริม, พย.ม.*

พนัชกร ศรีมงคล, พย.ม.* และ คณพศ หินเมืองเก่า, พย.ม.**

บทคัดย่อ

การเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุในประเทศไทยส่งผลให้เกิดความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญ โดยเฉพาะปัญหาภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment: MCI) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีความเสี่ยงสูงที่พัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อม งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI กลุ่มตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ใช้แบบประเมิน Montreal cognitive assessment (MoCA) วัดผลก่อน-หลัง และติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าทีแบบอิสระ (Independent t-tests) และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.152$, $p = .038$) ในระยะหลังการทดลอง และยังคงสูงกว่าในเชิงตัวเลขในระยะติดตามผล 1 เดือน และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่คะแนนระหว่างหลังการทดลองกับระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ($p = .171$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดที่ผสมผสานกิจกรรม 6 ด้านของการรู้คิด สามารถพัฒนาการรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การวิจัยในอนาคตควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลเพื่อยืนยันผลลัพธ์ที่ยั่งยืนของโปรแกรม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย, โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนออก จังหวัดชัยภูมิ

Corresponding E-mail: maywadee.sr@cpru.ac.th

(Received: September 11, 2025; Revised: December 6, 2025; Accepted: March 1, 2026)

The effect of a cognitive stimulation program on the cognitive function of elderly people with mild cognitive impairment

Pattarin Boonserm, M.N.S.*

Phanatchakorn Srimongkol, M.N.S.* & Khanaphobd Hinmuangkaou, M.N.S.**

Abstract

The continued increase in the elderly population in Thailand presents a significant public health challenge, particularly the increasing prevalence of mild cognitive impairment (MCI) and the high risk of progression to dementia. This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a cognitive stimulation program on the cognitive function of elderly people with MCI. Forty participants were randomly allocated into experimental (n=20) and control (n=20) groups. The experimental group participated in a 6 session of the cognitive stimulation program, each lasting 90 minutes. Cognitive function was measured using the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) at three time points: pre-intervention, post-intervention, and at a 1 month follow up. Data were analyzed using Independent t-tests and repeated measures ANOVA.

The results revealed that the mean cognitive score of the experimental group was significantly higher than the control group at the post-intervention period ($t=2.152, p=.038$). Furthermore, within the experimental group, the mean cognitive scores at the post-intervention and 1 month follow up periods were significantly higher than the pre-intervention scores ($p<.001$), but there was no significant difference between the post-intervention and follow-up scores ($p=.171$). These findings suggest that the cognitive stimulation program integrating activities from six cognitive domains is an effective intervention for improving cognitive function in elderly people with MCI. However, future research should extend follow-up periods to confirm the sustainable of the program's effects.

Keywords: Elderly, Mild cognitive impairment, Cognitive stimulation program

*Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

**Non Kok Subdistrict Health Promoting Hospital, Chaiyaphum

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 โลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ที่สำคัญ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว สำหรับประเทศไทยจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุมากกว่า 13.06 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรไทย และมีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 9,557,492 คน คิดเป็นร้อยละ 14.74 ของประชากรไทย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) ทำให้ในปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged Society) ในขณะที่วัยเด็กและวัยแรงงานลดลงเรื่อยๆ ถ้าสถานการณ์โครงสร้างของประชากรเป็นเช่นนี้ คาดการณ์ว่าในปี 2585 ประชากรไทยจะลดลงเหลือ 60 ล้านคน ในขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.44 เข้าสู่สังคมสูงอายุสุดยอด (super-aged society) (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุส่งผลให้เกิดความท้าทายหลายด้าน ทั้งสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพที่เรื้อรัง ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ในขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานต่าง ๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุก็เสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้มักพบปัญหาทางด้านสุขภาพทั้งโรคทางกายและทางสมอง โดยเฉพาะการเสื่อมถอยของระบบประสาทและสมอง ส่งผลให้ศักยภาพด้านความคิด ความจำ และศักยภาพด้านอื่น ๆ ของผู้สูงอายุค่อยๆ ลดลงจนอาจนำไปสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อมได้

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เกิดขึ้นจากการสูญเสียความสามารถการรู้คิดในการทำงานของสมองซึ่งส่งผลเสียต่อการทำงาน การประกอบกิจวัตรประจำวันและการอยู่ร่วมกับสังคม โดย ภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งในปี ค.ศ. 2020 พบว่ามีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั่วโลกประมาณ 55 ล้านคน และในอนาคตคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากถึง 78 ล้านคน ในปี ค.ศ.2030 และเพิ่มขึ้นถึง 139 ล้านคน ในปี ค.ศ.2050 (World Alzheimer Report 2022) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกยืนยันความรุนแรงของปัญหานี้ โดยพบว่าในปี 2021 มีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั่วโลก 57 ล้านคน และในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรยใหม่เพิ่มขึ้นปีละเกือบ 10 ล้านคน (World health organization. 2025) สำหรับในประเทศไทย ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยสถิติในปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565 มีจำนวน 6.5 แสนคน, 6.8 แสนคน และ 7.7 แสนคน ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ซึ่งสถิติเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการจัดการปัญหาสุขภาพสมองของผู้สูงอายุ

ก่อนที่จะมีพยาธิสภาพรุนแรงจนเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้น อาการเริ่มแรกที่มักพบคือผู้สูงอายุจะมีภาวะการรู้คิดที่บกพร่องหรือเสื่อมถอยลง ซึ่งเรียกว่า ภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment) โดยเฉพาะภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment : MCI) ซึ่งเป็นภาวะที่อยู่ระหว่างการหลงลืมปกติ (Normal forgetfulness) กับภาวะสมองเสื่อมระยะแรก (Early dementia) ผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จะมีการเปลี่ยนแปลงของสมองด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้าน จากทั้งหมด 6 ด้าน (American Psychiatric Association [APA], 2022) ได้แก่ 1) ความใส่ใจเชิงซ้อน (Complex attention) 2) ความสามารถในการบริหารจัดการ (Executive function) 3) การเรียนรู้และความจำ (Learning and memory) 4) ความสามารถด้านการรับรู้ก่อบุคลิกสัมพันธ์ (Vasoconstriction-perceptual ability) 5) การใช้ภาษา (Language) และ 6) ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว (Social cognition) แม้ว่าความบกพร่องเหล่านี้จะยังไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน แต่หากไม่ได้รับ

การดูแลที่เหมาะสม ภาวะ MCI อาจพัฒนาไปเป็นภาวะสมองเสื่อมได้ในที่สุด โดยมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 10 – 15 ในทุก ๆ 1 ปีที่ผ่านมา (อรรวรรณ์ คูหา, 2563)

การศึกษาความชุกของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปทั่วโลก อยู่ที่ร้อยละ 15 – 20 (Petersen, 2016) ขณะที่การวิเคราะห์ทอภิมานของ Hu et al. (2017) รายงานความชุกของ MCI โดยรวมทั้งโลกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 16 สำหรับในประเทศไทย พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 21 (Senanarong et al., 2013) และจากการศึกษาของ Griffiths et al. (2020) พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสูงถึงร้อยละ 71.4 ในชนบทของไทย ซึ่งสูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยามั่นล้วน และคณะ (2564) พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสูงถึงร้อยละ 81.42 ในบริบทของพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health data center: HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ (2568) พบว่าสถานการณ์ภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยจากการคัดกรองด้วย Mini-Cog ในภาพรวมจังหวัด พบความชุกของผู้มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติด้านความคิดความจำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.93 ในปี 2566 เป็นร้อยละ 15.56 ในปี 2567 สถานการณ์ดังกล่าวมีความสอดคล้องกับพื้นที่ที่ศึกษาในอำเภอเมืองชัยภูมิ ซึ่งพบความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.58 เป็น 15.32 ในช่วงเวลาเดียวกัน ข้อมูลเชิงประจักษ์นี้ยืนยันถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมถาวร เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI มีความเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นภาวะสมองเสื่อมในอนาคต และจะมีการดำเนินโรคกลายเป็นโรคอัลไซเมอร์ ร้อยละ 6 – 15 ต่อปี (ภรณวิทย์ อนันต์ดิลลฤทธิ, 2566) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ครอบครัว และระบบสาธารณสุขในระยะยาว

องค์ความรู้ด้านการชะลอความเสื่อมของสมองมีความก้าวหน้าอย่างมาก โดยเฉพาะการบำบัดด้วยวิธีไม่ใช้ยา (Non-pharmacological intervention) โดยมุ่งเน้นการกระตุ้นสมองอย่างต่อเนื่องผ่านกิจกรรมทางกายและสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชะลอการถดถอยของการรู้คิดและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ซึ่งรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมจึงมักใช้วิธีการเพิ่มการรู้คิด โดยการกระตุ้นการรู้คิด การฝึกการรู้คิด และการฟื้นฟูการรู้คิด โดยให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายและสังคมอย่างต่อเนื่องร่วมกับการกระตุ้นสมองผ่านกิจกรรมต่าง ๆ งานวิจัยระยะยาวของ Belleville et al. (2024) ซึ่งติดตามผลถึง 5 ปี ยืนยันว่าการฝึกกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Training) สามารถชะลอการถดถอยของความจำและคะแนนการรู้คิดโดยรวมได้จริงและมีความยั่งยืน ในประเทศไทย จากการศึกษาของปิ่นมณี สุวรรณโมลี และจิราพร เกษพิชญวัฒนา (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความจำหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของจากรวรรณ์ ก้านศรีและคณะ (2560) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมบริหารสมองมีคะแนนความสามารถของสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังประเมินเพียงผลระยะสั้นและขาดองค์ความรู้เรื่องความยั่งยืนของผลการบำบัดในบริบทผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นช่องว่างทางความรู้ที่สำคัญ นอกจากนี้ ในด้านรูปแบบกิจกรรม จากการศึกษาของ Spector et al. (2024) ได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation Therapy: CST) ไปสู่รูปแบบเสมือนจริง (Virtual CST) เพื่อตอบสนองต่อข้อจำกัดด้านการเข้าถึงในสังคมตะวันตก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงวิวัฒนาการของการ

ปรับตัวให้เข้ากับบริบทของผู้รับบริการ แต่สำหรับการนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชนชนบทของไทย รูปแบบที่เน้นการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมแบบเผชิญหน้า ยังคงมีความสำคัญสูงสุด เนื่องจากวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในท้องถิ่นยังผูกพันกับการรวมกลุ่ม และเมื่อพิจารณางานวิจัยในประเทศที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่มักเป็นการฝึกทักษะเฉพาะด้าน หรือขาดการบูรณาการกิจกรรมให้ครอบคลุมการทำงานของสมองที่ซับซ้อน ผู้วิจัยจึงตระหนักและสนใจที่จะพัฒนาและศึกษาผลของ "โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดแบบบูรณาการ 6 ด้าน" ที่ออกแบบมาให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของจังหวัดชัยภูมิ และมีการติดตามผล เพื่อพิสูจน์ความยั่งยืนของโปรแกรม โดยมุ่งหวังให้เป็นต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ในระดับชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง และลดภาระของระบบสาธารณสุขในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

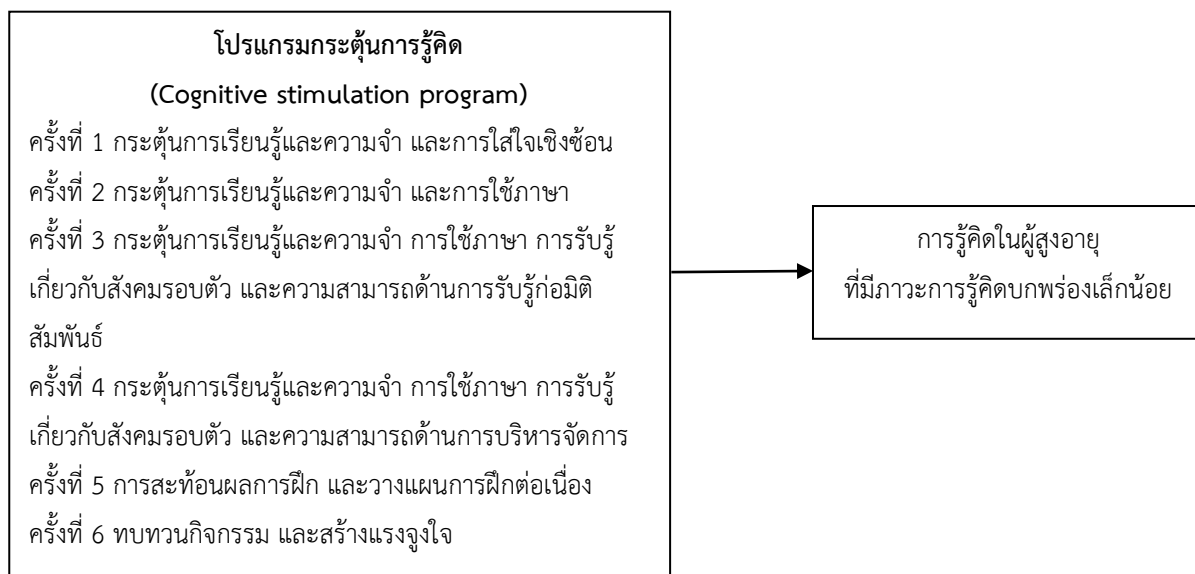
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้บูรณาการแนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive Stimulation Therapy: CST) ที่พัฒนาโดย Spector et al. (2003) กับโปรแกรมการฝึกสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Training for executive function, attention, Memory and Visuospatial Function: TEAM-V) ของอรวรรณ คูหา (2563) โดยนำหลักการกระตุ้นสมองเชิงองค์รวมของ CST เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม กิจกรรมที่มีความหมาย และการกระตุ้นหลายมิติ มาผสานกับการฝึกสมรรถนะสมองเฉพาะด้านใน TEAM-V ได้แก่ ความจำ ความสนใจ การบริหารจัดการ และมิติสัมพันธ์ กิจกรรมถูกออกแบบให้ค่อย ๆ เพิ่มระดับความยาก เน้นการมีส่วนร่วมและการฝึกซ้ำเพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาการรู้คิดในหลายด้านอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม คือมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีการวัดผลก่อน หลังการทดลอง และติดตามผล (two Group pretest-posttest Design with Follow-up)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 35,468 คน (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2568)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 เลือก F-test Statistical Test เลือก ANOVA : Repeated measures, within-between interaction กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size f^2) 0.25 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่ากำลังการทดสอบ (Power) = 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 28 คน ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัยและเพิ่มกำลังการทดสอบ (Power) จึงกำหนดกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นจึงทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random assignment)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่สมัครใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย 2) มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment) โดยประเมินด้วยแบบประเมิน Montreal cognitive assessment-Basic ได้คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 3) ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) ได้คะแนนไม่เกิน 4

คะแนน 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยมีการมองเห็น การพูด การได้ยิน และช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ และ 5) มีความสามารถในการอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บข้อมูลวิจัย 2) ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยมีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ปัญหาสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal cognitive assessment: MoCA) พัฒนาโดย Nasreddine et al. (2005) และแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย โสฬพัทธ์ เหมรัญโรจน์ (2554) ซึ่งใช้คัดกรองภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย โดยผู้วิจัยมีความชำนาญในการใช้เครื่องมือจากการผ่านการฝึกอบรมทักษะภายใต้หลักสูตรการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ของกรมสุขภาพจิต แบบประเมินชุดนี้มีคะแนนรวม 30 คะแนน ประกอบด้วยการประเมินการรับรู้มิติสัมพันธ์/หน้าที่บริหารจัดการของสมอง (Visuospatial/ Executive function) 5 คะแนน การเรียกชื่อ (Naming) 3 คะแนน ความคิดเชิงนามธรรม (Abstraction) 2 คะแนน การระลึกถึงคำก่อนหน้า (Delayed recall) 5 คะแนน การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) 6 คะแนน โดยมีจุดตัดของคะแนนคือ 25 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation program) ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมขึ้นโดยกรรสังเคราะห์องค์ความรู้จากแนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นการรู้คิด (CST) ของ Spector et al. (2003) ร่วมกับโปรแกรมการฝึกสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (TEAM-V) ของอรวรรณ คูหา (2563) และรูปแบบกิจกรรมจากงานวิจัยของสาวตรี จีระยา (2561) โดยออกแบบเป็นชุดกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation program) ที่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านของการรู้คิด ได้แก่ การเรียนรู้และความจำ การใส่ใจเชิงซ้อน การใช้ภาษา การรับรู้เกี่ยวกับสังครอบตัว ความสามารถด้านการรับรู้มิติสัมพันธ์ และความสามารถด้านการบริหารจัดการ จัดกิจกรรมดำเนินการ ณ ศาลาเอนกประสงค์ของ อบต. โดยจัดในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที กิจกรรมแต่ละครั้งถูกลำดับขั้นตอนจากระดับง่ายไปสู่ระดับที่ซับซ้อนขึ้น เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ เพื่อความต่อเนื่องของการกระตุ้นสมอง ในช่วงว่างระหว่างสัปดาห์ ผู้วิจัยได้มอบหมาย การบ้าน โดยได้จัดทำแฟ้มสะสมผลงานการกระตุ้นการรู้คิด ออกแบบเป็นแฟ้มห้วงที่สามารถเพิ่มเติมเอกสารได้ เพื่อใช้สำหรับรวบรวมใบความรู้และแบบฝึกหัดการบ้านในแต่ละสัปดาห์ โดยให้ผู้สูงอายุเก็บเข้าแฟ้มสะสมผลงานด้วยตนเอง เพื่อฝึกทักษะการบริหารจัดการและใช้เป็นเครื่องมือช่วยจำให้ผู้สูงอายุสามารถเปิดทบทวนกิจกรรมที่ทำผ่านมาได้อย่างเป็นรูปธรรม รายละเอียดกิจกรรมดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับกลุ่มการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของชุมชน ได้แก่ การได้รับคู่มือความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น และการได้รับการเยี่ยมติดตามสุขภาพตามวงรอบปกติจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุขจาก รพ.สต. โดยผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปแทรกแซงกิจกรรมในกลุ่มนี้ระหว่างการทดลอง

ตารางที่ 1 วัตถุประสงค์และรายละเอียดกิจกรรมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด

| ครั้งที่ | วัตถุประสงค์ | รายละเอียดกิจกรรม |
|--|---|--|
| ครั้งที่ 1 จดจำ ใบหน้า เชื่อม สายใยความ ทรงจำ | เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่าง ผู้วิจัยและผู้เข้า ร่วมกิจกรรมทุกคน กระตุ้น ความจำเกี่ยวกับบุคคลและ ใบหน้า และฝึกทักษะ การใส่ใจและการจดจำ | องค์ประกอบ: กระตุ้นการเรียนรู้และความจำ และการใส่ใจเชิงซ้อน กิจกรรม 1. สร้างสัมพันธ์ภาพด้วยการแนะนำตัว บอกชื่อ จุดเด่นบนใบหน้า และ กิจกรรมที่ชอบทำ เทคนิค "การจำใบหน้าและชื่อ" โดยใช้หลักการ Space retrieval techniques และ Errorless learning 2. กระตุ้นการใส่ใจเชิงซ้อนด้วยการเคลื่อนไหวตามตาราง 9 ช่อง ร้อง เพลงดอกไม้บาน ประกอบท่าทางเพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหว 3. แจกสมุดคู่มือการทำกิจกรรมแนะนำการเขียนอัตชีวประวัติและ แผนภูมิครอบครัวของตนเองเพื่อทบทวนควาจำระยะยาว การบ้าน 1. ให้ทำอัตชีวประวัติของตนเองให้สมบูรณ์ 2. ฝึกจำชื่อและใบหน้าของสมาชิกในกลุ่ม |
| ครั้งที่ 2 ฟัง อย่างตั้งใจ เล่า เรื่องราวชีวิต | เพื่อกระตุ้นความจำระยะสั้น และระยะยาว ฝึกทักษะการใช้ ภาษาและการสื่อสาร และฝึก การจดจำและรู้เท่าทัน สิ่งรอบกวนความสนใจ | องค์ประกอบ: กระตุ้นการเรียนรู้และความจำ และการใช้ภาษา กิจกรรม 1. ทบทวนการบ้านและเปิดโอกาสให้ซักถาม 2. ทบทวนและกระตุ้นความจำโดยการทบทวนชื่อและใบหน้าของ สมาชิกในครั้งก่อน 3. กิจกรรมตาราง 9 ช่อง (ต่อเนื่อง) เพิ่มความซับซ้อน 4. ฝึกการอยู่กับปัจจุบันด้วยการรับรู้เสียงและการเลือกใส่ใจโดยเปิด เสียงบทความสั้น ๆ ให้ฟังพร้อมเพลงคลอเบาๆ 5. กิจกรรมชีวิตของฉันโดยให้ทุกคนเล่าเรื่องที่ประทับใจในชีวิต สมาชิก คนอื่นๆ ฟังและตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นทักษะการใช้ภาษา เชื่อมโยง เรื่องราวกับประสบการณ์ของกลุ่ม การบ้าน 1. ฝึกการเคลื่อนไหวตาราง 9 ช่อง 2. ฝึกการฟังอย่างมีสติโดยให้ตั้งใจฟังเรื่องราวที่สนใจในแต่ละวัน แล้ว บันทึกสั้นๆ |
| ครั้งที่ 3 รอบรู้ มิติสัมพันธ์ แผนที่แห่ง ความทรงจำ | เพื่อพัฒนาความสามารถด้าน มิติสัมพันธ์ การรับรู้ตำแหน่ง และทิศทางในพื้นที่ และ ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทาง สังคม | องค์ประกอบ: กระตุ้นการเรียนรู้และความจำ การใช้ภาษา การรับรู้ เกี่ยวกับสังคมรอบตัว และความสามารถด้านการรับรู้ก้อมิติสัมพันธ์ กิจกรรม 1. ทบทวนการบ้านและเปิดโอกาสให้ซักถาม เคลื่อนไหวร่างกาย ประกอบเพลงดอกไม้บาน 2. กิจกรรม “กรรไกร ไซ้ ผ้าไหม” เพื่อกระตุ้นสมองซีกซ้าย-ขวา |

| ครั้งที่ | วัตถุประสงค์ | รายละเอียดกิจกรรม |
|--|--|---|
| | | <p>3. กิจกรรมการรับรู้ด้านมิติสัมพันธ์ โดยการนับจำนวนรูปทรงในภาพ บอกตำแหน่งสถานที่ในแผนที่ เขียนแผนที่จากบ้านไปยังสถานที่คุ้นเคย</p> <p>4. แบ่งกลุ่มย่อยสร้างแผนที่แสดงเส้นทางจากจุดหนึ่งไปอีกจุดหนึ่ง นำเสนอและอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น</p> <p>การบ้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ฝึกการเคลื่อนไหวตาราง 9 ช่อง 2. เขียนแผนที่จากบ้านไปยังสถานที่จัดกิจกรรม โดยระบุจุดสังเกตต่างๆ |
| ครั้งที่ 4 ภาพ และตัวเลขใน ความทรงจำ จัดบ้านอย่างมี เหตุผล | เพื่อพัฒนาความจำเกี่ยวกับ ภาพและตัวเลข ทักษะการบริหารจัดการ (Executive function) และส่งเสริมการ แก้ปัญหาและการตัดสินใจ | <p>องค์ประกอบ: กระตุ้นการเรียนรู้และความจำ การใช้ภาษา การรับรู้ เกี่ยวกับสังคมรอบตัว และความสามารถด้านการบริหารจัดการ</p> <p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนการบ้านและเปิดโอกาสให้ซักถาม 2. กระตุ้นสมองซีกซ้าย-ขวา ด้วยการเคลื่อนไหวมือและร่างกาย และ ทบทวนกิจกรรม “กรรไกร ไข่ ผ้าไหม” 3. กิจกรรมจินตนาการสร้างภาพจากคำบรรยาย 4. กิจกรรมความจำภาพและแผนที่ แล้ววาดภาพจากความจำ 5. กิจกรรมจำตัวเลข เช่น เลขบัตรประชาชน เบอร์โทรศัพท์โดยใช้ เทคนิคการแบ่งหมวดหมู่ 6. วาดแผนผังห้องที่ต้องการจัด วางแผนการเลิกใช้และจัดวาง เฟอร์นิเจอร์ นำเสนอและอธิบายเหตุผล <p>การบ้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ฝึกกระตุ้นสมองซีกซ้าย-ขวา 2. ฝึกจำตัวเลขในชีวิตประจำวัน 3. จัดบ้านของตนเองให้เป็นระเบียบ |
| ครั้งที่ 5 เรียนรู้กันลืม เติมเต็ม ศักยภาพ | เพื่อทบทวนความก้าวหน้า และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ระบุปัญหาอุปสรรคในการฝึก เพื่อวางแผนการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง | <p>การสะท้อนผลการฝึกและวางแผนการฝึกต่อเนื่อง</p> <p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนการบ้านและเปิดโอกาสให้ซักถาม 2. กิจกรรมออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และทบทวนตาราง 9 ช่อง 3. ระดมความคิดเกี่ยวกับสิ่งของที่มีกลิ่นฉุน วางแผนวิธีจัดการกลิ่น แลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิธีแก้ไข 4. สะท้อนความรู้สึกและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ระบุกิจกรรมที่ชอบ และไม่ชอบพร้อมเหตุผล 5. ระบุปัญหาอุปสรรคในการฝึกและแนวทางแก้ไข <p>การบ้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ฝึกการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ 2. ปรับสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการล้ม |

| ครั้งที่ | วัตถุประสงค์ | รายละเอียดกิจกรรม |
|----------------|----------------------------|---|
| ครั้งที่ 6 | ทบทวนและสรุปกิจกรรม | ทบทวนกิจกรรมและสร้างแรงจูงใจ |
| บริหารเงิน | ทั้งหมด และสร้างแรงจูงใจใน | กิจกรรม |
| อย่างมีสติ | การฝึกฝนต่อเนื่อง วาง | 1. ทบทวนการบ้านและเปิดโอกาสให้ซักถาม |
| ฝึกฝนต่อเนื่อง | แผนการนำทักษะไป | 2. กิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ |
| | ประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน | เคลื่อนไหวประกอบเพลงดอกไม้บาน ฝึกตาราง 9 ช่อง และ ฝึกกระตุ้น สมอง 2 ซีก |
| | | 3. วางแผนการใช้จ่ายเงินตามงบประมาณที่กำหนด การตัดสินใจเลือก ซื้อสินค้า และการบันทึกค่าใช้จ่ายและวิเคราะห์การใช้จ่าย |
| | | 4. สรุปทบทวนกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ผลลัพธ์ที่ได้ และวางแผนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ฝึกฝนด้วยตนเองที่บ้าน จากนั้นจึงทำการ นัดหมายเพื่อประเมินผลซ้ำอีก 1 เดือน |

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การสร้างและพัฒนาโปรแกรมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation program) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากวรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วย และบุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม

2. นำข้อมูลที่ได้มากำหนดเป็นกรอบโครงสร้างของโปรแกรม และขอบเขตของเนื้อหาเพื่อสร้างโปรแกรมที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ

3. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน สาขาผู้สูงอายุ 1 คน และพยาบาลจิตเวช 1 คน และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 รายเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ความเหมาะสมของระยะเวลา และความยากง่ายของกิจกรรม จากนั้นจึงนำผลสะท้อนกลับมาปรับปรุงแก้ไขจนได้โปรแกรมฉบับสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

4. แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal cognitive assessment: MoCA) ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่น (Reliability) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีการคำนวณหาค่าคงที่ภายใน (Internal Consistency) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ตามเอกสารรับรองเลขที่ HE 68-1-008 วันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงแก่อาสาสมัครในรายละเอียดของเหตุผลและวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน ระยะเวลา และการปฏิบัติตนในการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และอธิบายให้อาสาสมัครเข้าใจว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้ซึ่งการไม่เข้าร่วมจะไม่ส่งผลต่อ

การดูแลรักษาแต่อย่างใด ข้อมูลของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการจะเป็นความลับและข้อมูลการวิจัยรวมถึงการอภิปรายผลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยเอกสารทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาในที่ปลอดภัยและจะถูกทำลายเมื่อครบกำหนด เมื่ออาสาสมัครยินดีและตอบรับเข้าร่วมโครงการจะให้อาสาสมัครลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความปลอดภัยและประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งเตรียมมาตรการป้องกันและลดความเสี่ยง ได้แก่ การแจ้งเตือนนัดหมายล่วงหน้า 1 วัน ประสานงานร่วมกับญาติและ อสม. ในการอำนวยความสะดวกและดูแลความปลอดภัยระหว่างการเดินทางรับ-ส่ง รวมถึงความเสี่ยงทางกายภาพระหว่างทำกิจกรรมที่ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อการเสียการทรงตัวหรือพลัดตกหกล้ม ผู้วิจัย จะประเมินภาวะสุขภาพก่อนเริ่มกิจกรรมทุกครั้ง และได้จัดเตรียมสถานที่ที่มีความปลอดภัย พื้นผิวเรียบไม่ลื่น และจัดให้มีผู้ช่วยวิจัย อสม. คอยดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ พร้อมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้พร้อมใช้งานตลอดระยะเวลากิจกรรม

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายให้อาสาสมัครเข้าใจว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้ ซึ่งการไม่เข้าร่วมจะไม่ส่งผลต่อการดูแลรักษาแต่อย่างใด ข้อมูลของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการจะเป็นความลับ ข้อมูลการวิจัยรวมถึงการอภิปรายผลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่ออาสาสมัครยินดีและตอบรับเข้าร่วมโครงการจะให้อาสาสมัครลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย"

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการดังนี้ 1) เตรียมเครื่องมือวิจัยทั้งแบบสอบถามและโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง 2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงและขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง 3) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองโดยเข้าร่วมโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จำนวน 6 ครั้ง สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ 4) ผู้วิจัยติดตามหลังการทดลองและเก็บข้อมูล นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ 5) นำข้อมูลที่ได้มาจัดระเบียบ ลงรหัส 6) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ Mixed ANOVA (Repeated Measures ANOVA) และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบค่าที (t-test for independent samples)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด 20 คน และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ 20 คน จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณสมบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันในด้านลักษณะประชากร ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 69.70 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 69.50 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพ หม้าย/หย่า/แยก จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 3,050.00 บาท กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ย 2,755.00 บาท และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ลักษณะประชากร | กลุ่มทดลอง (n = 20) | | กลุ่มควบคุม (n = 20) | | ค่าสถิติ | p-value |
|-------------------|----------------------------------|--------|----------------------------------|--------|----------------------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| เพศ | | | | | .173 ¹ | 1.000 |
| ชาย | 4 | 20.00 | 3 | 15.00 | | |
| หญิง | 16 | 80.00 | 17 | 85.00 | | |
| อายุ | | | | | 196.500 ³ | .924 |
| 60 – 64 ปี | 7 | 35.00 | 6 | 30.00 | | |
| 65 – 69 ปี | 3 | 15.00 | 5 | 25.00 | | |
| 70 – 74 ปี | 6 | 30.00 | 5 | 25.00 | | |
| 75 – 80 ปี | 3 | 15.00 | 3 | 15.00 | | |
| 80 ปีขึ้นไป | 1 | 5.00 | 1 | 5.00 | | |
| | (M = 69.70, SD = 6.31) | | (M = 69.50, SD = 6.10) | | | |
| สถานภาพสมรส | | | | | .530 ¹ | 1.000 |
| โสด | 2 | 10.00 | 1 | 5.00 | | |
| สมรส | 6 | 30.00 | 7 | 35.00 | | |
| หม้าย/หย่า/แยก | 12 | 60.00 | 12 | 60.00 | | |
| การศึกษา | | | | | .567 ¹ | 1.000 |
| ประถมศึกษา | 12 | 60.00 | 13 | 65.00 | | |
| มัธยมต้น/ ปวช. | 5 | 25.00 | 4 | 20.00 | | |
| มัธยมปลาย/ปวส. | 2 | 10.00 | 2 | 10.00 | | |
| ปริญญาตรี | 1 | 5.00 | 1 | 5.00 | | |
| อาชีพ | | | | | .648 ¹ | .941 |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 4 | 20.00 | 5 | 25.00 | | |
| เกษตรกร | 9 | 45.00 | 7 | 35.00 | | |
| รับจ้าง | 4 | 20.00 | 5 | 25.00 | | |
| ค้าขาย | 3 | 15.00 | 3 | 15.00 | | |
| รายได้ (ต่อเดือน) | | | | | 197.500 ³ | .946 |
| ต่ำกว่า 3,000 บาท | 14 | 70.00 | 14 | 70.00 | | |
| 3,001 - 5,000 บาท | 4 | 20.00 | 4 | 20.00 | | |
| 5,001 บาทขึ้นไป | 2 | 10.00 | 2 | 10.00 | | |
| | (M = 3,050.00, SD = 2,780.10) | | (M = 2,755.00, SD = 1,991.42) | | | |

| ลักษณะประชากร | กลุ่มทดลอง (n = 20) | | กลุ่มควบคุม (n = 20) | | ค่าสถิติ | p-value |
|------------------|---------------------|--------|----------------------|--------|-------------------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| ปัญหาสุขภาพ | | | | | .102 ² | .749 |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 9 | 45.00 | 9 | 45.00 | | |
| มีโรคประจำตัว | 11 | 55.00 | 11 | 55.00 | | |

¹Fisher's exact test, ²Chi-square test, ³Mann-Whitney U test,

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองสูงและกลุ่มควบคุม

ผลการวิเคราะห์ก่อนการได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดระหว่างกลุ่มทดลองสูงและกลุ่มควบคุม เพื่อให้มั่นใจว่าความแตกต่างที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด เป็นผลจากการได้รับโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิด พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t = .073, p = .942$) ระยะเวลาหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ($M = 19.40, SD = 4.73$) มีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 16.50, SD = 3.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.152, p = .038$) และในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลอง ($M = 19.00, SD = 4.85$) ยังคงมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 16.25, SD = 3.90$) ในเชิงตัวเลข แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t = 1.979, p = .055$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองสูงและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

| MoCA test | กลุ่มทดลอง (n = 20) | | กลุ่มควบคุม (n = 20) | | t | p-value |
|----------------------|---------------------|------|----------------------|------|--------|---------|
| | M | SD | M | SD | | |
| ระยะก่อนการทดลอง | 16.75 | 4.47 | 16.65 | 4.17 | .730 | .942 |
| ระยะหลังการทดลอง | 19.40 | 4.73 | 16.50 | 3.74 | 2.152* | .038 |
| ระยะติดตามผล 1 เดือน | 19.00 | 4.85 | 16.25 | 3.90 | 1.979 | .055 |

* p -value < .05, $df = 38$

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

การวิเคราะห์ Mixed ANOVA (Repeated Measures ANOVA) เพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มทดลองในสามช่วงเวลา ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับความแปรปรวนร่วมของคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดโดยใช้ Mauchly's test of sphericity พบว่า สมมติฐานความกลมกลืนของความแปรปรวนร่วมเป็นจริง ($\chi^2(2) = 3.16, p = .206$) ดังนั้นจึงใช้การวิเคราะห์จากค่าสมมติฐานเป็นจริง (sphericity assumed) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเวลาเปลี่ยนไป ($F = 71.476, p < .001$) โดยขนาดอิทธิพลที่วัดได้จากค่า Partial Eta Squared (η^2) เท่ากับ .790 จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (pairwise comparisons) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดหลังระยะการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน มีค่าสูงกว่าระยะก่อนการ

ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดหลังระยะเวลาการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 4, 5 และภาพที่ 2

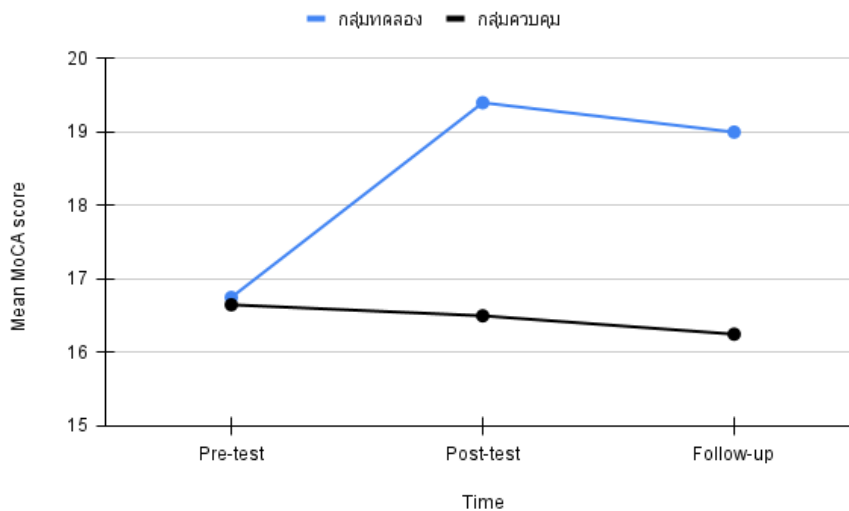
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

| MoCA test | SS | df | MS | F | p-value | ηp^2 |
|-----------------|--------|----|--------|----------|---------|------------|
| ค่ารวมของเวลา | 81.633 | 2 | 40.817 | 71.476** | < .001 | .790 |
| ความคลาดเคลื่อน | 21.700 | 38 | .571 | | | |

** p-value < .001, SS = sum of square, MS = mean of square

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดเป็นรายคู่ภายในกลุ่มทดลอง

| MoCA test | Mean Difference | SD Error | p-value |
|-----------------------------------|-----------------|----------|---------|
| หลังการทดลอง กับ ก่อนการทดลอง | 2.650 | .233 | < .001 |
| ติดตามผล 1 เดือน กับ ก่อนการทดลอง | 2.250 | ..280 | < .001 |
| ติดตามผล 1 เดือน กับ หลังการทดลอง | 0.400 | .197 | .171 |



ภาพที่ 2 แสดงปฏิกริยาร่วม (Interaction Plot) ของคะแนนเฉลี่ยการรู้คิด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ซึ่งผลการวิจัยโดยรวมสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดที่พัฒนาขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดการกระตุ้นการรู้คิดทั้ง 6 ด้าน มีประสิทธิผลในการเพิ่มทักษะการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI (วัดด้วย MoCA test) อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

ประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการทำงานของสมองในแต่ละด้าน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดรวมของกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.152, p = .038$) และเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่าโปรแกรมช่วยฟื้นฟูสมรรถนะสมองในด้านสำคัญ ได้แก่ ความจำ การใส่ใจจดจ่อ และการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากการออกแบบกิจกรรมที่จำเพาะเจาะจงต่อการกระตุ้นสมองส่วนต่าง ๆ เช่น ด้านการบริหารจัดการและการใส่ใจ โดยการฝึกด้วยกิจกรรมตาราง 9 ช่อง ที่มีความซับซ้อนและการเคลื่อนไหวประกอบซึ่งเป็นการฝึกการทำงานแบบสองภารกิจพร้อมกันช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองส่วนหน้า ด้านความจำและภาษา โดยการฝึกกิจกรรมการเล่าเรื่องความประทับใจและการทบทวนชื่อสมาชิกช่วยกระตุ้นความจำและความคล่องแคล่วในการใช้ภาษา และด้านมิติสัมพันธ์ ด้วยกิจกรรมการนับจำนวนรูปทรงในภาพ บอกตำแหน่งสถานที่ในแผนที่ เขียนแผนที่จากบ้านไปยังสถานที่คุ้นเคย เป็นต้น ซึ่งยืนยันว่าโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดที่ออกแบบมา มีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ ชญานิศาม ฌณีวรรณ (2566) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.18, p < 0.001$)

เมื่อพิจารณาในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองยังคงมีคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 19.00$ และ 16.25 ตามลำดับ) แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t = 1.979, p = .055$) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าประโยชน์ของโปรแกรมอาจยังคงอยู่ และสะท้อนถึงข้อจำกัดที่พบได้บ่อยในงานวิจัยที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก ทำให้ไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าผลลัพธ์ที่ได้นั้นมีความยั่งยืนเพียงใด สอดคล้องกับงานวิจัยล่าสุดของ Belleville et al. (2024) ซึ่งศึกษาผลระยะยาว 5 ปี ของการฝึกกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุ MCI และพบว่าแม้คะแนนอาจลดลงบ้างตามกาลเวลา แต่กลุ่มที่ได้รับการฝึกจะมีอัตราการถดถอยของความจำช้ากว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกอย่างชัดเจน ซึ่งบ่งชี้ว่าการกระตุ้นการรู้คิดทำหน้าที่เป็น ปัจจัยปกป้องที่ช่วยชะลอการดำเนินโรคสู่ภาวะสมองเสื่อม อย่างไรก็ตามความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เริ่มลดลงในระยะติดตามผล 1 เดือน สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดของ Spector et al (2024) ที่กล่าวว่าสมองสามารถกระตุ้นให้แข็งแรงได้ด้วยการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผลการวิจัยในระยะติดตามผล 1 เดือนชี้ให้เห็นว่าแม้คะแนนจะยังสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ความแตกต่างนั้นไม่ถึงระดับนัยสำคัญ อาจเป็นเพราะความถี่ในการทำกิจกรรมที่บ้านไม่เพียงพอ หรือความต่อเนื่องของการกระตุ้นได้ลดลงเมื่อไม่มีผู้ดูแลการทำกิจกรรมอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ความผันผวนของภาวะ MCI ในผู้สูงอายุบางรายอาจดีขึ้นได้เอง แต่ส่วนใหญ่จะคงที่หรือดำเนินไปสู่ภาวะสมองเสื่อม (Hu et al., 2017) ดังนั้นการที่คะแนนของกลุ่มทดลองยังคงสูงกว่ากลุ่มควบคุมในเชิงตัวเลข จึงอาจเป็นหลักฐานบ่งชี้ว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยในการรักษาระดับการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ไว้ได้

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรู้คิดของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่มีผลในทิศทางเดียวกัน

(วุฒิกร กรพิมาย, 2567; ชญานิศา มณีวรรณ, 2566; บุชรินทร์ หลิมสุนทร และคณะ, 2565; ศวิตา ทองขุนวงศ์ และพิภพ จิตนำทรัพย์, 2564) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดสามารถพัฒนาศักยภาพของสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI ได้ โดยมีกิจกรรมมุ่งเน้นการกระตุ้นสมองในหลายมิติที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านของการรู้คิด เช่น กิจกรรมที่เน้นความจำ การคำนวณ การใช้ภาษา และการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรู้คิดหลังระยะเวลาทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = .171$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของสมอง ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและเพิ่มความยืดหยุ่นของสมอง ทำให้ความสามารถทางปัญญาคงอยู่หรือดีขึ้นได้ (Hu et al., 2017; Valenzuela et al., 2013)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดไปประยุกต์ใช้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ MCI และขยายผลต่อในการให้ความรู้แก่บุคลากรด้านสุขภาพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregivers) เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านเพื่อชะลอความเสื่อมถอยของการรู้คิดและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะยาวได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาการติดตามผลเพียง 1 เดือน ซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะสรุปความยั่งยืนของโปรแกรมได้อย่างสมบูรณ์ ในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามในระยะยาว และควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กันเพื่อศึกษาความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้สูงอายุ รวมถึงการรับรู้ของผู้ดูแลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุหลักได้เข้าร่วมโปรแกรมว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างไรบ้าง

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. บริษัทอมรินทร์ คอ์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน)

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). *สถิติผู้สูงอายุ เดือนกรกฎาคม 2568*.

https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2572

กัลยา มั่นล้วน, สิริกรานต์ จันเปรมจิตต์, ดวงรัตน์ เหลืองอ่อน, ปณิตทิตติ บนขุนทด, และยุทธนา จันทะชิน. (2564).

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, 5(2), 89-96.

ชญานิศา มณีวรรณ. (2566). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมฝึกสมองสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะความรู้คิดพร่องเล็กน้อย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(3), 1147-1160

จารุวรรณ ก้านศรี, ดลใจ จองพานิช, นภัทร เตี้ยอนุกุล, ภัทรวดี ศรีนวล, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). ผลของโปรแกรมการบริหารสมองต่อการเพิ่มความจำในผู้สูงอายุที่มีความจำเล็กน้อย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 34(3), 176-187.

- บุศรินทร์ หลิมสุนทร, ภัมภาภรณ์ ยิ้มศิริ และภราภรณ์ โถแก้ว. (2565). ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำบกพร่องเล็กน้อย. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 15(1), 192-206
- ปิ่นมณี สุวรรณโมลี และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2559). ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการรู้คิดบกพร่อง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(2), 45-57
- ภรณ์วิทย์ อนันต์ดิลลฤทธิ. (2566). ภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(1), 381-393.
- วุฒิไกร กรพิมาย. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยในคลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลปากช่องนานา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(2), 755-768
- ศวิตา ทองขุนวงศ์ และ พิภพ จิตนำทรัพย์. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกปรีชานในผู้สูงอายุที่มีภาวะปรีชานบกพร่องระยะต้นในชุมชน. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 4(1), 74-84
- สาวิตรี จีระยา (2561). *ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อความจำและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง* [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา].
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (2568). [Dashboard การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน จาก API]. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). สืบค้นเมื่อ 16 มิถุนายน 2568, จาก [https://hdc.moph.go.th/cpm/public/standard-report-detail/3ed685f555bc1579c821ecc548fc0ee2]
- โสฬพัทธ์ เหมรัญโรจน์. (2554). *แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) ฉบับภาษาไทย*. MoCA Test. สืบค้นเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2568, จาก http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCATest-Thai.pdf
- อรวรรณ คูหา. (2563). *คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย สำหรับบุคลากรสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สันทวารพิมพ์.
- Alzheimer's Disease International. (2022). *World Alzheimer Report 2022: Life after diagnosis: Navigating treatment, care and support*. (2022, September 21). ADI - World Alzheimer Report 2022. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2022/>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Belleville, S., Cuesta, M., Bier, N., Brodeur, C., Gauthier, S., Gilbert, B., Grenier, S., Ouellet, M. C., Viscogliosi, C., & Hudon, C. (2024). Five-year effects of cognitive training in individuals with mild cognitive impairment. *Alzheimer's & dementia (Amsterdam, Netherlands)*, 16(3), e12626. <https://doi.org/10.1002/dad2.12626>

- 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>
- Hu, C., Yu, D., Sun, X., Zhang, M., Wang, L., & Qin, H. (2017). The prevalence and progression of mild cognitive impairment among clinic and community populations: a systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 29(10), 1595–1608. <https://doi.org/10.1017/s1041610217000473>
- Petersen, R. C. (2016b). Mild cognitive impairment. *CONTINUUM Lifelong Learning in Neurology*, 22(2, Dementia), 404–418. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000000313>
- Senanarong, V., Harnphadungkit, K., Pongvarin, N., Vannasaeng, S., Chongwisal, S., Chakorn, T., Jamjumrus, P., Raksthaput, A., Chaichanettee, S., Aonkaew, N., Udompunthurak, S., Doody, R. S., & Cummings, J. L. (2013). The dementia and disability project in Thai elderly: rational, design, methodology and early results. *BMC Neurology*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2377-13-3>
- Spector, A., Wahab, N. D. A., Stott, J., Fisher, E., Hui, E. K., Perkins, L., Leung, W. G., Evans, R., Wong, G., & Felstead, C. (2024). Virtual Group Cognitive Stimulation Therapy for Dementia: Mixed-Methods Feasibility Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist*, 64(8). <https://doi.org/10.1093/geront/gnae063>
- Spector, A., Woods, B., Stoner, R. C., & Orrell, M. (2019). *Making a difference 1: An evidence-based group programme to offer cognitive stimulation therapy (CST) to people with dementia*. Hawker Publications.
- Valenzuela, M. J., Leon, I., Suo, C., Piamba, D. M., Kochan, N., Brodaty, H., & Sachdev, P. (2013). Cognitive Lifestyle in Older Persons: The Population-Based Sydney Memory and Ageing Study. *Journal of Alzheimer S Disease*, 36(1), 87–97. <https://doi.org/10.3233/jad-130143>
- World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO. (2025, March 31). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชในเขตบริการสุขภาพที่ 5

เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, ปร.ด.*, เพ็ญจมาศ คำชนะ, พย.บ.** , จิรียา อินทนา, พย.บ.**

ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง, ค.ด.** , กาญจนา เลิศถาวรธรรม, พย.บ.** และ กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, พย.บ.**

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานแบบลำดับ (mixed methods: sequential design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะของ ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ ระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึง ประสงค์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ประชากรคือผู้ป่วยจิตเวชที่รับยาที่รพ.สต. ใน เขตบริการสุขภาพที่ 5 กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power ได้ 448 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ที่เลือกตอบใช่/ไม่ใช่และประเมินค่า มีค่าความเชื่อมั่นจากสูตร KR-21 และสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคคือ .80 และ .86 แบบประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพกายและแบบประเมินผลลัพธ์ด้าน สุขภาพจิตมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคคือ .81 และ .83 และแนวการสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองใช้แล้ว เก็บข้อมูลระหว่างมกราคม - พฤษภาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานและไคสแควร์ ผลลัพธ์ทางสุขภาพกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (n=292, 65.18 %) ผลลัพธ์ทาง สุขภาพจิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (n=316, 70.54 %) พบว่าประสบการณ์ด้านทารุณกรรมทางกาย จิตใจและเพศ การ ทอดทิ้งทางกายและจิตใจ ครอบครัวแตกแยก การใช้สารเสพติดและครอบครัวมีประวัติอาชญากรรมมีความสัมพันธ์กับ ผลลัพธ์ทางสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 9.823, 9.865, 4.054, 4.358, 12.889, 5.408, 15.845$ และ 32.547 ตามลำดับ) ประสบการณ์ด้านทารุณกรรมทางกายและจิตใจ ความรุนแรง ครอบครัวแตกแยก และ ครอบครัวมีประวัติอาชญากรรมมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 2.598, 5.657, 5.389, 17.286$ และ 16.384 ตามลำดับ) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์แบบ thematic analysis พบ 4 ประเด็น ได้แก่ ถูกกีดกันทางสังคม ใช้ชีวิตตามลำพังคนเดียว ถูกบีบบังคับทางอารมณ์ และอยู่กับแม่ที่อารมณ์รุนแรง

ความรู้จากงานวิจัยนี้กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายการป้องกันการเกิดประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึง ประสงค์บุคลากรสุขภาพควรส่งเสริมความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก และนักการศึกษาควรสอดแทรกสาระในการเรียนการสอน คำสำคัญ: ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์, ผลลัพธ์ทางสุขภาพ, การป่วยทางจิตเวช

*วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

*Corresponding E-mail: kannika@bcnr.ac.th

(Received: September 5, 2025; Revised: December 31, 2025; Accepted: March 1, 2026)

Relationships between Adverse Childhood Experiences and Physical and Mental Health Outcomes among Patients with Psychiatric Disorders in Health Region 5

Yaowaluck Meebunmak, Ph.D. (Nursing)*, Phenchamat Khamtana, M.M.S.**

Jiriya Intana, M.M.S.** , Parinyaporn Thanaboonpuang, Ph.D.**

Karnchana Lersthavorntham, M.M.S.** & Kannika Kitnopkiat, M.M.S.**

Abstract

This sequential mixed-method study aimed to describe adverse childhood experiences (ACEs), details of health outcomes, and the relationship between ACEs and health outcomes among psychiatric patients within Health Region 5. The population were psychiatric patients receiving medication at sub-district health promotion hospitals (SHPH) in Health Region 5. The sample size, determined using G*Power, was 448 individuals. The research instruments were general information questionnaire and ACE questionnaire with yes/no responses, and a rating scale. The reliabilities confirmed by using the KR-21 formula and Cronbach's alpha coefficients were .80 and .86. Cronbach's alpha coefficients of physical and mental health outcomes assessment were .81 and .83. The interview guide criticized by experts and tried out, was used for qualitative data collection. The researchers collected the data from January to May 2024 and analyzed for frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square, and point prevalence. The qualitative data were analyzed using thematic analysis. The results showed that the majority of physical and mental health outcomes were at good (n = 292, 65.18%) and poor (n = 316, 70.54%) levels. Experiences of physical, emotional, and sexual abuse; physical and emotional neglect; family separation; substance abuse; and having a criminal family history were significantly associated with physical health outcomes at the .05 level ($X^2 = 9.823, 9.865, 4.054, 4.358, 12.889, 5.408, 15.845, \text{ and } 32.547$, respectively). Experiences of physical and emotional abuse, violence, family separation, and having a criminal family history were significantly associated with mental health outcomes at the .05 level ($X^2 = 2.598, 5.657, 5.389, 17.286, \text{ and } 16.384$, respectively). The health outcomes described were socially excluded, living alone, being emotionally oppressed, and living with a mother with high emotional expression.

According to the study findings, the Ministry of Public Health should establish policies to prevent adverse childhood experiences, health personnel should promote knowledge in child rearing, and educators should integrate the content into teaching and learning process.

Keywords: Adverse Childhood, Physical Health Outcomes, Psychiatric Disorders

*Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute
Ministry of Public Health

*Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute
Ministry of Public Health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ (*Adverse Childhood Experiences: Aces*) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุก่อน 18 ปี ครอบคลุม 3 มิติหลัก คือ การถูกทารุณกรรม (Abuse): ร่างกาย จิตใจ เพศ การถูกละเลย (Neglect): ร่างกายและอารมณ์ ความไม่มั่นคงในครอบครัว (Household Dysfunction): การใช้สารเสพติด ความรุนแรงในครอบครัว การแยกทาง การมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคจิตเวช หรือถูกจำคุก ส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง ทำให้บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต และมีผลทางอ้อมทำให้บุคคลป่วยเป็นโรคเรื้อรังเมื่ออายุมากขึ้น การป้องกันประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์จึงสนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพด้วยสาเหตุหลากหลาย เช่น สารเคมีในสมองไม่สมดุล ความกดดันในชีวิต และอาจมีสาเหตุจากประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ด้วย (Felitti, 1998) จากฐานข้อมูล HDC ของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตบริการสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมจังหวัด สุพรรณบุรี กาญจนบุรี ราชบุรี นครปฐม สมุทรสงคราม สมุทรสาคร เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ในปีงบประมาณ 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 4.94, 4.94 และ 4.98 ของประชากร (Health Data Center, 2024b; Health Data Center, 2024a) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับร้อยละของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อสำคัญคือเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ในช่วงเวลาดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 7.58, 7.89, 8.15 และ 16.55, 17.06, 17.52 ของประชากร (Health Data Center, 2024c) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน

ความผิดปกติทางจิตเป็นปัจจัยตั้งต้น (precursor) ที่นำไปให้เกิดโรคไม่ติดต่อและเป็นผลที่เกิดภายหลัง (consequences) จากการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่หายขาด เกิดภาวะ เบื่อหน่าย และสิ้นหวัง ความผิดปกติทางจิตและโรคไม่ติดต่อ มีปัจจัยการเกิดโรค (determinants) และผลที่ตามมาเหมือนกันหลายประการ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกสูญเสีย ความสิ้นหวัง การรับรู้และเผชิญกับสถานการณ์ภายนอกที่เข้ามากระทบ (World Health Organization, 2024) เมื่อป่วยทางจิตแล้วอาจส่งผลให้บุคคลป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อได้ ในทางกลับกันเมื่อป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อบุคคลก็อาจป่วยทางจิตในภายหลังได้ ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ (Fitzgerald & Notice, 2023; Momose & Ishida, 2024) เช่น การกินแบบไม่สามารถควบคุมได้ (binge-eating disorder: BED) โรคหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ข้ออักเสบ และโรคหัวใจและหลอดเลือด (Waehrer et al., 2020; Zhang et al., 2020; Chu et al., 2022) การทารุณกรรมทางกายและใจ การใช้ความรุนแรง ครอบครัวแตกแยก และครอบครัวมีประวัติเป็นอาชญากร มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะการทารุณกรรมทางเพศ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Van Overloop et al., 2023) และโรคทางจิตเวช (Danielsdóttir et al., 2024) นอกจากนี้ ยังส่งผลด้านพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก ฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ติดสารเสพติด และเป็นโรคอ้วน (Waehrer et al., 2020; Zhang et al., 2020) แม้จะมีงานวิจัยจำนวนมากในต่างประเทศ แต่ในประเทศไทยยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 5 จึงจำเป็นต้องทำการวิจัยเพื่อหาคำตอบว่า ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตในเขตสุขภาพที่ 5 นั้นเป็นอย่างไร ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับใด และประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์

ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพหรือไม่ ความรู้ที่เกิดจากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการสร้างความตระหนักให้ผู้เกี่ยวข้องป้องกันการเกิดประสพการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์อันจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

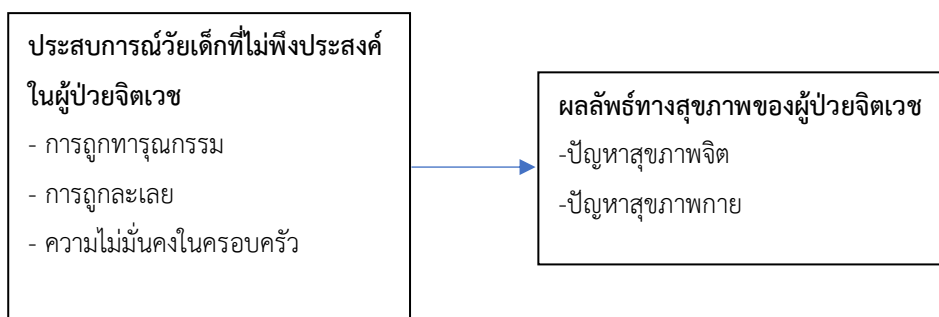
1. ระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในเขตบริการสุขภาพที่ 5
2. ความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในเขตบริการสุขภาพที่ 5
3. ลักษณะประสพการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของเขตบริการสุขภาพที่ 5

สมมติฐานการวิจัย

ประสพการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดประสพการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์มาอธิบายปรากฏการณ์ที่เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นผู้ที่มีอาการผิดปกติทางจิต อาจมีสาเหตุหนึ่งมาจากประสพการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นมาก่อนตั้งแต่วัยเด็ก นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการเจ็บป่วยทางกายเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีประสพการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์เป็นต้นเหตุได้เช่นกัน อิงตามแนวคิด ACE Framework ของ Felitti et al. (1998)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยผสมผสานแบบลำดับ (mixed methods: sequential design) โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อน แล้วนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ และนำผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพไปขยายความผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณให้ลึกซึ้งขึ้น การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ 8 จังหวัด เขตบริการสุขภาพที่ 5 ระหว่างเดือนก.พ.-มี.ค. 66 กลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้ G*Power คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาที่รพ.สต. ในพื้นที่ 8 จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 448 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มเลือก 1 อำเภอจากแต่ละจังหวัด และสุ่มเลือก 2 รพ.สต.ต่อ 1 อำเภอ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 20 -59 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช มีอาการทางจิตทุเลา มีผลประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ในระดับรุนแรงน้อย คือคะแนน 18-30 คะแนน (Ventura et al., 1993) 4) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี สามารถในการให้ข้อมูลเชิงลึกและยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) เจ็บป่วยหรือมีอาการกำเริบจนต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และ 2) ย้ายที่อยู่/ออกจากพื้นที่ในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ให้เลือกตอบ และเติมคำตอบเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคทางจิตเวช ระยะเวลาการเจ็บป่วย และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

2. แบบสอบถามประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Childhood Experiences: ACEs) ฉบับภาษาไทย ซึ่งได้รับการแปลจาก CDC-Kaiser ACEs study questionnaire (Rungmueanporn et al., 2019) จำนวน 28 ข้อ ครอบคลุมประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการทารุณกรรม ได้แก่ การทารุณกรรมทางอารมณ์ ทางกาย และทางเพศ 2) ด้านการทอดทิ้ง ได้แก่ การทอดทิ้งทางอารมณ์ และทางกาย และ 3) ด้านการไม่สามารถทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ ความแตกแยกหรือหย่าร้างของพ่อแม่ การอยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัวที่ติดสุราหรือสารเสพติด เคยถูกจำคุก เป็นโรคจิต/โรคซึมเศร้า/มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และการได้เห็น/ได้รับการเลี้ยงดูจากแม่/ผู้ใหญ่ที่ใช้ความรุนแรง ข้อคำถามมี 2 ลักษณะ ได้แก่ แบบตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ และให้เลือกตามความถี่ของเหตุการณ์ว่ามีประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และไม่มีประสบการณ์ จำนวน 18 ข้อ

3. แบบประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่

3.1 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพกาย จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ ได้แก่ ดีอย่างยิ่ง ดี ปานกลาง ไม่ดี และไม่ดียิ่ง

3.2 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิต จำนวน 7 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมิน Thai General Health Questionnaire-28 (Thai GHQ-28) ของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2002) จำนวน 7 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินสุขภาพจิตของตนเองในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด ดีมาก ปานกลาง ไม่ค่อยดี และไม่ดี

การหาคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) แล้วปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-21 และสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ชุดที่ 1 มีค่าความเชื่อมั่น .80 และ .86 ชุดที่ 2 ค่าความเชื่อมั่น .81 และ .83

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ผู้วิจัยขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในการเก็บข้อมูล ประสานงานกับ รพ.สต. เพื่อขออนุญาตประชาสัมพันธ์การวิจัย ชี้แจงการวิจัย และเก็บข้อมูล ทำการประชาสัมพันธ์การวิจัย เชิญชวนผู้สนใจเป็นอาสาสมัครโดยติดประกาศที่บอร์ดของ รพ.สต.

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยจัดประชุม ชี้แจงการวิจัย ตอบข้อซักถามต่าง ๆ มอบเอกสารการวิจัยให้ผู้สนใจไปอ่าน ให้เวลาพิจารณาตัดสินใจร่วมกับครอบครัวที่บ้านอย่างน้อย 1 วัน ถ้าสนใจให้สมัครเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งลงนามในเอกสารคำยินยอมในการตอบแบบสอบถามและคำยินยอมในการให้สัมภาษณ์

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนัดหมายอาสาสมัครเพื่อตอบแบบสอบถาม

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ 8 จังหวัด เขตบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 30 คน คัดเลือกจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีคะแนน ACEs สูง 2) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกและยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) เจ็บป่วยหรือมีอาการกำเริบจนต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และ 2) ย้ายที่อยู่/ ออกจากพื้นที่ในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ (Interview guide) แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) ที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้คำตอบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะอย่างไร ประกอบด้วยประเด็นคำถามหลักเกี่ยวกับ โรคประจำตัวที่และอาการ สาเหตุการเกิด/กำเริบและการดูแล

การหาคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) แล้วปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่าผู้ให้สัมภาษณ์เข้าใจตรงกับความหมายของคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการ

1. ขออนุญาตสัมภาษณ์และบันทึกเสียงผู้ให้ข้อมูลโดยให้ลงนามความยินยอมให้สัมภาษณ์และบันทึกเสียง
2. นัดหมายอาสาสมัครเพื่อให้สัมภาษณ์รายบุคคลที่ รพ.สต. ในห้องที่เตรียมไว้ ผู้เก็บข้อมูลคือผู้วิจัยและผู้ช่วยที่เป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการฝึกเก็บข้อมูลแล้ว
3. บันทึกข้อความที่ถอดจากการบันทึกเสียง และให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านบันทึกการให้สัมภาษณ์ของตนเอง เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (member checking)

การวิเคราะห์ข้อมูล โปรแกรมที่ใช้ในการวิเคราะห์ SPSS version 26.

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยหาความถี่ ร้อยละ
2. ระดับของผลลัพธ์ทางสุขภาพวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความสัมพันธ์ของประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพวิเคราะห์โดยใช้ สถิติ

Chi-square

4. ลักษณะประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยในผู้ป่วยจิตเวชวิเคราะห์ด้วยวิธี thematic analysis

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี เลขที่ BCNR-IRB2023-1 วันที่ 20 มค. 66

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 244 คน ร้อยละ 54.46 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 55.80 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 284 คน ร้อยละ 63.39 ประกอบอาชีพอื่นๆ จำนวน 118 คน ร้อยละ 26.34 มีสุขภาพดี จำนวน 292 คน ร้อยละ 65.18 และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ จำนวน 184 คน ร้อยละ 41.07

2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพกายในภาพรวมของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (n=292, 65.18 %) ผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (n=316, 70.54 %) แสดงตารางที่ 1

3. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 คน (ร้อยละ 28.13) มีประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก แสดงตารางที่ 2 การถูกทารุณกรรมทางกาย จิตใจและเพศ การถูกละเลย ครอบครัวแตกแยก การใช้สารเสพติดและครอบครัวมีประวัติอาชญากรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 9.823, 9.865, 4.054, 4.358, 12.889, 5.408, 15.845$ และ 32.547 ตามลำดับ) แสดงในตาราง 3 ประสบการณ์ด้านทารุณกรรมทางกายและจิตใจ ความรุนแรง ครอบครัวแตกแยก และครอบครัวมีประวัติอาชญากรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 2.598, 5.657, 5.389, 17.286$ และ 16.384 ตามลำดับ) แสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช (n = 448)

| ผลลัพธ์ทางสุขภาพ | สุขภาพดี (คน) | ร้อยละ | สุขภาพไม่ดี (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------------|------------------|--------|---------------------|--------|
| ด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพกาย | | | | |
| - ภาวะสุขภาพกายภาพรวม | 292 | 65.18 | 156 | 34.82 |
| - จำนวนโรคประจำตัว | 344 | 76.79 | 104 | 23.21 |
| - ดัชนีมวลกาย | 184 | 41.07 | 264 | 58.93 |
| - ความดันโลหิต | 354 | 79.02 | 94 | 20.98 |
| ด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตภาพรวม | 132 | 29.49 | 316 | 70.54 |

จากตารางที่ 1 ผลลัพธ์ทางสุขภาพกายในภาพรวมของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (n=292, 65.18 %) ผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตในภาพรวมของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (n=316, 70.54 %)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในวัยเด็กไม่พึงประสงค์ (n=448)

| ประสบการณ์ในวัยเด็กไม่พึงประสงค์ | มีประสบการณ์ ไม่พึงประสงค์ (คน) | ร้อยละ | ไม่มีประสบการณ์ ไม่พึงประสงค์ (คน) | ร้อยละ |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------|
| ด้านการทารุณกรรม | | | | |
| - ทารุณกรรมทางจิตใจ | 110 | 24.55 | 338 | 75.45 |
| - ทารุณกรรมทางกาย | 69 | 15.40 | 379 | 84.60 |
| - ทารุณกรรมทางเพศ | 57 | 12.72 | 391 | 87.28 |
| การทอดทิ้ง | | | | |
| - การทอดทิ้งทางจิตใจ | 110 | 24.55 | 338 | 75.45 |
| - การทอดทิ้งทางกาย | 95 | 21.21 | 353 | 78.79 |
| ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ | | | | |
| - การใช้ความรุนแรง | 110 | 24.55 | 338 | 75.45 |
| - การใช้สารเสพติด | 126 | 28.13 | 322 | 71.87 |
| - ครอบครัวแยกทาง | 105 | 23.44 | 343 | 76.56 |
| - ครอบครัวมีประวัติการเป็นอาชญากร | 78 | 17.41 | 370 | 82.59 |

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในวัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ จำนวน 126 คน ร้อยละ 28.13 เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ด้านครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่เป็นประสบการณ์ในวัยเด็กไม่พึงประสงค์ มากที่สุด โดยเฉพาะด้านการใช้สารเสพติด จำนวน 126 คน ร้อยละ 28.13 ส่วนต่ำที่พบน้อยที่สุด คือ การทารุณกรรมทางเพศ จำนวน 57 คน ร้อยละ 12.72

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ทางสุขภาพกาย (n=448)

| ประสบการณ์ ในวัยเด็ก | ผลลัพธ์ทางสุขภาพกาย | | | | | | รวม | X ² | df | p-value |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|------------------------------------|--------------|-------|----------------|------|---------|
| | สุขภาพดีมี ประสบการณ์ | สุขภาพไม่ดีมี ประสบการณ์ | รวม | สุขภาพดีไม่มี ประสบการณ์ | สุขภาพไม่ดี ไม่มี ประสบการณ์ | รวม | | | | |
| ด้านการทารุณกรรม | | | | | | | | | | |
| - ทารุณ กรรมทาง จิตใจ | 13 (11.82) | 97 (88.18) | 110 (100) | 279 (82.54) | 59 (17.46) | 338 (100) | 9.865 | 1 | .002 | |

| ประสบการณ์ ในวัยเด็ก | ผลลัพธ์ทางสุขภาพกาย | | | | | | X ² | df | p-value |
|---|--------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|------------------------------------|--------------|----------------|----|---------|
| | สุขภาพดีมี ประสบการณ์ | สุขภาพไม่ดีมี ประสบการณ์ | รวม | สุขภาพดีไม่มี ประสบการณ์ | สุขภาพไม่ดี ไม่มี ประสบการณ์ | รวม | | | |
| - ทารุณ กรรมทาง กาย | 16 (23.19) | 53 (76.81) | 69 (100) | 276 (72.82) | 103 (27.18) | 379 (100) | 9.823 | 1 | .002 |
| - ทารุณ กรรมทาง เพศ | 6 (10.53) | 51 (89.47) | 57 (100) | 286 (73.15) | 105 (26.85) | 391 (100) | 2.877 | 1 | .040 |
| การทอดทิ้ง | | | | | | | | | |
| - การ ทอดทิ้ง ทางจิตใจ | 18 (16.36) | 92 (83.64) | 110 (100) | 274 (81.07) | 64 (18.93) | 338 (100) | 12.889 | 1 | .000 |
| - การ ทอดทิ้ง ทางกาย | 38 (40.00) | 57 (60.00) | 95 (100) | 254 (71.95) | 99 (28.05) | 353 (100) | 4.358 | 1 | .037 |
| ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ | | | | | | | | | |
| การใช้ความ รุนแรง | 13 (11.82) | 97 (88.18) | 110 (100) | 279 (82.54) | 59 (17.46) | 338 (100) | 7.098 | 1 | .213 |
| การใช้สารเสพติด | 56 (44.44) | 70 (55.56) | 126 (100) | 236 (73.29) | 86 (26.71) | 322 (100) | 15.845 | 1 | .000 |
| ครอบครัวแยก ทาง | 44 (41.90) | 61 (58.10) | 105 (100) | 248 (72.30) | 95 (27.70) | 343 (100) | 5.408 | 1 | .020 |
| ครอบครัวมี ประวัติการเป็น อาชญากร | 36 (46.15) | 42 (53.85) | 78 (100) | 256 (69.19) | 114 (30.81) | 370 (100) | 32.547 | 1 | .000 |

จากตารางที่ 3 พบว่า ประสบการณ์ด้านทารุณกรรมทางกาย จิตใจและเพศ การทอดทิ้งทางกายและจิตใจ ครอบครัวแตกแยก การใช้สารเสพติดและครอบครัวมีประวัติอาชญากรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (X² = 9.823, 9.865, 4.054, 4.358, 12.889, 5.408, 15.845 และ 32.547 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวชในในเขตบริการสุขภาพที่ 5

| ประสบการณ์ ในวัยเด็ก | ผลลัพธ์ทางสุขภาพจิต | | | | | | X ² | df | p-value |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------|----------------|----|---------|
| | สุขภาพดีมี ประสบการณ์ | สุขภาพไม่ดีมี ประสบการณ์ | รวม | สุขภาพดีไม่มี ประสบการณ์ | สุขภาพไม่ดีไม่มี ประสบการณ์ | รวม | | | |
| ด้านการทารุณกรรม | | | | | | | | | |
| - ทารุณกรรมทางจิตใจ | 26 (20.00) | 104 (80.00) | 130 (100) | 266 (83.65) | 52 (16.35) | 318 (100) | 5.657 | 1 | 0.041 |
| - ทารุณกรรมทางกาย | 21 (24.42) | 65 (75.58) | 86 (100) | 271 (74.86) | 91 (25.14) | 362 (100) | 2.598 | 1 | 0.007 |
| - ทารุณกรรมทางเพศ | 11 (16.18) | 57 (83.82) | 68 (100) | 281 (73.95) | 99 (26.05) | 380 (100) | 2.877 | 1 | 0.090 |
| การทอดทิ้ง | | | | | | | | | |
| - การทอดทิ้งทางจิตใจ | 42 (26.75) | 115 (73.25) | 157 (100) | 250 (85.91) | 41 (14.09) | 291 (100) | 6.118 | 1 | 0.138 |
| - การทอดทิ้งทางกาย | 68 (47.55) | 75 (52.45) | 143 (100) | 224 (73.44) | 81 (26.56) | 305 (100) | 5.893 | 1 | 0.146 |
| ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ | | | | | | | | | |
| - การใช้ความรุนแรง | 18 (15.00) | 102 (85.00) | 120 (100) | 274 (83.54) | 54 (16.46) | 328 (100) | 5.389 | 1 | 0.041 |
| - การใช้สารเสพติด | 52 (41.60) | 73 (58.40) | 125 (100) | 240 (74.30) | 83 (25.70) | 323 (100) | 19.037 | 1 | 0.104 |
| - ครอบครัวแยกทาง | 48 (44.86) | 59 (55.14) | 107 (100) | 244 (71.55) | 97 (28.45) | 341 (100) | 17.286 | 1 | .008 |

| ประสบการณ์ ในวัยเด็ก | ผลลัพธ์ทางสุขภาพจิต | | | | | | X ² | df | p-value |
|---|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------|----------------|----|---------|
| | สุขภาพดีมี ประสบการณ์ | สุขภาพไม่ดีมี ประสบการณ์ | รวม | สุขภาพดีไม่มี ประสบการณ์ | สุขภาพไม่ดีไม่มี ประสบการณ์ | รวม | | | |
| ครอบครัวมี ประวัติการ เป็นอาชญากร | 41 (46.59) | 47 (53.41) | 88 (100) | 251 (69.72) | 109 (30.28) | 360 (100) | 16.348 | 1 | .010 |

จากตารางที่ 4 พบว่าประสบการณ์วัยเด็กด้านการทารุณกรรมทางจิตใจ การทารุณกรรมทางกาย การใช้ความรุนแรง ครอบครัวแตกแยก และครอบครัวมีประวัติการเป็นอาชญากรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ จิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 5.657, 2,598, 5.389, 17.286$ และ 16.384 ตามลำดับ) ส่วนการทารุณกรรมทางเพศ การทอดทิ้งทางจิตใจ การทอดทิ้งทางกาย และการใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพจิต

4. ลักษณะประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์แบบ thematic analysis พบ 4 ประเด็น ดังนี้ ถูกกีดกันทางสังคม ใช้ชีวิตตามลำพังคนเดียว ถูกบีบคั้นทางอารมณ์ และอยู่กับแม่ที่อารมณ์รุนแรง

ถูกกีดกันจากสังคม

“ผมพูดซ้ำครบ 4 ขวบจึงจะพูด ผมเข้าเรียนแล้วครูไม่ยอมรับ เรียกแม่ไปบอกว่าอยู่กับคนอื่นไม่ได้ อยู่บ้านปีหนึ่ง บ้านผมสะอาดมากแลกกกับโดนแม่ตำทุกวัน อยู่ปากซอยก็ได้ยิน...ผมเป็นหอบหืดส่วนแม่ก็กินยาคลายเครียดครับ” (รบ-10)

ใช้ชีวิตตามลำพังคนเดียว

“ผมอยู่คนเดียวมาตั้งแต่ช่วงประถมครับ แม่แยกไปก่อน ที่ผมไว้กับพ่อ ตอนหลังพ่อแต่งงานไปอยู่บ้านต่างจังหวัด ผมอยู่คนเดียว มีปู่อยู่กับลุงบ้านใกล้กัน ... ผมเล่นยา บางทีไม่รู้ตัวทำร้ายปู่ไปสองครั้ง ลุงพาปู่ไปอยู่ที่อื่น ผมก็อยู่ของผมอย่างนั้น” (รบ-12)

ถูกบีบคั้นทางอารมณ์

“ตอนเด็กๆหนูเรียนดี พ่อแม่เรียนเก่งรับราชการ แม่อยากให้เป็นหมอ หนูต้องเรียนพิเศษตลอดทั้งตอนเย็นและเข้าค่าย ตอนปิดเทอม กลุ่มผู้ปกครองผลัดเวรไปเฝ้าลูกๆที่เข้าค่ายตีความกันด้นมากอะพี่ แม่จะว่า วิพากษ์วิจารณ์ หนูเคยหลุดนะพี่ คือแม่พูดจี้มาก จี้ๆ หนูกรี๊ดแล้วก็ลงไปดินที่พื้น รักแม่นะพี่ แต่เวลาแม่พูดๆว่ามากๆนี่คือไม่ไหวอะคะ” (ปจ-16)

อยู่กับแม่ที่อารมณ์รุนแรง

“คือหนูก็คิดถึงตัวเองเหมือนกันว่าแม่กับหนูนี้ใครบ้ำกันแน่ คือแม่เขาแยกกับพ่อ หนูก็ไม่รู้เรื่องนะ แต่แม่เขาจะเหวี่ยงอารมณ์ใส่ งานก็เครียด บางทีเงินไม่พอใช้ หนูต้องเป็นคนปลอบเขานะ ตั้งแต่ประถมก็เป็นแบบนี้ เคยเห็นแต่คนที่พ่อแม่เขาดูแล แต่เรานี้เป็นคนดูแลเขาซะ แล้วแต่อารมณ์ เวลาเขาอารมณ์ขึ้นนี่เราต้องหาเรื่องมาพูดให้ดี ไม่งั้นหนูกับพี่กับน้องก็ไม่เป็นสุข ไม่ได้นอนทั้งคืน” (สคม-26)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ($n=316$, 70.54 %) ประสบการณ์ด้านทารุณกรรมทางกายและจิตใจ ความรุนแรง ครอบครัวแตกแยก และครอบครัวมีประวัติอาชญากรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 2.598, 5.657, 5.389, 17.286$ และ 16.384 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเปราะบางด้านจิตใจอยู่แล้ว ซึ่งอาจมาจากครอบครัวที่ทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์หรือมีความกดดันในวัยเด็กมาก่อนจึงพบความชุกของประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยจิตเวชอยู่มาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Daniélsdóttir et al. (2024) พบว่าประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์อย่างน้อย 1 ประเภท และการสัมผัสกับประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์จำนวนมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับโอกาสที่เพิ่มขึ้นในการเกิดความผิดปกติทางจิตเวช และภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย (Aspelund et al., 2024; Barnhart, Garcia, & Karcher, 2022; Van Overloop, Arms-Chavez, Carol, & LoBello, 2023; Waehrer et al., 2020; Zhang et al., 2020) ข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยอธิบายกลไกของความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยเฉพาะกรณีของ ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ถูกบีบคั้นทางอารมณ์ในวัยเด็ก (ปจ-16) เต็มโตในครอบครัวที่มีความคาดหวังสูง เผชิญการวิพากษ์วิจารณ์ซ้ำๆ จากมารดา เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเปราะบางของสุขภาพในระยะยาว ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งจะกระตุ้นระบบสมอง-ต่อมใต้สมอง-ต่อมหมวกไต (HPA axis) อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระบบประสาทอัตโนมัติอยู่ในภาวะตื่นตัวสูงและลดประสิทธิภาพการควบคุมอารมณ์ ผลการวิจัยสะท้อนแนวคิดของ Stress-Diathesis Model ที่ชี้ว่า การมีประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์เป็น “diathesis” หรือความเปราะบางทางจิตใจที่เมื่อเผชิญกับความเครียดในชีวิตผู้ใหญ่ จะเพิ่มโอกาสเกิดปัญหาทางจิตเวชมากขึ้น (Ingram & Luxton, 2005).

จากข้อมูลเชิงคุณภาพของเด็กที่เป็นหอบหืด (รบ.-10) มีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า และเติบโตในสภาพแวดล้อมที่ขาดความปลอดภัยทางอารมณ์ ถูกปฏิเสธจากโรงเรียน และเผชิญการดูต่ำว่ากล่าวอย่างต่อเนืองจากมารดา ซึ่งล้วนเป็นรูปแบบของความเครียดเรื้อรังในวัยเด็ก (early life stress) ตามหลักกายวิภาคและสรีรวิทยาของสมอง ความเครียดเรื้อรังจะกระตุ้นการทำงานของแกนสมอง-ต่อมใต้สมอง-ต่อมหมวกไต ส่งผลให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนความเครียด เช่น คอร์ติซอล อย่างต่อเนื่อง การกระตุ้นระบบนี้ในระยะยาวส่งผลต่อการทำงานของสมองส่วนอารมณ์ (limbic system) และระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะตื่นตัวสูงตลอดเวลา (Suratsak, 2020). เมื่อเด็กไม่สามารถแสดงออกหรือสื่อสารความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ความตึงเครียดทางจิตใจจึงถูกถ่ายทอดออกมาผ่านร่างกาย เกิดเป็นความเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคหอบหืด ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับความเครียด และการทำงานผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยเฉพาะการหดเกร็งของหลอดลมจากการกระตุ้นระบบซิมพาเทติก อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพกายในภาพรวมของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ($n=292$, 65.18 %) นั้นไม่สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ เช่น Fitzgerald and Notice (2023) ที่พบว่าการทารุณกรรมในวัยเด็กสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังในช่วงเวลา 10 ปี และการศึกษาของ Waehrer et al. (2020) ที่พบว่าประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ต้มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก เป็นโรคอ้วน โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคข้ออักเสบ และโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่แม้ว่าจะมีโรคประจำตัวแต่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายได้ เช่น เกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง อาจส่งผลให้รับรู้ว่าคุณภาพกายดี

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าประสบการณ์ด้านทารุณกรรมทางกาย จิตใจและเพศ การทอดทิ้งทางกายและจิตใจ ครอบครัวแตกแยก การใช้สารเสพติดและครอบครัวมีประวัติอาชญากรมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 9.823, 9.865, 4.054, 4.358, 12.889, 5.408, 15.845$ และ 32.547 ตามลำดับ) อธิบายตามข้อค้นพบของ Fitzgerald and Notice (2023) ได้ว่าการทารุณกรรมในวัยเด็กอาจเร่งกระบวนการชราภาพทางชีวภาพและทำลายสุขภาพของผู้ใหญ่เมื่อเวลาผ่านไป ทำให้ผู้ใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพเรื้อรังมากขึ้น ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์มีผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ (Fitzgerald & Notice, 2023; Momose & Ishida, 2024) เช่น มีปัญหาการกินแบบไม่สามารถควบคุมได้ (Binge-Eating Disorder: BED) โรคหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรคข้ออักเสบ และโรคหัวใจและหลอดเลือด สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์และเป็นโรคอ้วน (Chu et al., 2022; Waehrer et al., 2020; Zhang et al., 2020) นอกจากนี้ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์ยังมีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ในรูปแบบความเจ็บปวด (pain) ด้วย (Luo et al., 2024) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลที่ต้องใช้ชีวิตตามลำพังตั้งแต่วัยเด็ก (รบ-12) สะท้อนถึงการขาดความมั่นคงทางอารมณ์ในช่วงพัฒนาการที่สำคัญ ส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรัง การใช้สารเสพติดเป็นกลไกการเผชิญปัญหา และความบกพร่องในการควบคุมอารมณ์ ความเครียดสะสมส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองส่วนอมิกดาลาและสมองส่วนหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งเมื่อได้รับผลกระทบจากสารเสพติดเพิ่มเติม อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ

แม้ว่าผลการวิจัยจะพบว่าการใช้ความรุนแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพกาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความรุนแรงในครอบครัวไทยบางครั้งถือเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้เป็นการกระทบกระทั่งกันภายในครอบครัว จึงเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้กล่าวถึง และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับการใช้ความรุนแรงทางร่างกายและทางวาจาในครอบครัว การทารุณกรรมทางเพศ การทอดทิ้งทางจิตใจ การทอดทิ้งทางกาย และ การใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพจิต ประเด็นนี้แตกต่างจากข้อค้นพบจากการศึกษาอื่น ๆ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการทารุณกรรมทางเพศเป็นประเด็นที่อาจไม่ได้พบได้บ่อยทั่วไป หรือกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ต้องการเปิดเผยก็เป็นไปได้ การวิจัยครั้งนี้ยังพบข้อมูลเชิงคุณภาพที่กลุ่มตัวอย่างมีครอบครัวแตกแยกขาดความรักความอบอุ่น ถูกทอดทิ้งขาดที่พึ่งจากพ่อแม่หรือผู้ปกครอง ต้องใช้ชีวิตตามลำพังในวัยเด็ก ใช้สารเสพติด มีปัญหาสุขภาพกายและป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น เด็กที่อยู่กับแม่ที่อารมณ์รุนแรง (สคม-26) ผู้ให้ข้อมูลรายนี้เติบโตในครอบครัวที่มารดาที่มีความเครียดสูงและไม่มั่นคงทางอารมณ์ เด็กจึงต้องรับบทบาทดูแลและปลอบโยนผู้ใหญ่ตั้งแต่วัยประถม ส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรังและความรู้สึกไม่ปลอดภัยทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนความเครียดเป็นเวลานาน ส่งผลต่อสมองส่วนอารมณ์ โดยเฉพาะอมิกดาลาซึ่งทำหน้าที่ตรวจจับภัย และทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติเอียงไปทางการตอบสนองแบบตื่นตัวตลอดเวลา เมื่อเด็กต้องกอดอารมณ์ของตนเองเพื่อรักษาความสงบในครอบครัว อารมณ์ที่ไม่ได้รับการระบายจะถูกสะสมในระบบประสาทและถ่ายทอดออกมาผ่านร่างกายเกิดเป็นความเจ็บป่วยทางกาย ดังนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์มีผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผ่านกลไกของความเครียดเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท และพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

ที่ไม่เหมาะสม ผลการวิจัยต่อย้ำความสำคัญของการป้องกันประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์และการดูแลสุขภาพจิตแบบคำนึงถึงบาดแผลทางใจตั้งแต่วัยเด็ก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็ก ที่ช่วยป้องกันการเกิดประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์
2. บุคลากรด้านสุขภาพควรได้รับความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาทักษะการบริการเพื่อป้องกันการเกิดประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์
3. สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพควรจัดให้นักศึกษามีความรู้ และตระหนักในความสำคัญของประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเชิงพัฒนาโปรแกรมป้องกันประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์รวมทั้งเชิงทดลองเพื่อลดบาดแผลทางใจที่เกิดจากประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์

ข้อจำกัดของการวิจัย

ประสบการณ์วัยเด็กที่ไม่พึงประสงค์เป็นเหตุการณ์ในอดีตที่เป็นบาดแผลทางใจ บางคนไม่อาจพูดคุยเรื่องอดีตที่เจ็บปวดทำให้มีความยากในการเก็บข้อมูล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมที่ได้สนับสนุนทุนวิจัย ปีงบประมาณ พ.ศ.2566

เอกสารอ้างอิง

- Chu, J., Raney, J. H., Ganson, K. T., Wu, K., Rupanagunta, A., Testa, A., Jackson, D. B., Murray, S. B., & Nagata, J. M. (2022). Adverse childhood experiences and binge-eating disorder in early adolescents. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), Article 168. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00682-y>
- Danielsdóttir, H. B., Aspelund, T., Shen, Q., Halldorsdottir, T., Jakobsdóttir, J., Song, H., Lu, D., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Fall, K., Magnusson, P. K. E., Fang, F., Bergstedt, J., & Valdimarsdóttir, U. A. (2024). Adverse childhood experiences and adult mental health outcomes. *JAMA Psychiatry*, 81(6), 586–594. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.0039>
- Department of Mental Health. (2002). *General Health Questionnaire-28 (Thai version)*. Nonthaburi, Thailand: Ministry of Public Health. (in Thai)

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fitzgerald, M., & Notice, M. (2023). Childhood embedded: Childhood abuse and chronic physical health conditions over a 10-year period. *Journal of Public Health, 45*(2), 332–338. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdac063>
- Health Data Center. (2024a). *A number out-patient with mental illness visiting categorized by groups of diseases and rights.* https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3&id=67ce3cd10f4ed5d2b3517f1373ef273d
- Health Data Center. (2024b). *Civil registration population in last three years.* https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=09cf07164c9b7cfbfe724bee8c6b20c3
- Health Data Center. (2024c). *Illness with important non-communicated diseases.* https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
- Momose, Y., & Ishida, H. (2024). Bullying experiences in childhood and health outcomes in adulthood. *PLOS ONE, 19*(7), Article e0305005. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305005>
- Rungmueanporn, L., Buanthong, N., Chandarasiri, P., & Wittayasai, W. (2019). Development of the adverse childhood experiences (ACE) questionnaire Thai version. *Chulalongkorn Medical Bulletin, 1*(3), 251–260. (in Thai)
- Suratsak, S. (2020). *Human anatomy and physiology* (6th ed.). Bangkok: Mahidol University Press. (in Thai)
- Van Overloop, E., Arms-Chavez, C., Carol, R. N., & LoBello, S. G. (2023). Effects of adverse childhood experiences and chronic health conditions on current depression. *Community Mental Health Journal, 59*(6), 1208–1216. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01103-3>
- Ventura, J., Green, M. F., Shaner, A., & Liberman, R. P. (1993). *Training and quality assurance with the Brief Psychiatric Rating Scale.* *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 3*, 221–244.

Waehrer, G. M., Miller, T. R., Silverio Marques, S. C., Oh, D. L., & Bruke Harris, N. (2020). Disease burden of adverse childhood experiences across 14 states. *PLOS ONE*, *15*(1), Article e0226134. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226134>

World Health Organization. (2024). *Synergies for beating NCDs and promoting mental health and well-being*. <https://www.who.int/groups/high-level-commission-on-ncds/synergies-for-beating-ncds>

Zhang, J., Tang, B. W., Liu, M. W., Yuan, S., Yu, H. J., Zhang, R., Huang, X., Nzala, S. H., Chikpya, M., Wang, P., & He, Q. (2020). Association of adverse childhood experiences with health risk behaviors among college students in Zambia. *International Journal of Behavioral Medicine*, *27*, 400–405. <https://doi.org/10.1007/s12529-020-09863-y>

ผลการใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพด้านความจำผู้สูงอายุ

จิรวดี อ่อนศรี*, ปณิดา ลุนบุตรดา*, สุวรรณมา สุขตะกั่ว*
วชิگانต์ พิมพพันธ์*, วิภาพร สว่างศรี*, ศิริวรรณ ศรีสัมพันธ์*,
สิรินญา ช่างเพชรผล* และ สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัย แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง คือ ประเมินผลการใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพด้านความจำผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 30 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง ทดลองใช้แบบรายบุคคล 2) แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพความจำของผู้สูงอายุภายหลังการใช้นวัตกรรมดีกว่าก่อนการใช้นวัตกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-19.53, p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.20, SD = 0.62$) และคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ประโยชน์ที่ได้รับ ($M = 4.27, SD = 0.79$) รองลงมา คือ ด้านประสิทธิภาพของการนำนวัตกรรมไปใช้ ($M = 4.21, SD = 0.92$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านประสิทธิภาพของชิ้นงาน ($M = 4.09, SD = 0.92$)

นวัตกรรม กล่องดนตรีความจำประลองสมอง ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการส่งเสริมสมรรถภาพด้านความจำผู้สูงอายุในกลุ่มที่ยังไม่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการทำงานของสมองและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น ตลอดจนเป็นทางเลือกหนึ่งในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและสถานบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: นวัตกรรม, กล่องดนตรีความจำ, สมองเสื่อม

*นักศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กระทรวงสาธารณสุข

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: supattra@snc.ac.th

(Received: April 4, 2025; Revised: December 6, 2025; Accepted: March 1, 2026)

Effect of a Memory Music Box Innovation on Memory Performance in Older Adults

Jirawadee Aonsri*, Panida Lunbutda*, Suwanna Suktakua*
Wechikan Phimpakhan*, Wiphaphon Sawangsri*, Siriwan Srisamphan*
Sirinya Changphetphon* & Supattra Chansuvarn, Ph.D.**

Abstract:

This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design to examine the effectiveness of an innovative Memory Music Box on promoting memory performance in older adults among a purposively selected sample of 30 elderly participants. The research instruments included: (1) the Memory Music Box innovation, which was implemented on an individual basis; (2) a memory performance screening form administered both before and after the intervention; and (3) a satisfaction designed to evaluate participants' perceptions of the innovation. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The findings indicated a statistically significant improvement in memory performance following the intervention, with post-test scores significantly higher than pre-test scores ($t = -19.53$, $p < 0.05$). Furthermore, participants reported a high level of satisfaction with the Memory Music Box Innovation, with an overall mean score of ($M = 4.20$, $SD = 0.62$). An analysis of specific components of the innovation revealed that the highest satisfaction was associated with perceived benefits ($M = 4.27$, $SD = 0.79$), followed by the innovation's efficiency ($M = 4.21$, $SD = 0.92$). The lowest satisfaction score, although still high, pertained to the innovation's performance aspect ($M = 4.09$, $SD = 0.92$).

In conclusion, The Memory Music Box innovation was developed to promote memory performance among older adults without dementia. This innovation can be applied as an approach to enhance brain functioning and prevent early-stage cognitive decline, as well as serve as an alternative activity for promoting older adults' health in community settings and healthcare services.

Keywords: Innovation, Memory Music Box, Dementia

*Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Ministry of Public Health

**Boromarajonani College of Nursing, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2566 พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 20.66 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.55 ภายในปี พ.ศ. 2578 นอกจากนี้ ยังมีการคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยภายในปี พ.ศ. 2578 ประชากรผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28.55 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมอนามัย, 2566) เมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาคพบว่าภาคกลางเป็นพื้นที่ที่มีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในอัตราที่ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งในเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 มีประชากรผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 194,966 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 205,191 คนในเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) แสดงถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรีอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว จากแนวโน้มดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานของรัฐ เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเผชิญกับปัญหาโรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นภาวะที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น หากภาวะสมองเสื่อมมีความรุนแรง อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเสี่ยงต่อการได้รับอันตราย เช่น เสี่ยงต่อการพลัดหลง หรือเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงก่อให้เกิดภาวะและผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวและสังคม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2564) และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ทั้งนี้ ก่อนการพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุจำนวนมากมักอยู่ในระยะของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) การส่งเสริมสมรรถภาพด้านความจำให้ผู้สูงอายุตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ช่วยชะลอการเสื่อมถอยของสมอง ลดความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม และลดภาวะการดูแลในระยะยาว ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ

การป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นแนวทางสำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริม เช่น การเล่นเกมฝึกความจำ การฟังดนตรีที่ช่วยผ่อนคลายและกระตุ้นอารมณ์เชิงบวก การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสมอง เช่น ผักผลไม้และไขมันดี การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่สามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมอนามัย, 2566; World Health Organization, 2023) และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า เสียงดนตรีเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตและความสามารถทางสมอง ของบุคคลในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดนตรีมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นสมองในหลายด้าน ได้แก่ การรับรู้ การเรียนรู้สิ่งใหม่ การใช้ภาษา ความจำระยะสั้น ความจำระยะยาว ความจำที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน และยังเพิ่มพูนความสุขทางใจ อารมณ์ สภาพร่างกายที่ดีตามมาอีกด้วย (van der Steen et al., 2018 ;ปณิชา พรประสิทธิ์และคณะ, 2564) ดนตรีสามารถส่งผลต่ออารมณ์ ทำให้เกิดความผ่อนคลาย ดนตรีสามารถกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหว เช่น การขยับร่างกายตามจังหวะ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อระบบประสาท (Koelsch, 2014) การใช้ดนตรีร่วมกับกิจกรรมที่มีความหลากหลาย เช่น เกมฝึกสมอง เกมจับคู่ หรือเกมที่เกี่ยวข้องกับวัน เวลา บุคคล หรือสถานที่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งไม่ซับซ้อนและคุ้นเคยกับผู้สูงอายุ มีส่วนช่วยกระตุ้นสมรรถภาพทางสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2564)

คณะผู้จัดทำเล็งเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพสมองและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน จึงได้พัฒนานวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพด้านความจำของผู้สูงอายุ โดยนำนวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมองผสานเข้ากับกิจกรรมกระตุ้นสมองที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุ ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทด้านการรับรู้ ความคิด และอารมณ์ นอกจากนี้สมรรถภาพด้านความจำเป็นตัวบ่งชี้ของหน้าที่ทางสมองที่เสื่อมถอยตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อม การส่งเสริมสมรรถภาพด้านความจำจึงเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพความจำของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมองพัฒนาขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมด้านดนตรีบำบัดและกิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ โดยบูรณาการแนวคิดดนตรีบำบัดของ Murrock และ Higgins (2009) ซึ่งอธิบายว่าการฟังดนตรีหรือเสียงเพลงที่คุ้นเคยสามารถกระตุ้นการทำงานของสมองด้านอารมณ์และความจำ ช่วยเรียกคืนความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์และบุคคล ร่วมกับแนวคิดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ของ Spector (2003) ที่เน้นการใช้กิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน เช่น วัน เวลา สถานที่ และบุคคล เพื่อเสริมสร้างการรับรู้และการทำงานของสมอง และป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จึงนำแนวคิดนี้ทั้ง 2 แนวคิดนี้มาทดลองใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพด้านความจำผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่อาศัยในตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เต็มใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการใช้นวัตกรรม 2) ทำแบบประเมิน Mini-Cog ได้มากกว่า 3 คะแนน 3) สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและใช้นวัตกรรมได้ และการจัดกระทำ(intervention) โดยการใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมองเป็นเครื่องมือในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่อาศัยในตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen (1988) ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลอง (Lemeshow et al., 1990) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีดนตรีบำบัดของ Murrock & Higgins (2009) ร่วมกับแนวคิดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ของ Spector (2003) โดยมีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม และวิธีการต่างๆ กิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมอง นำมาพัฒนานวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง

2. นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง ซึ่งเป็นกล่องไม้รูปทรงสี่เหลี่ยมจำนวน 4 ชั้น แต่ละชั้นประกอบด้วยกิจกรรมกระตุ้นสมรรถภาพสมองและกล่องเสียงเพลงไซลานขนาดเล็ก เปิดประกอบขณะทำกิจกรรม กิจกรรมประกอบด้วยเกมเรียงสี เกมปริศนาอักษรไขว้ เกมบันไดงู เกมจับผิดภาพ เกมจับคู่เงา เกมวาดภาพเหมือน เกมอ่านออกเสียงตามสีที่เห็น และการเล่นไซโลโฟน โดยมีคู่มือประกอบการใช้นวัตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ นวัตกรรมดังกล่าวได้รับการพัฒนาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสมรรถภาพสมองและการใช้ดนตรีร่วมกับกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุ และนวัตกรรมได้รับการประเมินประสิทธิภาพในด้านความเหมาะสม การนำไปใช้ และประโยชน์ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านนวัตกรรม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลพื้นฐาน จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ชุด ดังนี้

1. ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2. แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ จำนวน 14 ข้อ (ชาญกัญญา ตันติลีปกร และโสภา เกริกไกรกุล, 2563) ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาประเมินสมรรถภาพความจำของผู้สูงอายุ เนื่องจากเครื่องมือนี้มีการประเมินผลลัพธ์ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1 เมื่อเหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย หรืออาจจะเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี คะแนน 2 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก หรืออาจจะเกิดขึ้น 1 หรือ 2 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน คะแนน 3 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย หรืออาจจะเกิดขึ้นเกือบทุกสัปดาห์ คะแนน 4 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน การแปลผล 14-19 คะแนน สมรรถภาพทางสมองอยู่ในเกณฑ์ดีมาก 20-29 คะแนน สมรรถภาพทางสมองอยู่ในระดับปานกลาง ควรเข้ารับคำแนะนำเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางสมอง 30-39 คะแนน สมรรถภาพทางสมองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ควรเข้ารับคำแนะนำเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางสมอง 40-56 คะแนน สมรรถภาพทางสมองต่ำ ควรพบแพทย์

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองในขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรม จำนวน 13 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 หมายถึง มากที่สุด ถึงคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์ของการแบ่งระดับประสิทธิผลของชูศรี วงศ์รัตน์ (2553) มี 5 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .83 และ .85 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) เท่ากับ .78 และ .75

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี รหัสจริยธรรมที่ EC-010/2567 การวิจัยนี้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาศึกษา และขอคำยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาโดยสมัครใจ การเข้าร่วมการวิจัยนี้มีความเสี่ยงต่ำ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิต โดยข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างอธิบายลักษณะงานวิจัย ขั้นตอนการวิจัย วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายว่าไม่นำชื่อและข้อมูลไปเผยแพร่ต่อสาธารณชน พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ (pretest) ใช้เวลา 15 นาที

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้นวัตกรรม กล้องดนตรีความจำประลองสมอง โดยแนะนำขั้นตอนและทำความเข้าใจการใช้นวัตกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมคู่มือประกอบการทดลอง นวัตกรรมประกอบด้วยกล่องไม้จำนวน 4 ชั้น เป็นกิจกรรมรายบุคคล แต่ละชั้นบรรจุกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมองในด้านต่าง ๆ ควบคู่กับกล่องเสียงเพลงแบบไขลานที่เปิดคลอระหว่างทำกิจกรรม เพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลายและส่งเสริมสมาธิ

ขั้นที่ 1 เป็นกิจกรรมกระตุ้นความจำพื้นฐาน ได้แก่ เกมเรียงสีและเกมจับผิดภาพ มุ่งส่งเสริมสมาธิ ความจำระยะสั้น และการสังเกต ขั้นที่ 2 เป็นกิจกรรมฝึกความคิดและการใช้ภาษา ได้แก่ เกมปริศนาอักษรไขว้และการอ่านออกเสียงตามสีที่เห็น เพื่อกระตุ้นความจำด้านภาษาและความคิดเชิงเหตุผล ขั้นที่ 3 เป็นกิจกรรมเสริมการรับรู้และการประสานงานระหว่างตาและมือ ได้แก่ เกมจับคู่เงา เกมวาดภาพเหมือน และเกมบันไดงู เพื่อส่งเสริมความจำเกี่ยวกับภาพและการวางแผน และขั้นที่ 4 เป็นกิจกรรมกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึกผ่านเสียงดนตรี โดยการเล่นไซโลโฟน เพื่อเสริมการรับรู้เสียง ความจำเกี่ยวกับจังหวะเพลง กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการทดลองใช้นวัตกรรมกล้องดนตรีความจำประลองสมอง ชั้นละประมาณ 10 นาที ระยะเวลาการทดลองใช้นวัตกรรม จำนวน 8 สัปดาห์



รูปภาพที่ 1 การทดลองใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง

ขั้นหลังทดลอง

หลังจากเสร็จสิ้นการทดลองใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ (posttest) และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการแก้ไขโดยใช้ใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง ใช้เวลา 15 นาที หลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบคัดกรองสมรรถภาพความจำของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการทดสอบที่ โดยตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติของค่าความแตกต่างของคะแนนด้วยการทดสอบ Shapiro–Wilk เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50 คน

3. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงและเพศชายจำนวนเท่ากัน จำนวน 15 คน กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 61.4 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 54.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 54.8 ไม่ได้เรียนหนังสือและเรียนระดับชั้นประถมศึกษาจำนวนเท่ากัน จำนวนละ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบแบบคัดกรองสมรรถภาพความจำก่อนและหลังใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลอง
สมอง (n = 30)

| สมรรถภาพความจำ | M | SD | t | df | sig |
|-----------------|------|------|--------|----|-----|
| ก่อนใช้นวัตกรรม | 2.72 | 0.49 | -19.53 | 29 | .05 |
| หลังใช้นวัตกรรม | 2.46 | 0.45 | | | |

* $p < .05$

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพความจำของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพความจำก่อนการใช้นวัตกรรม (M = 2.72, SD = 0.49) และคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพความจำหลังการใช้นวัตกรรม (M = 2.46, SD = 0.45) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -19.53, p < 0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลอง
สมอง (n = 30)

| หัวข้อการประเมิน | M | SD | ระดับ |
|---|-------------|------------|------------|
| ด้านประสิทธิภาพของชิ้นงาน | | | |
| น้ำหนักมีความเหมาะสม | 3.90 | .84 | มาก |
| ความทนทานต่อการใช้งาน | 4.17 | .95 | มาก |
| การออกแบบสร้างสรรค์ | 4.17 | .91 | มาก |
| ขั้นตอนการใช้งานไม่ซับซ้อน | 4.13 | .97 | มาก |
| ด้านประสิทธิภาพของการนำนวัตกรรมไปใช้ | | | |
| สะดวกสบายในการใช้งาน | 3.93 | 1.04 | มาก |
| ความปลอดภัยในการใช้งาน | 4.37 | .80 | มาก |
| รูปร่างเหมาะสมในการใช้งาน | 4.33 | .92 | มาก |
| ด้านประโยชน์ที่ได้รับ | | | |
| นวัตกรรมนำไปใช้ได้จริง | 4.03 | .76 | มาก |
| สนุกสนานเพลิดเพลิน | 4.17 | .89 | มาก |
| ลดความเครียด | 4.23 | .72 | มาก |
| ช่วยฝึกสมองความจำ | 4.40 | .47 | มาก |
| สร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ดี | 4.43 | .81 | มาก |
| ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ | 4.37 | .85 | มาก |
| ภาพรวม | 4.20 | .62 | มาก |

ระดับความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.20$, $SD = .62$) และคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ ($M = 4.2$, $SD = .79$) รองลงมาคือด้านประสิทธิภาพของการนำนวัตกรรมไปใช้ ($M = 4.21$, $SD = 0.92$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านประสิทธิภาพของชิ้นงาน ($M = 4.09$, $SD = .92$) (ตารางที่ 2)

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่ใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพความจำหลังการใช้นวัตกรรมดีกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อันเป็นผลมาจากคุณสมบัติของนวัตกรรมดังกล่าวที่ช่วยกระตุ้นประสาทสัมผัสด้านการรับรู้ การรู้คิด และความจำ ตลอดจนช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุฝึกฝนการจดจำข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน อาทิ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของทองมี ผลาผล และคณะ (2568) พบว่าโปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ย ช่วยในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการกระตุ้นการรู้คิด และการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุในมิติด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของอาทิตยา สุวรรณ และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2564) ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรู้คิดผ่านดนตรีบำบัดสามารถเพิ่มความสามารถด้านการรู้คิด ลดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Moreno-Morales et al., (2020) พบว่า การบำบัดด้วยดนตรีสามารถปรับปรุงสมรรถภาพทางสติปัญญาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านความจำระยะสั้นและการรับรู้ทางอารมณ์ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะจบในระดับชั้นประถมศึกษา แต่ผู้สูงอายุสามารถทดลองใช้นวัตกรรมและมีความสนุกกับนวัตกรรม แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมมีการออกแบบที่เหมาะสม กิจกรรมไม่ซับซ้อนมากเกินไปสำหรับผู้สูงอายุและสามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุทุกระดับการศึกษา ตัวอย่างคำพูดจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุรายหนึ่ง “ป้าใช้กล่องดนตรีความจำนี้ มีเพลงที่ป้าชอบนะ รู้สึกมีความสุข มันทำให้ป้านึกถึงเหตุการณ์ในอดีตผ่านเพลง เมื่อเล่นเกมในกล่องนี้สนุกดีนะ”

ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.20$, $SD = .62$) และคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ ($M = 4.2$, $SD = .79$) รองลงมาคือด้านประสิทธิภาพของการนำนวัตกรรมไปใช้ ($M = 4.21$, $SD = 0.92$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านประสิทธิภาพของชิ้นงาน ($M = 4.09$, $SD = .92$) ซึ่งอธิบายได้ว่านวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมองสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในการฝึกฝนสมอง เช่น เกมต่าง ๆ ที่ใช้กระตุ้นสมองประสานกับกับเสียงดนตรี สอดคล้องกับการศึกษาของวิชญ์ บุญรอด (2565) ผลการศึกษาความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมเครื่องดนตรีประเภทเครื่องดีดและเครื่องตีสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า อาสาสมัครมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมเครื่องดนตรีสำหรับผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.82 โดยมีความเห็นว่าเป็นนวัตกรรมที่เรียบง่ายและทันสมัยมีคุณประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมองจึงเหมาะสมที่จะนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อมเล็กน้อย หรือผู้ที่มีปัญหาด้านการรู้คิดในระยะเริ่มต้น ทั้งนี้เนื่องจากเป็นนวัตกรรมที่ใช้งานง่าย ปลอดภัย ไม่ซับซ้อน และยังสามารถปรับให้เข้ากับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละรายได้อย่างยืดหยุ่น ไม่ว่าจะเป็นการเลือกเพลงที่ชอบ หรือกิจกรรม

ที่สอดคล้องกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุ ยังช่วยเสริมสร้างความสุข และความสนุกสนานผ่อนคลายความเครียดให้กับผู้สูงอายุได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมติดตามผลในระยะยาว เช่น ระยะ 6 เดือนถึงระยะ 1 ปี เพื่อประเมินผลต่อเนื่องของการใช้นวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมอง

2. การศึกษาในครั้งนี้ใช้นวัตกรรมดนตรีประเภทฟังร่วมกับกิจกรรมกระตุ้นความจำขั้นพื้นฐาน ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของนวัตกรรมกล่องดนตรีความจำประลองสมองร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมความจำอื่น ๆ เช่น ดนตรีประเภทต่าง ๆ เกมบริหารสมองแบบอื่น ๆ หรือกิจกรรมศิลปะต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อศึกษาความแตกต่างด้านประสิทธิภาพและความเหมาะสมของแต่ละดนตรีและกิจกรรมที่กระตุ้นสมอง

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2565. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กรมอนามัย. (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย และการคาดการณ์ในอนาคต. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แบบประเมิน Mini-Cog การพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับใช้ในการคัดกรองสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย. <http://www.rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/12012023-105850-5019.pdf>

ชาญกัญญา ต้นติลีปกร, และโสภา เกริกไกรกุล. (2563). แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำสำหรับผู้สูงอายุ.

นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ชูศรี วงศ์รัตน์. (2553). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่12). ไทเนรมิตกิจอินเตอร์โปรแกรมสซิฟ.

ทองมี ผลาผล อติญา โพธิ์ศรี และกิตติพงษ์ พลทิพย์. (2568).ผลของการใช้โปรแกรมบริหารสมองร่วมกับนวัตกรรมลำเตี้ยต่อความพึงพอใจและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 22(2), 127-137.

ปณิชา พรประสิทธิ์, จุฑาทิพย์ วิวัฒนาพันธุ์วงศ์, และอรรณญา ต้อยคำภีร์.(2564). ดนตรีและสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัย มข. สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 9(1), 91-103.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2564). สังคมผู้สูงอายุ.

<https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article/>

อาทิตยา สุวรรณ, และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรู้คิดโดยใช้ดนตรีบำบัดต่อความสามารถด้านการรู้คิด ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลทหารบก, 22(1), 55-63.

- วิชญ์ บุญรอด. (2565). นวัตกรรมเครื่องดนตรีสำหรับผู้สูงอายุ ประเภทเครื่องดีดและเครื่องตี เพื่อใช้ในกิจกรรมดนตรีผู้สูงอายุตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 19(1), 132–153.
- วีณา จีระแพทย์. (2552). *บทบาทพยาบาลวิชาชีพกับการวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Chanda, M. L., & Levitin, D. J. (2013). The neurochemistry of music. *Trends in Cognitive Sciences*, 17(4), 179–193. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.02.007>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.
- Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(3), 170–180.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. John Wiley & Sons.
- Moreno-Morales, C., Calero, R., Moreno-Morales, P., & Pintado, C. (2020). Music therapy in the treatment of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, 7, Article 160. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00160>
- Murrock, C. J., & Higgins, P. A. (2009). The theory of music, mood and movement to improve health outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2249–2257. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05052.x>
- van der Steen, J. T., Smaling, H. J. A., van der Wouden, J. C., Bruinsma, M. S., Scholten, R. J. P. M., & Vink, A. C. (2018). *Music-based therapeutic interventions for people with dementia*. Cochrane Database of Systematic Reviews, (7), CD003477. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub4>
- World Health Organization. (2023). *Reducing the risk of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550543>

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรู้คิดต่อสมรรถภาพทางสมอง ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถ

ในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชนสามพราน จังหวัดนครปฐม

จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล, พยม.* , พรทิพย์ จอกระจ่าย, พยม.*

นงพิมล นิมิตรอนันท์, สด.* และ วิราภรณ์ ทองยัง, วท.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรู้คิดต่อสมรรถภาพทางสมอง ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชนสามพราน จังหวัดนครปฐม ที่ได้รับการคัดกรองการรู้คิดปกติ จำนวน 50 คน เลือกรandomized แบบเจาะจง จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพ การสอนความรู้แบบกลุ่ม และกิจกรรมการฝึกสมอง 5 กิจกรรม ร่วมกับการกำกับติดตามการฝึกด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องผ่านทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินสมรรถภาพสมอง แบบประเมินสุขภาพจิต และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.669, 0.886, 0.948 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ ที่

ผลการวิจัย การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย สมรรถภาพสมอง ($M=27.84$, $SD=1.91$) และ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ขณะที่ สภาวะสุขภาพจิต ($M=8.88$, $SD=2.22$) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมส่งเสริมการรู้คิดไปใช้ในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาสมรรถภาพสมอง ส่งเสริมสุขภาพจิต และเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว และประเมินผลกระทบในด้านอื่นเพิ่มเติม เช่น คุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ทางสังคม

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการรู้คิด, สมรรถภาพสมองปกติ, ภาวะสุขภาพจิต, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่สูงขึ้น, ผู้สูงอายุในชุมชน

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** กองสาธารณสุข เทศบาลเมืองไร่ขิง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

Corresponding E-mail: porntipjokk@gmail.com

(Received: August 14, 2025; Revised: January 1, 2026; Accepted: March 1, 2026)

The Effects of a Cognitive Enhancement Program on Cognitive Function, Mental Health, and Instrumental Activities of Daily Living for the Elderly in Sam Phran Community, Nakhon Pathom Province

Jutarat Poopitukkul, M.N.S.* , Porntip Jokkrajai, M.N.S.*

Nongpimol Nimit-arnun, Dr.PH.* & Viraporn hongyoung, M.Sc.**

Abstract

A quasi-experimental research using a two-group pretest-posttest design was conducted to examine the effects of a healthy brain promotion program on cognitive function, mental health, and instrumental activities of daily living performance among 50 older people with healthy brain screening. A purposive sampling method was used to select 25 participants in each group. The experimental group participated in an 8 weeks healthy brain promotion program, consisting of relationship perfume, group health education, and 5 brain training skills practice. Moreover, telephone visit and line application were applied for monitoring continuingly. The research instruments included the Montreal Cognitive Assessment (MoCA), the Thai Geriatric Depression Scale (Thai HAD-S), and the Instrumental Activities of Daily Living scale (IADL). The content validity was conducted by the 3 experts. Cronbach's alpha coefficient of reliability was 0.669, 0.886, 0.948. Data were analyzed using descriptive statistics, and t-test.

Results revealed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores in cognitive function ($M=27.84, SD=1.91$) and instrumental activities of daily living ($M=7.80, SD=0.50$) compared to the comparison group ($p<.001$). In contrast, no significant difference was observed in mental health scores ($M=8.88, SD=2.22, p>.05$).

Recommendations: The cognitive enhancement program should be implemented continuously at the community level to promote emotional functioning, support mental well-being, and improve daily living abilities among older adults. Future research should include long-term follow-up and explore additional outcomes such as quality of life and social engagement.

Keywords: Cognitive Enhancement Program, Healthy brain, Cognitive Function, Mental Instrumental Activities of Daily Living, Community-dwelling older adults

*Faculty of Nursing, Christian University

**Public Health Division, Rai Khing Municipality, Sam Phran District, Nakhon Pathom Province

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นพยาธิสภาพความบกพร่องหรือการเสื่อมถอย (decline) ของการทำงานของสมองด้านการรู้คิด (cognitive function) และสติปัญญา (intellectual function) โดยเฉพาะด้านความจำ การตัดสินใจ การใช้เหตุผล และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ แต่ก็อาจเกิดจากโรคอื่นได้ เช่น เส้นเลือดสมองตีบ โรคพาร์กินสัน ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ หรือการขาดวิตามินบี (Mauk, 2018; ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561) ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อภาระการพึ่งพาและภาระค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวและระบบบริการสุขภาพของประเทศ พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะการป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ได้แก่ มาตรการป้องกันก่อนเกิดโรค การสร้างเสริมสุขภาพสมองและการรณรงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ด้วยการเผยแพร่ความรู้ไปยังผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแลในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ได้เข้าถึงข้อมูลอย่างทั่วถึง แล้วนำไปสู่การชะลอการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) (สุทิตา ปิติญาณ, 2562; Thongwachira, et al., 2024; Ganzer & Zauderer, 2011) ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้เกี่ยวข้องอย่างมาก ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสมอง (Healthy Brain Training Program หรือ Cognitive Health Promotion Program) จึงเป็นความท้าทายสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะสมองในผู้สูงอายุ

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุส่งผลให้ปัญหาภาวะสมองเสื่อม (dementia) กลายเป็นประเด็นสำคัญทางสาธารณสุขที่ต้องได้รับความสนใจอย่างเร่งด่วน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม รายงานว่าจำนวนประชากรไทย ใน พ.ศ. 2568 กว่า 65 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 14,459, 000 คน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2568) ขณะที่อุบัติการณ์ภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ใน พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั่วโลกมากกว่า 50 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 82 ล้านคน และ 152 ล้านคนใน พ.ศ. 2573 และ พ.ศ. 2593 ตามลำดับ (Alzheimer's Disease International, 2019) สำหรับประเทศไทย ในช่วง พ.ศ. 2563–2565 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นจาก 650,000 คน เป็น 770,000 คนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิจัยเชิงอภิธาน (Systematic Review and Meta-analysis) ในช่วงปี พ.ศ. 2561–2566 และ ค.ศ. 2012–2025 ช่วยให้ผู้วิจัยได้รับองค์ความรู้เชิงประจักษ์ที่สำคัญ 3 ประเด็นหลัก 1) รูปแบบกิจกรรมที่ได้ผล: พบว่าการฝึกสมองควรใช้รูปแบบ Multimodal หรือ Multicomponent Intervention ที่ผสมผสานกิจกรรมทางกายและจิตใจร่วมกัน รวมถึงการใช้เทคโนโลยีและกิจกรรมตามบริบทชุมชน 2) ปัจจัยความสำเร็จ: การทบทวนวรรณกรรมยืนยันว่า ความถี่และความต่อเนื่องของกิจกรรม มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลลัพธ์ มากกว่ารูปแบบของกิจกรรมเพียงอย่างเดียว 3) การเลือกเครื่องมือประเมิน: ช่วยให้ผู้วิจัยตระหนักถึงการเลือกใช้แบบประเมินที่มีความไว (Sensitivity) ต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น การพิจารณาใช้แบบประเมิน TIADL ในกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี (Gross et al., 2012; Sáez-Gutiérrez et al., 2024; Velloso et al., 2025) และงานวิจัยเชิงกึ่งทดลองทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (Barnes et al., 2013; Kwok et al., 2013; Leethong-in et al., 2019; Thongwachira et al., 2024;

กัมปนาท ส้ารวมจิตและคณะ, 2562; พิรุณตรี ศรชัยเลิศสกุล, 2563; จุฑามาต วังจันทร์ และคณะ, 2563; เพ็ญศิริ โคตรพัฒน์ และคณะ, 2566; Gómez-Soria et al., 2023; พนารัตน วิศเวทพนมิตร และคณะ, 2567)

ผู้วิจัยได้นำสาระสำคัญที่สังเคราะห์ได้มาใช้เป็น องค์ประกอบสำคัญ (Components) ในการออกแบบโปรแกรม การทดลอง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด ดังนี้ ควรออกแบบกิจกรรมฝึกสมอง 5 ด้าน: ผู้วิจัยได้นำข้อค้นพบที่ว่า การฝึก แบบหลากหลายวิธีให้ผลดีกว่าวิธีเดียว (Kwok et al., 2013) มากำหนดกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้ง ความใส่ใจความจำ มิติสัมพันธ์ การใช้ภาษา และการบริหารจัดการ/ตัดสินใจ ควรใช้กลไกการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง: เพื่อตอบสนองต่อข้อค้นพบเรื่องความสำคัญของความต่อเนื่อง (Gross et al., 2012) ผู้วิจัยจึงออกแบบให้มีขั้นตอนการ กำกับติดตามผ่าน โทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ (Application Line) ร่วมกับการให้การบ้านเพื่อฝึกฝนตนเองอย่างสม่ำเสมอ ควรประยุกต์ใช้แนวคิดกิจกรรมในชีวิตจริง (Everyday Cognition): ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยเน้นกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตจริงตามคำแนะนำในวรรณกรรม เช่น การวางแผนไปจ่ายตลาด การวาดแผนที่เดินทาง และกิจกรรมทำอาหาร เพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อน (IADL) ควรบูรณาการฐานคิดทางทฤษฎี: ผู้วิจัยใช้ทฤษฎี Neurobic Exercises และ Cognitive Stimulation Therapy (CST) เป็นแกนหลักในการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้า เพื่อส่งผลในระดับชีวภาพคือการหลั่งสาร Neurotrophins ที่ช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพสมองและชะลอความเสื่อมตามวัย

จากการสังเคราะห์วรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องความหลากหลายของกิจกรรม และความต่อเนื่อง มาเป็นฐานในการออกแบบโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ฝึกฝนต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ เพื่อให้มั่นใจว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีมาตรฐานและสอดคล้องกับการใช้ชีวิตตามบริบทจริงของผู้สูงอายุในชุมชนสามพราน ทั้งนี้พบว่าในประเทศไทยยังขาดการศึกษาในกลุ่มเชิงป้องกันผู้สูงอายุที่ยังมีสมรรถภาพสมองปกติ (Healthy Brain) งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมามุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำหรือมีการรู้คิดบกพร่องไปแล้ว แต่การศึกษาเพื่อส่งเสริมสุขภาพสมองในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีสมรรถภาพสมองปกติยังมีอยู่น้อย โดยเฉพาะในบริบทชุมชนไทย ที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท ทำให้เกิดทัศนคติและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน โดย ผู้สูงอายุและครอบครัวส่วนใหญ่มัก รับรู้ว่าการหลงลืมเป็นเรื่องปกติของวัย (Normal forgetfulness) ทำให้ขาดความตระหนักและละเลยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสมอง จนนำไปสู่การเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมที่รุนแรง และการขาดรูปแบบการจัดการที่เป็นรูปธรรมในพื้นที่ จาก การคัดกรองในพื้นที่อำเภอสามพราน พบอุบัติการณ์ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในระดับสูง (ร้อยละ 83-85) แต่ในพื้นที่ยังไม่มีโครงการเพื่อบริการกับปัญหาสมองเสื่อมอย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มุ่งเน้นการป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) โปรแกรมนี้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อผู้สูงอายุที่ยังมีสมรรถภาพสมอง ปกติโดยเฉพาะ เพื่อเป็นมาตรการชะลอการเข้าสู่ภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment) ก่อนที่จะสายเกินไป ได้ใช้ฐานคิดทางชีวภาพและทฤษฎีบูรณาการโปรแกรมได้ปิดช่องว่างด้านรูปแบบกิจกรรม โดยบูรณาการทฤษฎี Neurobic Exercises (Katz et al., 1999) และแนวคิด Cognitive Stimulation Therapy (CST) (Spector et al., 2003) ซึ่งเน้นการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้า กลไกสำคัญคือการกระตุ้นให้สมองหลั่งสาร Neurotrophins ที่ช่วยเสริมสร้างแขนงเซลล์ประสาท (Dendrites) และเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารของเซลล์สมอง ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาความ เสื่อมถอยในระดับสรีรวิทยา การเชื่อมโยงกิจกรรมกับวิถีชีวิตจริง เพื่อแก้ปัญหาที่กิจกรรมฝึกสมองมักแยกออกจาก

ชีวิตประจำวัน โปรแกรมนี้จึงออกแบบกิจกรรมที่อิงกับบริบทจริง เช่น การวางแผนซื้อของ การใช้เงิน และการวาดแผนที่เส้นทางในชุมชน ซึ่งช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (IADL) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีเพื่อความต่อเนื่องของการฝึก โปรแกรมปิดช่องว่างด้านความสม่ำเสมอในการฝึกฝน (ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่พบจากการทบทวนวรรณกรรม) โดยการนำแอปพลิเคชันไลน์ (Line) และการโทรศัพท์มาใช้กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุฝึกฝนสมองด้วยตนเองที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ เพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะสมองเสื่อมในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย สมรรถภาพสมอง สภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรู้คิด

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย สมรรถภาพสมอง สภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรู้คิด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ กรอบแนวคิดที่บูรณาการทฤษฎี Neurobic exercises (Katz et al., 1999) และแนวคิด Cognitive Stimulation Therapy (Spector et al., 2003) ซึ่งมุ่งเน้นการกระตุ้นการทำงานของสมองผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า เพื่อสร้างความท้าทายให้แก่เซลล์สมองและส่งเสริมการหลั่งสาร Neurotrophins ที่มีคุณสมบัติในการเสริมสร้างแขนงเซลล์ประสาท (Dendrites) และชะลอความเสื่อมของสมอง แนวคิดดังกล่าวถูกนำมาประยุกต์สู่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรู้คิด ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน และกิจกรรมฝึกสมอง 5 ด้าน เพื่อมุ่งหวังผลลัพธ์ในการเพิ่มสมรรถภาพทางสมอง สภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (IADL) ดังนี้:

1. ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม (4 ขั้นตอน)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ: มุ่งเน้นการสร้างบรรยากาศกลุ่มที่เป็นมิตรและเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 2 การสอนความรู้: การให้ความรู้เชิงวิชาการเกี่ยวกับพยาธิสภาพสมองเสื่อม แนวทางการป้องกัน และโภชนาการที่ส่งเสริมสุขภาพสมอง

ขั้นตอนที่ 3 กิจกรรมฝึกสมอง: การฝึกปฏิบัติกิจกรรมทั้ง 5 ด้านเพื่อกระตุ้นกระบวนการรู้คิดอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนที่ 4 การกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง: กระบวนการติดตามผลผ่านทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการฝึกฝนด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ

2. กิจกรรมฝึกสมอง 5 กิจกรรม:

กิจกรรมที่ 1 "รู้เท่าทันภาวะสมองเสื่อม": พัฒนาทักษะด้าน ความใส่ใจ (Attention) ผ่านกระบวนการให้ความรู้

กิจกรรมที่ 2 "กินอย่างสบายกาย อยู่อย่างสบายใจ": ส่งเสริม ความใส่ใจและความจำ (Attention & Memory)

ผ่านกิจกรรมโภชนาการและการใช้เทคนิคช่วยจำ

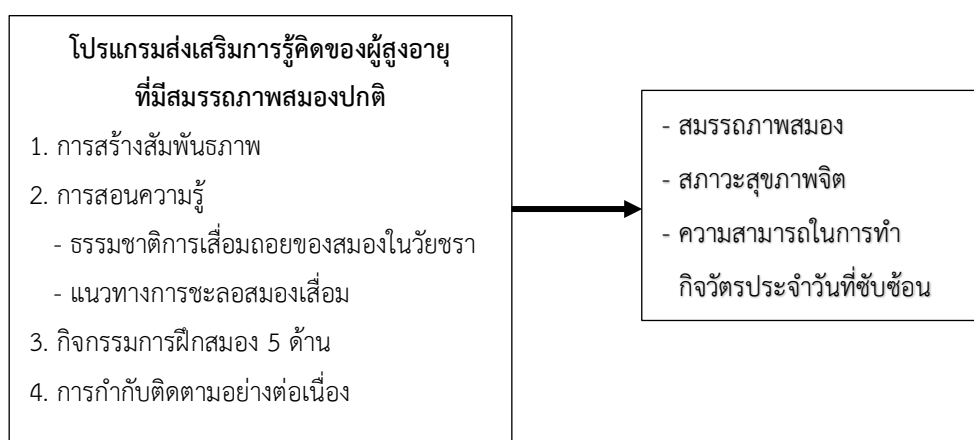
กิจกรรมที่ 3 "ออกกำลังกายบริหารสมอง": กระตุ้น ความจำและภาษา (Memory & Language) ผ่านการออก

กำลังกายตาราง 9 ช่อง และการสรุปข้อมูลแบบหมวดหมู่หรือ Mind Map

กิจกรรมที่ 4 "กิจกรรมเรียนรู้ประสบการณ์": ฝึกฝนด้าน มิติสัมพันธ์ (Visuospatial function) ผ่านการวาดแผนที่เส้นทางและการรับรู้ระยะทางในชุมชน

กิจกรรมที่ 5 "การตัดสินใจ": พัฒนาการ จัดระบบบริหารจัดการและการตัดสินใจ (Executive function) ผ่านกิจกรรมกลุ่มในการวางแผนจัดการงบประมาณและประกอบอาหาร

การดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนและกิจกรรมฝึกสมองที่ระบุข้างต้น จะส่งผลต่อตัวแปรตาม ได้แก่ สมรรถภาพทางสมอง (Cognitive function), ภาวะสุขภาพจิต (Mental health) และ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (IADL) ของผู้สูงอายุในชุมชนให้ดีขึ้นตามสมมติฐานการวิจัย (แผนภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย บูรณาการจากทฤษฎี Neurobic exercises (Katz et al., 1999) และแนวคิด Cognitive Stimulation Therapy (Spector et al., 2003)

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pre-post test design) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมการรู้คิดต่อสมรรถภาพทางสมอง ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน พื้นที่ที่ศึกษาและการคัดเลือกชุมชน (Area and Community Selection) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกพื้นที่โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

การกำหนดพื้นที่ระดับอำเภอ ผู้วิจัยใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดให้ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นพื้นที่ศึกษา เนื่องจากเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทขนาดใหญ่ที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง และเป็นพื้นที่ที่มีความร่วมมือทางวิชาการ (MOU) ระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน กับหน่วยงานในท้องถิ่น เช่น เทศบาลเมืองไร่จิง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อร่วมกันพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง การเลือกตำบลและเกณฑ์ความคล้ายคลึงกัน: จากจำนวนตำบลทั้งหมด 16 ตำบลในอำเภอสามพราน ผู้วิจัยได้สุ่มเลือกตำบลจำนวน 2 แห่ง คือ รพ.สต.บ้านท่าพุด และ รพ.สต.บ้านเทียนดัด โดยใช้เกณฑ์การ

พิจารณาเลือกพื้นที่ที่มีบริบทของชุมชนและจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ใกล้เคียงกัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่สอดคล้องกัน และจากการลงพื้นที่คัดกรองเบื้องต้นร่วมกับ รพ.สต. ทั้งสองแห่งโดยใช้แบบประเมิน MOCA (คะแนน < 25) พบอุบัติการณ์ของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงถึง ร้อยละ 85.85 และร้อยละ 83.74 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินโครงการส่งเสริมการรู้คิด การจัดกลุ่มพื้นที่: ผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธี จับฉลาก เพื่อกำหนดให้ตำบลหนึ่งเป็นพื้นที่ทดลอง (ได้รับโปรแกรม) และอีกตำบลหนึ่งเป็นพื้นที่เปรียบเทียบ (ได้รับการดูแลตามปกติ)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size Determination) ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ตามรายละเอียดพารามิเตอร์ทางสถิติดังนี้ ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size: d) คำนวณได้เท่ากับ 1.09 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ วิมา ลัมสกุล และคณะ (2561) ซึ่งศึกษาตัวแปรที่ใกล้เคียงกัน การกำหนดค่าทดสอบ: กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ .05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test) ที่ .80 ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ผลการคำนวณระบุว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน ผู้วิจัยจึงได้เผื่อการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) อีกร้อยละ 10 ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจริง กลุ่มละ 25 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60–70 ปี 2) สามารถสื่อสาร อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ 3) ไม่มีความพิการด้านประสาทการรับรู้ที่ส่งผลต่อการทำกิจกรรม (เช่น ตาบอด หูหนวก หรือความผิดปกติของนิ้วมือ) 4) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม 5) มีสภาวะสุขภาพจิตปกติและไม่มีความการรู้คิดบกพร่อง (ผ่านการประเมินด้วยแบบคัดกรอง 2Q และ 6CIT ที่คะแนน 0-7) 6) สามารถใช้งานสมาร์ทโฟน แอปพลิเคชันไลน์ และเว็บแอปพลิเคชันได้ 7) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 3 ครั้งด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) เกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือรุนแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการศึกษา 2) ผู้ที่มีข้อจำกัดจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้จนจบโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) ใช้ประเมินสภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้นก่อนการทดลอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ (รูปแบบคำตอบ: มีหรือไม่มีอาการ) เพื่อคัดแยกผู้ที่มีความเสี่ยงออกจากกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย (6CIT-Thai version): พัฒนาโดย สุภาพ อารีเอื้อ และ พิชญ์ประอร ยังเจริญ (2563) เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เครื่องมือมี 6 ข้อ ประเมินการรับรู้ ความตั้งใจ และความจำเฉพาะหน้า (คะแนนรวม 0–28 คะแนน) โดยมีเกณฑ์ การให้คะแนน: ด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว (ตอบผิดข้อละ 3–4 คะแนน), ความตั้งใจ (ผิด 1 ครั้งได้ 2 คะแนน, มากกว่า 1 ครั้งได้ 4 คะแนน) และความจำเฉพาะหน้า (ผิดได้คะแนน 2 ถึง 10 ตามลำดับครั้ง) การแปลผล: คะแนน 0–7 หมายถึง ปกติ (ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด) และคะแนน 8 ขึ้นไป หมายถึง อาจมีความบกพร่องทางการรู้คิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 ชุด ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล: เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล จำนวนสมาชิกในครอบครัว ที่อยู่อาศัย ประวัติการเจ็บป่วย และการเป็นสมาชิกกลุ่มในชุมชน

2.2 แบบประเมินสุขภาพจิต (Thai HADS): พัฒนาโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) เพื่อคัดกรองอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า. เครื่องมือมี 14 ข้อ แบ่งเป็นกลุ่มอาการวิตกกังวล (ข้อคี่) และกลุ่มอาการซึมเศร้า (ข้อคู่) ด้านละ 7 ข้อ คะแนนรวมแต่ละส่วนอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนนการแปลผล: คะแนน 0-7 หมายถึงปกติ, 8-10 หมายถึงมีความเสี่ยง (Doubtful cases) และ 11-21 หมายถึงมีความผิดปกติทางจิตเวช (Cases)

2.3 แบบประเมินพุทธรปัญญา (MoCA-B ฉบับภาษาไทย): พัฒนาโดย Julayanont et al. (2015) เพื่อวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมระยะแรก ประเมินการทำงานของสมอง 8 ด้าน ได้แก่ ความใส่ใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ทักษะมิติสัมพันธ์ ความคิดรวบยอด การคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว การแปลผล: คะแนนเต็ม 30 คะแนน หากได้น้อยกว่า 25 คะแนน ถือว่ามีการรู้คิดบกพร่อง ทั้งนี้หากผู้รับการประเมินมีการศึกษาน้อยกว่า 4 ปี ให้บวกคะแนนเพิ่มอีก 1 คะแนน

2.4 แบบประเมิน Instrumental Activities daily living (IADL) อ้างอิงเกณฑ์การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของสมองของ Lawton & Brody (1969) และใช้เกณฑ์การแปลผลตามที่ ปิยะมิตร ศรีธรา (2556) ใช้เปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน เพื่อประเมินระดับการรู้คิดผ่านความสามารถในการใช้ชีวิตจริง 8 ด้าน ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ทำไม่ได้ (1 คะแนน) ทำได้บางส่วน (2 คะแนน) และทำได้เอง (3 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน เพื่อใช้เปรียบเทียบสมรรถนะการทำงานของสมอง

3. เครื่องมือในการทดลอง (The Experimental Instrument)

ผู้วิจัยพัฒนา "โปรแกรมส่งเสริมการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองปกติ" (Cognitive Enhancement Program) โดยบูรณาการ ทฤษฎี Neurobic Exercises (Katz et al., 1999) และ แนวคิด Cognitive Stimulation Therapy (CST) (Spector et al., 2003) ร่วมกับการสังเคราะห์คู่มือพัฒนาศักยภาพสมองของ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จกษัตริย์ราชวิทยาลัยสงฆ์สงฆ์เพื่อผู้สูงอายุ (2559). โปรแกรมส่งเสริมการรู้คิด ชูเน้นการกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งห้าเพื่อส่งเสริมการหลั่งสาร Neurotrophins ซึ่งช่วยเสริมสร้างแขนงเซลล์ประสาทและเพิ่มความยืดหยุ่นของสมอง (Neuroplasticity). โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 5 ด้าน ดังนี้ ด้านความใส่ใจ (Attention): กิจกรรม "รู้เท่าทันภาวะสมองเสื่อม" และการเคลื่อนไหวประกอบจังหวะเพื่อฝึกการจดจำและตัดตัวกวน ด้านความใส่ใจและความจำ (Attention & Memory): กิจกรรม "กินอย่างสบายกาย อยู่อย่างสบายใจ" ฝึกเทคนิคการจำผ่านการจดบันทึกและโภชนาการ ด้านความจำและภาษา (Memory & Language): กิจกรรม "ออกกำลังกายบริหารสมอง" ฝึกความจำระยะสั้นและยาวผ่านตาราง 9 ช่อง และการสรุปข้อมูลด้วย Mind Map ด้านมิติสัมพันธ์ (Visuospatial function): กิจกรรม "เรียนรู้ประสบการณ์" ฝึกการรับรู้ระยะทางและการวาดแผนที่เส้นทางในชุมชน ด้านการจัดระบบบริหารจัดการและการตัดสินใจ (Executive function): กิจกรรม "การตัดสินใจ" ฝึกการวางแผนจัดการงบประมาณและขั้นตอนการทำอาหารกลุ่ม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (Research Implementation)

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินโปรแกรมรวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1)

- คัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์.

• เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ประเมินสมรรถภาพสมอง (MoCA), สุขภาพจิต (Thai HADS) และกิจวัตรประจำวัน (IADL) ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม.

ระยะดำเนินการทดลอง (สัปดาห์ที่ 1-7)

• สัปดาห์ที่ 1: ดำเนินการ ขั้นตอนที่ 1 (สร้างสัมพันธภาพ), ขั้นตอนที่ 2 (สอนความรู้เรื่องสมองเสื่อม) และ ขั้นตอนที่ 3 (ฝึกกิจกรรมฝึกสมองที่ 1, 2 และ 3).

• สัปดาห์ที่ 2, 4, 6-7 ขั้นตอนที่ 4 กำกับติดตามการฝึกตนเองผ่านโทรศัพท์และ Line application อย่างต่อเนื่อง.

• สัปดาห์ที่ 3: ดำเนินการ ขั้นตอนที่ 2 (สอนความรู้เรื่องโภชนาการและการผ่อนคลาย) และ ขั้นตอนที่ 3 (ฝึกกิจกรรมฝึกสมองที่ 4 และ 5)

• สัปดาห์ที่ 5: กิจกรรมกลุ่มทบทวนทักษะการรู้คิดทั้ง 5 ด้าน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลสำเร็จจากการปฏิบัติการที่บ้าน.

ระยะหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8):

- เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ประเมินผลลัพธ์ด้วยเครื่องมือชุดเดิมเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยและโปรแกรมได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน สุขภาพจิต และการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 32 ราย พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินสมรรถภาพสมอง สุขภาพจิต และกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (IADL) เท่ากับ 0.669, 0.886 และ 0.948 ตามลำดับ สำหรับโปรแกรมการทดลองได้นำไปทดลองใช้ (Pilot test) กับอาสาสมัคร 5 ราย เพื่อปรับปรุงสื่อการสอนและกิจกรรมให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริงในการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน (เลขที่ บ.07/2567 อนุมัติวันที่ 20 มกราคม 2568 สิ้นสุดวันที่ 19 มกราคม 2570) และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ โดยผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด ดังนี้ การพิทักษ์สิทธิและความสมัครใจ: ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และกิจกรรมในโปรแกรมอย่างละเอียดจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจชัดเจน กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและลงนามในเอกสารยินยอม (Informed Consent) โดยมีสิทธิยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการสุขภาพที่

พึงได้รับ การรักษาความลับและการนำเสนอข้อมูล: ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและไม่เปิดเผยต่อสาธารณชน การนำเสนอผลการศึกษาก็จะกระทำในรูปแบบภาพรวมและเชิงสถิติเท่านั้น โดยไม่มีการระบุตัวตนรายบุคคล การจัดเก็บและการเข้าถึงข้อมูล: ข้อมูลฉบับจริงถูกจัดเก็บในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจ (Locked cabinet) และข้อมูลดิจิทัลได้รับการป้องกันด้วยรหัสผ่าน โดยมีเพียงคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การทำลายข้อมูล: ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายเอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (ด้วยเครื่องย่อยกระดาษหรือการลบไฟล์ถาวร) หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยหรือภายหลังการเผยแพร่ผลงานตามระยะเวลาที่กำหนด 3-5 ปี เพื่อประกันความลับของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างสูงสุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์และสรุปผลข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประวัติการเจ็บป่วย) รวมถึงใช้บรรยายตัวแปรศึกษา (สมรรถภาพทางสมอง ภาวะสุขภาพจิต และ IADL) ในรูปแบบของจำนวน (n), ร้อยละ (%), ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 2) การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption Testing) ก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของข้อมูล และพบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) การตรวจสอบนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นเงื่อนไขหลักในการเลือกใช้สถิติประเภทพารามิเตอร์ (Parametric Statistics) เช่น t -test เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความแม่นยำและน่าเชื่อถือตามหลักสถิติ 3) สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐาน (Inferential Statistics) เมื่อยืนยันว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติแล้ว ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติ t -test ใน 2 รูปแบบ ดังนี้ Paired Sample t -test: ใช้สำหรับการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม (Within-group comparison) เพื่อคุณลักษณะการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนเฉลี่ยตัวแปรตามทั้ง 3 ด้าน ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน Independent t -test: ใช้สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Between-group comparison) เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance) ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ .05 ซึ่งหมายความว่าหากค่า p -value ที่คำนวณได้มีค่าน้อยกว่า .05 จะถือว่าตัวแปรมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการวิจัยจริงพบว่าคะแนนสมรรถภาพทางสมองและ IADL มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .001$

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้สูงอายุจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 25 ราย, ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยมีจำนวนกลุ่มละ 21 ราย (ร้อยละ 84.00) มีอายุเฉลี่ยเท่ากันที่ 65.36 ปี ($M=65.36$, $SD=3.05$) ด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (กลุ่มทดลองร้อยละ 52.00 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 72.00) และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเท่ากันทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 76.00) สำหรับข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 60.00 และ 48.00 ตามลำดับ) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,908.00 บาท และ 8,408.00 บาท ($SD=5.73$) ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 96.00 และ 88.00) ในด้านที่อยู่อาศัย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) อาศัยอยู่ในบ้านพักของตนเอง โดยพักอาศัย

ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวประมาณ 3-5 คน (ร้อยละ 72.00 และ 80.00) และอยู่กับคู่สมรสหรือบุตรหลานเป็นหลัก (ร้อยละ 96.00 และ 92.00)นอกจากนี้ ในด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.00 และ 72.00) และไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมในชุมชน (ร้อยละ 92.00 และ 84.00) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่สอดคล้องกันก่อนเริ่มการทดลอง

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมอง สภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย สมรรถภาพสมอง สภาวะสุขภาพจิต และ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันฯ ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

| ตัวแปร | ก่อนทดลอง ($n_1=25$) | | หลังทดลอง ($n_2=25$) | | t | p-value |
|-----------------------------------|---------------------------|------|---------------------------|------|---------|---------------------|
| | M | SD | M | SD | | |
| สมรรถภาพสมอง | 23.08 | 1.35 | 27.84 | 1.91 | -10.708 | 0.00* |
| สภาวะสุขภาพจิต | 8.24 | 2.31 | 8.88 | 2.22 | -1.062 | 0.298 ^{ns} |
| ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันฯ | 6.70 | 0.84 | 7.80 | 0.50 | -5.939 | 0.00* |

* $p<0.05$; ^{ns} = non-significance

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรู้คิด พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองเท่ากับ 23.08 ($SD=1.35$), สภาวะสุขภาพจิตเท่ากับ 8.24 ($SD=2.31$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (IADL) เท่ากับ 6.70 ($SD=0.84$),. ภายหลังการสิ้นสุดโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพสมองเพิ่มขึ้นเป็น 27.84 ($SD=1.91$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-10.708, p<.001$),. ในทำนองเดียวกัน คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็น 7.80 ($SD=0.50$) ($t=-5.939, p<.001$),. อย่างไรก็ตาม สภาวะสุขภาพจิตภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.88 ($SD=2.22$) ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($t=-1.062, p=.298$),. ทั้งนี้ การที่สภาวะสุขภาพจิตไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผ่านการคัดกรองว่ามีสภาวะปกติอยู่แล้วตั้งแต่ออกมาเริ่มการศึกษา

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย สมรรถภาพสมอง สภาวะสุขภาพจิต และ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันฯ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนกับหลังการทดลอง

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง ($n_1=25$) | | กลุ่มเปรียบเทียบ ($n_2=25$) | | t | p-value |
|-----------------------------------|----------------------------|------|----------------------------------|------|--------|----------------------|
| | M | SD | M | SD | | |
| ก่อนการทดลอง | | | | | | |
| สมรรถภาพสมอง | 22.92 | 1.49 | 23.12 | 1.36 | -0.494 | 0.9524 ^{ns} |
| สภาวะสุขภาพจิต | 8.88 | 2.22 | 8.92 | 2.48 | -0.06 | 0.6238 ^{ns} |
| ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันฯ | 6.64 | 0.90 | 6.60 | 0.70 | 0.174 | 0.8628 ^{ns} |
| หลังการทดลอง | | | | | | |
| สมรรถภาพสมอง | 27.84 | 1.90 | 23.0 | 1.32 | 10.424 | 0.00* |
| สภาวะสุขภาพจิต | 8.88 | 2.22 | 8.92 | 2.51 | -0.119 | 0.9055 ^{ns} |
| ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันฯ | 7.80 | 0.50 | 6.60 | 0.70 | 6.928 | 0.00* |

* $p<0.05$; ^{ns} = non-significance

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ) ก่อนการทดลอง (Pre-test): ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรศึกษาทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ($t=-0.494$, $p=.9524$), สภาวะสุขภาพจิต ($t=-0.06$, $p=.6238$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันฯ ที่ซับซ้อน ($t=0.174$, $p=.8628$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, สิ่งนี้ยืนยันว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานและระดับความสามารถที่สอดคล้องกันก่อนเริ่มการทดลอง หลังการทดลอง (Post-test): เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ดังนี้ สมรรถภาพสมอง: กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($M=27.84$, $SD=1.90$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M=23.00$, $SD=1.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=10.424$, $p<.001$), ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันฯ ที่ซับซ้อน (IADL): กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ($M=7.80$, $SD=0.50$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M=6.60$, $SD=0.70$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=6.928$, $p<.001$), สภาวะสุขภาพจิต: ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($t=-0.119$, $p=.9055$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 8.88 และ 8.92 ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ยืนยันถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรู้คิดฯ (Cognitive Enhancement Program) ต่อการพัฒนาสภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายดังนี้ ผลการวิจัยพบว่า 1) สมรรถภาพทางสมอง (Cognitive Function) ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางสมองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ ผลลัพธ์นี้เป็นผลโดยตรงจากการออกแบบโปรแกรมแบบพหุกลวิธี (Multimodal Intervention) ที่บูรณาการทฤษฎี Neurobic Exercises และแนวคิด Cognitive Stimulation Therapy (CST) ผ่านกิจกรรมฝึกสมอง 5 ด้าน ใน

เชิงทฤษฎี การกระตุ้นสมองผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้าในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การสัมผัสสิ่งของในถุง (Neurobic exercise) และการบริหารสมองตาราง 9 ช่อง ช่วยสร้างความท้าทายให้แก่เซลล์สมองและส่งเสริมความยืดหยุ่นของสมอง (Neuroplasticity) กลไกสำคัญคือการกระตุ้นให้สมองหลั่งสาร Neurotrophins ซึ่งมีบทบาทในการเสริมสร้างแขนงเซลล์ประสาท (Dendrites) และชะลอความเสื่อมของเนื้อเยื่อสมอง สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงอภิมานของ Gross et al. (2012) และการศึกษาของ Kwok et al. (2013) ที่ยืนยันว่าการฝึกสมองอย่างต่อเนื่องและมีความถี่ที่เหมาะสมมีประสิทธิผลในการเพิ่มสมรรถภาพด้านความจำมากกว่าการใช้วิธีการเดียว 2) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) กลุ่มทดลองมีคะแนน IADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$). เนื่องด้วยโปรแกรมให้ความสำคัญกับการรู้คิดในชีวิตจริง (Everyday Cognition) ผ่านกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิต. ตัวอย่างที่ชัดเจนคือ กิจกรรม "การตัดสินใจ" ที่กำหนดให้สมาชิกวางแผนงบประมาณและขั้นตอนการทำอาหารกลุ่ม. กิจกรรมเหล่านี้ต้องอาศัยการทำงานของสมองส่วนการบริหารจัดการ (Executive Function) และการประสานงานของสมองหลายส่วนร่วมกัน การฝึกปฏิบัติซ้ำผ่านการบ้านร่วมกับการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6 และ 7 ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดทักษะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) ภาวะสุขภาพจิต (Mental Health) เมื่อวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิต ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ($p > .05$) อธิบายได้ว่าเกิดจากกระบวนการคัดกรองเบื้องต้นด้วยแบบประเมิน 2Q และ 6CIT ที่กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างต้องมีสภาวะปกติก่อนเริ่มการศึกษา นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุเฉลี่ย 65.36 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ และพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ที่ช่วยให้คงสภาวะสุขภาพจิตที่ดีอยู่แล้วตั้งแต่ต้น

ผลการวิจัยครั้งนี้เน้นย้ำถึงบทบาทเชิงรุกของพยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ ในการนำโปรแกรมส่งเสริมการรู้คิดไปบูรณาการเข้ากับแผนงานสร้างเสริมสุขภาพชุมชน เพื่อรณรงค์ลดปัจจัยเสี่ยงและชะลอการเข้าสู่ภาวะการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Impairment) หรือภาวะสมองเสื่อม กระบวนการดำเนินงานให้ความสำคัญกับกระบวนการกลุ่ม (Group Process) ที่สร้างบรรยากาศเป็นมิตรและผ่อนคลาย เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจและการยอมรับนับถือระหว่างเพื่อนสมาชิกและผู้วิจัยกลไกสำคัญที่ช่วยให้เกิดความต่อเนื่องคือการกำกับติดตามผ่านโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ (Line Application) เพื่อติดตามปัญหาและกระตุ้นการฝึกปฏิบัติกิจกรรม (Homework) อย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพบข้อจำกัดทางกายภาพและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ความต้องการการพักผ่อน ความไม่ถนัดในการใช้เทคโนโลยี และอุปสรรคด้านสายตาในการมองตัวอักษรบนหน้าจอสมาร์ทโฟน เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวและส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบบันทึกด้วยตนเอง (Self-record) ให้กลุ่มตัวอย่างใช้ทบทวนกิจกรรมประจำวัน พร้อมทั้งจัดสรรอุปกรณ์ฝึกสมองที่ใช้ง่าย ปลอดภัย และมีต้นทุนต่ำ อุปกรณ์เหล่านี้ประกอบด้วย แผ่นตาราง 9 ช่อง (9-Square Grid) สำหรับบริหารสมองและร่างกาย แผ่นตัวต่อไม้ (Jigsaw puzzle), และสื่อแผ่นพับความรู้เรื่อง "รู้เท่าทันป้องกันสมองเสื่อม" เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลและฝึกฝนสมรรถภาพสมองได้ด้วยตนเองอย่างทั่วถึงและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบายและระดับปฐมภูมิ: ควรมีนโยบายส่งเสริมให้พยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioners) ในสถานบริการปฐมภูมิบูรณาการโปรแกรมส่งเสริมการรู้คิดเข้ากับแผนงานสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการจัดกิจกรรมใน

รูปแบบกระบวนการกลุ่ม (Group Process) เพื่อสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและส่งเสริมการยอมรับนับถือระหว่างเพื่อนสมาชิก เนื่องจากผลการศึกษาเชิงประจักษ์ยืนยันว่า การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) และแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยกระตุ้นความกระตือรือร้นและความสม่ำเสมอในการฝึกสมองของผู้สูงอายุ

2. ด้านการออกแบบเครื่องมือและนวัตกรรม: เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการกำกับติดตาม (Monitoring) ควรออกแบบเครื่องมือช่วยจดบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง (Self-record) หรือพัฒนานวัตกรรมการสื่อสารที่คำนึงถึงข้อจำกัดทางกายภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีอุปสรรคด้านสายตาและการมองเห็นตัวอักษรบนสมาร์ตโฟนไม่ชัดเจน รวมถึงความไม่ถนัดในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ดังนั้น เครื่องมือที่เหมาะสมควรมีตัวอักษรขนาดใหญ่ ใช้งานง่าย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน เพื่อประกันความต่อเนื่องในการฝึกฝนแม้ในระยะที่ไม่มีเจ้าหน้าที่กำกับดูแล

3. ด้านการวิจัยและเครื่องมือประเมิน: ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามผลในระยะยาว (Long-term follow-up) ประมาณ 6-12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของสมรรถภาพสมองและสภาวะสุขภาพจิตภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งต่อไปกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (Healthy brain) ควรพิจารณาใช้แบบประเมินที่มีความไวสูง (Sensitivity) ต่อการตรวจจับการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพการทำงานที่ เช่น แบบประเมิน TIADL (Timed Instrumental Activities of Daily Living) แทนแบบประเมิน IADL รูปแบบเดิม ตามข้อเสนอแนะเชิงทฤษฎีของ Sáez-Gutiérrez et al. (2024)

4. ด้านหลักสูตรการศึกษาพยาบาล: สถาบันการศึกษาควรบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมการรู้คิดและการป้องกันภาวะสมองเสื่อมเชิงรุก (Proactive Dementia Prevention) ไว้ในหลักสูตรการพยาบาลชุมชนและการพยาบาลผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้เรียนสามารถออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสมองที่บูรณาการทฤษฎี Neurobic Exercises และแนวคิด Cognitive Stimulation Therapy (CST) ให้เข้ากับบริบทและวิถีชีวิตจริงของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถิติผู้สูงอายุประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q).

กัมปนาท สรรวมจิต, สุนีย์ ละกะปาน, และขวัญใจ อำนาจสตัยเชื้อ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของสมองสำหรับผู้สูงอายุต่อการรู้คิดและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(3), 34-45.

จุฑามาศ วงจันทร์, มยุรี ลีทองอิน และ สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2563). ผลของโปรแกรมบริหารสมองต่อการรู้คิดในผู้สูงอายุ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(2), 70-84.

ธนา นิลชัยโกวิท, มาโนช หล่อตระกูล, และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. (2539). การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 18-30.

ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(3), 15-25.

- ปิยะมิตร ศรีธรา, (2556). การศึกษาระยะยาวถึงอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือดและเมแทบอลิซึมในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.
- พนารัตน์ วิศวะเทพนิมิต, สุทธานันท์ กัลละ, เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล, นิภาพร อภิสทิวิชาสนา, พิมพรัตน์ ธรรมรักษา, กัลปงหา โขสิวกุล, นิตกุล ทองนวม, ฐิตินันท์ นาคผู้ และภาณุสิทธิ์ หวันมะหมุด. (2567). ผลของการใช้รูปแบบพัฒนาศักยภาพสมองโดยทีมสหวิชาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในสถานดูแลผู้สูงอายุเฉพาะกลางวันในเขตเมือง. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 40(1), 3-11.
- พินุตรี ศรีชัยเลิศสกุล. (2563). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการทำงานสมองที่มีต่อสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนาทางสุขภาพ*, 1(2), 206-215.
- เพ็ญศิริ โคตรพัฒน์, อุบลพรรณ ชีระศิลป์, และชฎาภา ประเสริฐทรง. (2566). ผลของโปรแกรมการป้องกันสมองเสื่อมถอยของผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลอด. *วารสารการพยาบาลทหารบก*, 24(1), 470-480
- วีณา ลิ้มสกุล, บุรินทร์ เอี่ยมขำ, และ ปุณยนุช คงเสนห์. (2561). การพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น. *วารสารวิชาการแพทย์เขต*, 11(3), 1143-1154.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2568). *ประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2568*. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 34 (มกราคม 2568).
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และ สสส. (2559). *คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองสำหรับผู้สูงอายุที่ยังไม่มีปัญหาความจำ (กลุ่มสุขภาพความจำดี)*. นนทบุรี: บริษัท ไชเบอร์ พรินท์กรุป จำกัด
- สุทิตา ปิติญาณ. (2562). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์*. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพ อารีเอื้อ และ พิชญ์ประอร ยังเจริญ. (2563). แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทย : การทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 26(2), 188-202.
- Alzheimer's Disease International. (2019). *World Alzheimer Report 2019: Attitudes to dementia*. www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2019/
- Barnes, D. E., Santos-Modesitt, W., Poelke, G., Kramer, A. F., Castro, C., Middleton, L. E., & Yaffe, K. (2013). The Mental Activity and eXercise (MAX) Trial: A randomized controlled trial to enhance cognitive function in older adults. *JAMA Internal Medicine*, 173(9), 797-804.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Julayanont, P., Tangwongchai, S., Hemrungron, S., Tunvirachaisakul, C., Phanthumchinda, K., Hongsawat, J., Suwichanakul, P., Thanasirorat, S., & Nasreddine, Z. S. (2015). The Montreal Cognitive Assessment—Basic: A screening tool for mild cognitive impairment in illiterate and low-educated elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(12), 2550-2554. <https://doi.org/10.1111/jgs.13820>

- Ganzer, C. A., & Zauderer, C. R. (2011). Promoting a brain-healthy lifestyle. *Nursing Older People*, 23(7), 24–27.
- Gross, A. L., Parisi, J. M., Spira, A. P., Kueider, A. M., Ko, J. Y., Saczynski, J. S., Samus, Q. M., & Rebok, G. W. (2012). Memory training interventions for older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(6), 722–734.
- Gómez-Soria, I., Ferreira, C., & Calatayud, E. (2023). Effects of cognitive stimulation program on cognition and mood in older adults, stratified by cognitive levels: A randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 110, 104984.
- Katz L, Rubin M, Small G. (1999). *Keep Your Brain Alive: 83 Neurobic Exercises to Help Prevent Memory Loss and Increase Mental Fitness*. New York, NY: Workman Publishing;
- Kwok, T., Wong, A., Chan, G., Shiu, Y. Y., Lam, K.-C., Young, D., Ho, D. W. H., & Ho, F. (2013). Effectiveness of cognitive training for Chinese elderly in Hong Kong. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 213–219.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3 Part 1), 179–186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Leethong-in, P., Iyawattanapong, T., Sommongkol, P., Thhiengthami, S., & Kumniyom, K. (2019). Effects of a brain training program on cognitive function in Thai older adults: A quasi-experimental study. *Walailak J Sci & Tech* 2019; 16(1): 1-8.
- Mauk, K. L. (2018). *Gerontological Nursing: Competencies for Care* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Sáez-Gutiérrez, S., & Fernández-Rodríguez, E. J. (2024). Effectiveness of different neurocognitive intervention approaches on functionality in healthy older adults: A systematic review. *Behavioral Sciences*, 14(2), 87.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. O. B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248-254.

ผลของการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สุจิน มอญแจ่มซ้อย, พย.บ*, นภาเพ็ญ จันทขัมมา, ส.ด.** และ วันเพ็ญ แววีร์คุปต์, ส.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมืองสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยมี อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์พระยาเป็นกลุ่มทดลอง และอสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดงเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G* Power ได้ค่า effect size เท่ากับ .80 ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาในการดำเนินการ 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1.โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการประเมิน และทักษะการประยุกต์ 2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และ 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .92 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อแสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างใช้การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่เพื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป ได้แก่ ควรดำเนินการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินผลความยั่งยืนของความรู้ด้านสุขภาพและสังเกตพฤติกรรมในช่วงระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี การประยุกต์ใช้โปรแกรมกับโรคไม่ติดต่ออื่นๆ และควรมีการดำเนินการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed-methods research) เนื่องจากข้อมูลเชิงปริมาณประกอบกับข้อมูลเชิงคุณภาพ จะสามารถเพิ่มโอกาสในการที่ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ขึ้น ซึ่งจะช่วยพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, โรคหลอดเลือดสมอง, พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม Coressponding E-mail : napaphen.jan@stou.ac.th

The Effects of Program Development a Health Literacy Development Program for Stroke Prevention Through Participation Learning of Village Health Volunteers

Sujin Monchaemchay, B.N.S.* , Ngaphen Juntacumma, Dr.P.H.** & Wanpen Waelveerakup, Dr.P.H.**

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of a health literacy development program for stroke prevention using participatory learning among Village Health Volunteers (VHVs). The program focused on enhancing health literacy skills and promoting stroke prevention behaviors. The study population consisted of VHVs in Mueang Suphan Buri District. The sample was selected via simple random sampling, with VHVs from Pho Phraya Sub-district Health Promoting Hospital forming the experimental group and VHVs from Pihan Daeng Sub-district Health Promoting Hospital serving as the comparison group. The sample size was determined using G*Power with an effect size of 0.80 at a .05 significance level, resulting in 30 participants per group. The intervention lasted 8 weeks.

The research instruments included: 1) A health literacy development program for community stroke prevention through participatory learning, comprising four skill areas: access, understanding, appraisal, and application; 2) A health literacy questionnaire for stroke prevention; and 3) A stroke prevention behavior questionnaire. The instruments were validated by experts with a Content Validity Index (CVI) of 1.00 for both, and Cronbach's alpha coefficients of .92 and .92, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and t-tests to compare mean scores of stroke prevention behaviors and health literacy within and between groups before and after the intervention.

The results revealed that after participating in the program, the experimental group had significantly higher mean scores for both health literacy and stroke prevention behaviors compared to their pre-intervention scores and higher than those of the comparison group at a .05 significance level.

Recommendations for future research include conducting follow-up assessments at 6 months or 1 year to evaluate the sustainability of health literacy and behavioral changes. Furthermore, the program should be adapted for other non-communicable diseases (NCDs). Utilizing a mixed-methods research approach is also suggested, as integrating quantitative and qualitative data would provide more comprehensive insights to further refine the program for target populations.

Keywords: Health literacy, Stroke, Stroke prevention behaviors, Village health volunteers

*Master's student in Community Nurse Practitioner School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

**School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

***Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke/Cerebrovascular Disease) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรโลก โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก สำหรับในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 (สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 37,947 คน (อัตราการตาย 58.3 ต่อประชากรแสนคน) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยใน ปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 691.10, 731.73, ละ 775.58 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 55.5, 58.0 และ 58.3 ตามลำดับ

จังหวัดสุพรรณบุรีมีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอันดับ 3 ของเขตสุขภาพที่ 5 ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2566 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ตามกลุ่มอายุ ร้อยละ 1.00, 0.99, 0.99 ตามลำดับ ซึ่งอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ข้อมูลระหว่างปีพ.ศ. 2564 – 2566 พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอันดับ 2 ของจังหวัดสุพรรณบุรี อัตราป่วยร้อยละ 1.49, 1.46, 1.38 ตามลำดับ ดังจะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงทุกปี ซึ่งไม่สัมพันธ์กับพื้นที่ตำบลโพธิ์พระยา อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี ระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2566 อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ตามกลุ่มอายุ ร้อยละ 1.66, 1.74, 1.79 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน คือการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การศึกษาของซินดา เตชะวิจิตรจากรู (2561) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในเกณฑ์ต่ำ จะมีผลต่อองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทุกองค์ประกอบและมีแนวโน้มทำให้เกิดการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์สูง โดยความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบ ความรอบรู้ ทางสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ การเข้าถึง (Access information relevant to health) การเข้าใจ (Understand information relevant to health) การประเมิน (Process information relevant to health) และการนำไปใช้ (Apply information relevant to health) เป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับสูง จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี ซึ่งสถานการณ์เรื่องโรคหลอดเลือดสมองนั้น พบว่า การเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track มีความล่าช้า ทำให้เกิดความสูญเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น การฟื้นตัวหายเป็นปกติลดลง ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยลดปัญหานี้ได้ การส่งเสริมให้แกนนำสุขภาพมีความรู้และทักษะในการประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ทันเวลามากขึ้น

ทั้งนี้ ระบบบริการสุขภาพในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์พระยา เป็นพื้นที่ขนาดใหญ่ ประชากรใน ความรับผิดชอบมีจำนวนมาก แต่บุคลากรยังคงมีจำนวนจำกัด การจัดการสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ จึงต้องมีคนเชื่อมโยงระบบบริการจากสถานพยาบาลถึงชุมชน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชนตาม กลุ่มวัยแบบบูรณาการ มีทักษะด้านการใช้ เทคโนโลยีดิจิทัล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และเป็นแกนนำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยประสานงานวางแผนด้านสุขภาพ จัดการงบประมาณจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และ ประเมินผล การดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน ตลอดจนเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถถ่ายทอด ความรู้ไปสู่การดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวและชุมชน สู่การพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน จึงมีนโยบายในการพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็น อสม. 4.0 อีกทั้งเป็นแกนนำด้านสุขภาพในชุมชน มีหน้าที่สื่อสารข้อมูลด้านสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชนในชุมชน เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพในเรื่องต่างๆ อีกทั้งทำหน้าที่เฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาสาธารณสุขในชุมชน เป็นแกนนำในการเชิญชวนประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่คัดกรองสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อและเป็นกลไกสำคัญของการดูแลผู้ป่วย (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

ดังนั้น ผลของการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์พระยา และด้วยความจำกัดด้านจำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์พระยา ในการดำเนินงานด้านการคัดกรองให้เกิดความครอบคลุมทั่วถึง และป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ให้เกิดประสิทธิภาพ รวดเร็ว เพื่อลดจำนวนการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จึงมีแนวคิดว่าการพัฒนาความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความพร้อมที่จะช่วยเจ้าหน้าที่ดำเนินการเชิงรุกในการเฝ้าระวัง ป้องกันและสามารถคัดกรองสุขภาพ ให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญ เพื่อลดอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนและสามารถลดอุบัติการณ์ภาวะโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในพื้นที่ตำบลโพธิ์พระยาได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และหลังใช้โปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

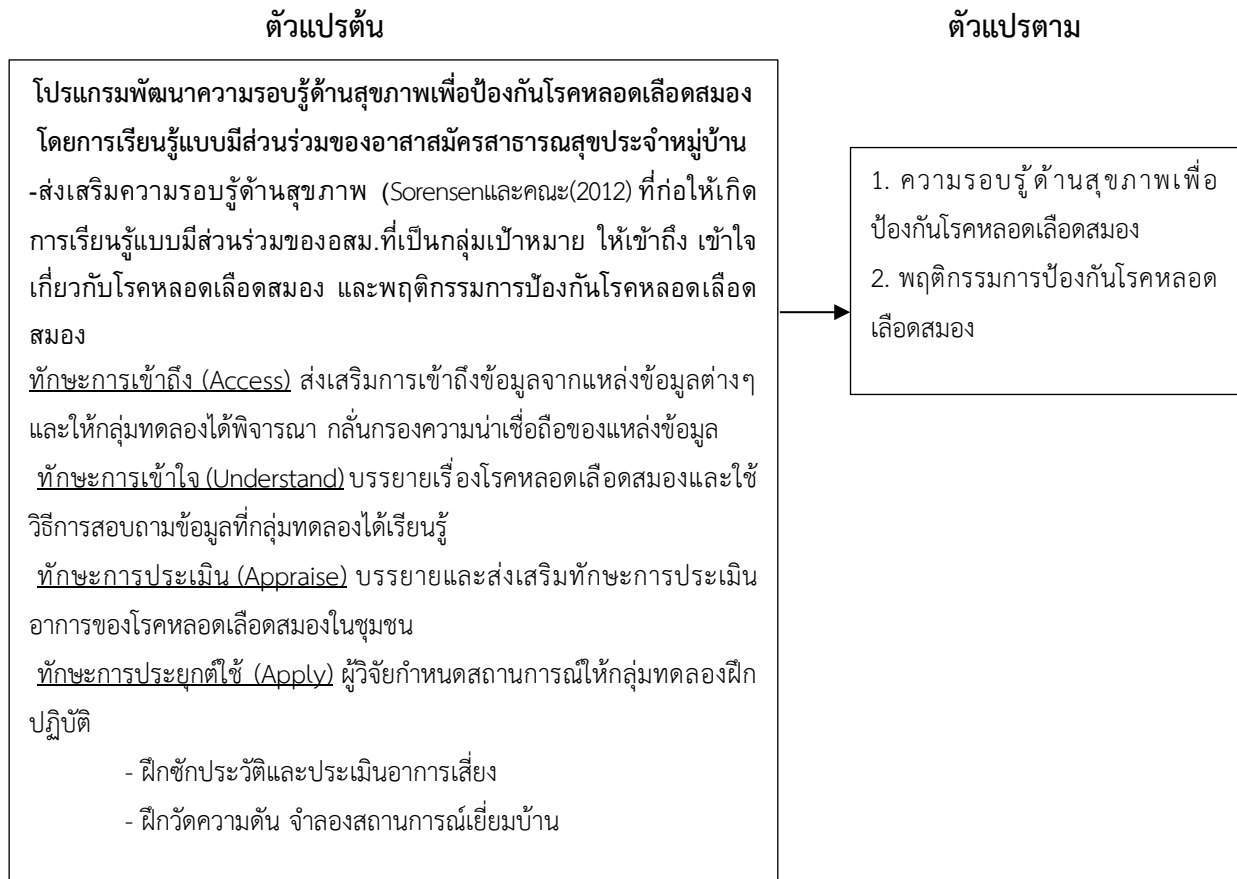
สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรค

หลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pre-test post-test design) กำหนดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งเพศหญิงและชายจำนวนทั้งสิ้น 2,322 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์พระยาเป็นกลุ่มทดลอง และอสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดงเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยคัดเลือกด้วยการสุ่มอย่างง่าย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการ ใช้ G* Power วิเคราะห์อำนาจทดสอบ กำหนดขนาดอิทธิพล ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของ บุชบา อภัยพิม (2562) ได้กำหนดค่า effect size เท่ากับ .80 ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ใช้ power of test ที่ระดับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน และปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 10 รวมทั้งหมด 60 คน ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

กำหนดคุณสมบัติคัดเข้าตามเกณฑ์ ดังนี้

- 1) มีประสบการณ์การเป็นนอสม. มาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ปี
- 2) มีความสมัครใจ ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกสัปดาห์
- 3) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้งานแอปพลิเคชันพื้นฐานได้ เช่น แอปพลิเคชันไลน์

กำหนดคุณสมบัติคัดออกตามเกณฑ์ ดังนี้

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกสัปดาห์
- 2) ขอลอนตัวออกจากกรเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมอง โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยดำเนินการจัดกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง 8 สัปดาห์ ซึ่งแต่ละสัปดาห์ผู้วิจัยกำหนดกิจกรรมไว้ สัปดาห์ละ 2-3 กิจกรรม รวมทั้งหมด 15 กิจกรรม

2. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย แหล่งข้อมูลที่ได้รับความรู้เรื่องพฤติกรรมสุขภาพฯ ข้อมูลการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเคยได้รับการอบรมเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงแบบประเมินจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2564) โดยใช้ แนวคิดของ Sorensen และคณะ (2012) มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 2) ทักษะการเข้าใจข้อมูล 3) ทักษะการประเมิน และ 4) ทักษะการประยุกต์ใช้ แต่ละหัวข้อมีมาตราประมาณค่า (rating scale) จำนวนตัวเลือก คือ

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| คะแนน 1 หมายถึง ไม่สามารถทำได้ | คะแนน 2 หมายถึง ทำได้ยากมาก |
| คะแนน 3 หมายถึง ทำได้บ้าง | คะแนน 4 หมายถึง ทำได้ง่าย |
| คะแนน 5 หมายถึง ทำได้ง่ายมาก | |

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนของ เบสท์ (Best, 1977: 174) ดังนี้

| คะแนนเฉลี่ย | การแปลความหมาย |
|-------------|--|
| 4.24 – 5.00 | เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับสูงมากที่สุด |
| 3.43 – 4.23 | เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง |
| 2.62 – 3.42 | เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง |
| 1.81 – 2.61 | เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับน้อย |
| 1.00 – 1.80 | เป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับน้อยที่สุด |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ลำดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้งและไม่ปฏิบัติเลย แบ่งระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตามอันตรภาคชั้นของคะแนนเฉลี่ย ซึ่งแบบสอบถามมีทั้งข้อคำถามในเชิงบวกและเชิงลบ แบ่งได้ดังนี้

ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4,5,6,9,12,15,16,17,18,19

ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,7,8,10,11,13,14

เกณฑ์การให้คะแนน

| คำตอบ | คำถามเชิงบวก | คำถามเชิงลบ |
|------------------|--------------|-------------|
| ไม่ปฏิบัติเลย | 1 คะแนน | 5 คะแนน |
| ปฏิบัตินานๆครั้ง | 2 คะแนน | 4 คะแนน |
| ปฏิบัติบางครั้ง | 3 คะแนน | 3 คะแนน |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง | 4 คะแนน | 2 คะแนน |
| ปฏิบัติประจำ | 5 คะแนน | 1 คะแนน |

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนของ เบสท์ (Best, 1977: 174) ดังนี้

| คะแนน | ระดับพฤติกรรม |
|-------------|---|
| 3.68 – 5.00 | มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับสูง |
| 2.34 – 3.67 | มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับปานกลาง |
| 1.00 - 2.33 | มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับต่ำ |

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งการวิเคราะห์คุณภาพความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Content Validity Index = CVI) ของเครื่องมือ 1) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของโรคหลอดเลือดสมอง 2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ที่ค่า 0.80 หรือสูงกว่า (Lynn, 1986) ซึ่งแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วนได้ค่าความตรงเนื้อหาเท่ากับ 1.00

นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ซึ่งใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) ซึ่งแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 การทดสอบคุณภาพ IOC (Index of Item-Objective Congruence) ใช้ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ค่านิยมที่ใช้คือ ≥ 0.50 โดยเครื่องมือที่นำใช้ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า IOC = 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ NS No.12/2568 เมื่อวันที่ 21 มิถุนายน พ.ศ. 2568 โดยยึดหลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักผลประโยชน์ (Principle of Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Principle of Justice) ดังนี้ 1) ผู้วิจัย ขออนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคลแต่นำเสนอเฉพาะภาพรวม 2) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบและลงนามแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การปฏิเสธหรือยุติ การเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย 3) ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในแบบสอบถาม 4) ข้อมูลของผู้ยินยอมถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเตรียมและสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง แผนการสอน คู่มือการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2. ภายหลังจากได้รับมติการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์พระยาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง

3. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพิหารแดง เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบที่อยู่ในพื้นที่ตำบลพิหารแดง

4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงการดำเนินการวิจัย แนวทางการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ พุดคุยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถาม

5. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Pre-test)

6. อสม. กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งดำเนินการทั้งหมด 8 ครั้ง 8 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 1 วัน โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถาม แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Pre-test) จากนั้นนำเข้าสู่บทเรียนความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองและให้กลุ่มทดลองได้พิจารณาถ้อยแถลงความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 1 วัน โดยผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาที่ได้นำเข้าสู่บทเรียนของสัปดาห์ที่ 1 จากนั้นผู้วิจัยสอบถามข้อมูลที่กลุ่มทดลองได้เรียนรู้

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ระยะเวลา 1 วัน โดยผู้วิจัยยกตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และให้กลุ่มทดลองวิเคราะห์ผลกระทบจากพฤติกรรมดังกล่าว จากนั้นผู้วิจัยยกตัวอย่างสถานการณ์ และวิธีการประเมินอาการเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 ระยะเวลา 1 วัน โดยผู้วิจัยให้อสม.สรุปข้อมูลที่ได้ออกกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 และให้กลุ่มทดลองทุกคนเล่าถึงข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและประเมินความเสี่ยงจากพฤติกรรมนั้น

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 5 ระยะเวลา 1 วัน โดยผู้วิจัยจำลองเหตุการณ์เมื่ออสม.ต้องออกไปเยี่ยมบ้าน โดยฝึกให้อสม.ตรวจวัดความดัน ฟังชีพจรวัดตี ฟังกลามอาการเสี่ยง ประเมินความเสี่ยงพร้อมทั้งฝึกให้คำแนะนำ

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 6 ระยะเวลา 1 วัน โดยผู้วิจัยให้อสม.สรุปข้อมูลที่ได้ออกกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1-5

ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 7 ระยะเวลา 1 วัน โดยผู้วิจัยสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองและยกตัวอย่าง กรณีศึกษา จำนวน 1 ราย ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกาย

ครั้งที่ 8 สัปดาห์ที่ 8 ระยะเวลา 1 วัน ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองและแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อแสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ Dependent (paired t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 และ 63.52 ช่วงอายุกลุ่มทดลอง 50-59 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป มีค่าเท่ากันคือร้อยละ 46.7 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 55.54 ดัชนีมวลกายกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีค่า BMI มากกว่า 25 kg/m² ร้อยละ 56.7 และ 40.0 สถานภาพสมรสของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ สมรส ร้อยละ 70.0 และ 56.7 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 33.3 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 30.0 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.3 กลุ่มเปรียบเทียบอาชีพรับจ้าง (พจน.บริษัท)/รับจ้างทั่วไปรายวัน และอาชีพค้าขายเท่ากัน ร้อยละ 26.7 การสูบบุหรี่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 96.7 และ 90.0 การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่เคยดื่ม ร้อยละ 70.0 และ 80.0 การออกกำลังกาย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 53.3 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่ถึง 3 ครั้ง / สัปดาห์ ร้อยละ 66.7 แหล่งข้อมูลความรู้ที่ได้รับทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับความรู้มากกว่า 2 ช่องทาง (โทรทัศน์/วิทยุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสื่อโซเชียลต่างๆ) ร้อยละ 70.0 และร้อยละ 50.0 ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.0 และ 43.3 การเคยอบรมเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ไม่เคยอบรม ร้อยละ 56.7 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ เคยอบรม ร้อยละ 80.0

2. คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1 ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.36, SD = .456$) และหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ($M = 4.04, SD = .606$) ซึ่งสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.338$) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมของกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.38, SD = .375$) และหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม ($M = 3.36, SD = .539$) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .201$) ดังตารางที่ 1

2.2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.36, SD = .456$) กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($M = 3.38, SD = .375$) ซึ่งก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก ($M = 4.04, SD = .606$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.36, SD = .539$) หลังการทดลองทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบรายด้าน ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการประเมิน และทักษะการประยุกต์ใช้ หลังการทดลองกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุกด้าน ดังตารางที่ 2

3. คะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.54, SD = .428$) หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลางเหมือนเดิม ($M = 3.53, SD = .760$) แต่ค่าเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แปลว่าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.57, SD = .352$) และหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม ($M = 2.56, SD = .386$) แปลว่าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.54, SD = .428$) กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($M = 3.38, SD = .375$) ซึ่งไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.61, SD = 1.088$) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยลดลงแต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.42, SD = .360$) และเนื่องจากค่า $p < .05$ แปลว่าหลังการทดลองทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ($n=30$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=30$) โดยใช้สถิติ Dependent t-test

| ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค | ก่อนการทดลอง | | | หลังการทดลอง | | | t | P-value |
|---|--------------|------|---------|--------------|------|---------|-------|---------|
| | M | SD | ระดับ | M | SD | ระดับ | | |
| ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 3.36 | .456 | ปานกลาง | 4.04 | .606 | มาก | 4.338 | .001* |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 3.38 | .375 | ปานกลาง | 3.36 | .539 | ปานกลาง | .201 | .842 |

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

| ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค | กลุ่มทดลอง ($n=30$) | | | กลุ่มเปรียบเทียบ ($n=30$) | | | t | P-value |
|----------------------------------|-----------------------|------|---------|-----------------------------|------|---------|-------|---------|
| | M | SD | ระดับ | M | SD | ระดับ | | |
| ก่อนการทดลอง | | | | | | | | |
| ความรู้ | 3.36 | .456 | ปานกลาง | 3.38 | .375 | ปานกลาง | .159 | .875 |
| ทักษะการเข้าถึง | 3.30 | .562 | ปานกลาง | 3.55 | .475 | มาก | 1.912 | .066 |
| ทักษะการเข้าใจ | 3.40 | .551 | ปานกลาง | 3.28 | .472 | ปานกลาง | -.823 | .417 |
| ทักษะการประเมิน | 3.41 | .613 | ปานกลาง | 3.35 | .574 | ปานกลาง | -.451 | .655 |
| ทักษะการประยุกต์ใช้ | 3.35 | .579 | ปานกลาง | 3.36 | .502 | ปานกลาง | .043 | .966 |

| ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อ ป้องกันโรคฯ | กลุ่มทดลอง (n=30) | | | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30) | | | t | P-value |
|---------------------------------------|-------------------|------|-------|-------------------------|------|---------|-------|---------|
| | M | SD | ระดับ | M | SD | ระดับ | | |
| หลังการทดลอง | | | | | | | | |
| ความรู้ | 4.04 | .606 | มาก | 3.36 | .539 | ปานกลาง | 5.673 | .001* |
| ทักษะการเข้าถึง | 3.98 | .765 | มาก | 3.54 | .748 | มาก | 2.661 | .013* |
| ทักษะการเข้าใจ | 3.98 | .524 | มาก | 3.41 | .610 | ปานกลาง | 4.706 | .001* |
| ทักษะการประเมิน | 4.16 | .573 | มาก | 3.15 | .506 | ปานกลาง | 9.608 | .001* |
| ทักษะการประยุกต์ใช้ | 4.04 | .654 | มาก | 3.34 | .601 | ปานกลาง | 4.867 | .001* |

*p-value < .005

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มเปรียบเทียบ(n=30) โดยใช้สถิติ Dependent t-test

| พฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง | ก่อนการทดลอง | | | หลังการทดลอง | | | t | P-value |
|--|--------------|------|---------|--------------|------|---------|-------|---------|
| | M | SD | ระดับ | M | SD | ระดับ | | |
| พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฯ | | | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 2.54 | .428 | ปานกลาง | 3.53 | .760 | ปานกลาง | 5.772 | .001* |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 2.57 | .352 | ปานกลาง | 2.56 | .386 | ปานกลาง | .201 | .842 |

*p-value < .005

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test

| พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง | กลุ่มทดลอง (n=30) | | | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30) | | | t | P-value |
|--|-------------------|------|---------|-------------------------|------|---------|-------|---------|
| | M | SD | ระดับ | M | SD | ระดับ | | |
| ก่อนการทดลอง | | | | | | | | |
| พฤติกรรมกรรมการป้องกันฯ | 2.54 | .428 | ปานกลาง | 2.57 | .352 | ปานกลาง | .370 | .714 |
| - พฤติกรรมการ ออกกำลังกาย | 2.75 | .796 | ปานกลาง | 2.98 | .549 | ปานกลาง | 1.366 | .182 |
| - พฤติกรรมการ รับประทานอาหาร | 2.80 | .501 | ปานกลาง | 2.77 | .512 | ปานกลาง | -.264 | .794 |
| - พฤติกรรมการงด สูบบุหรี่ | 1.68 | .662 | ต่ำ | 1.56 | .409 | ต่ำ | -.839 | .409 |
| - พฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/ชา กาแฟ | 1.92 | .851 | ต่ำ | 2.68 | .771 | ปานกลาง | 4.115 | .001* |

| พฤติกรรมกำป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง | กลุ่มทดลอง (n=30) | | | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30) | | | t | P-value |
|--|-------------------|-------|---------|-------------------------|------|---------|-------|---------|
| | M | SD | ระดับ | M | SD | ระดับ | | |
| หลังการทดลอง | | | | | | | | |
| พฤติกรรมกำป้องกันฯ | 3.61 | 1.088 | ปานกลาง | 2.42 | .360 | ปานกลาง | 5.553 | .001* |
| - พฤติกรรมกำ ออกกำลังกาย | 4.26 | .715 | สูง | 2.88 | .750 | ปานกลาง | 7.066 | .001* |
| - พฤติกรรมกำ รับประทานอาหาร | 3.50 | .473 | ปานกลาง | 2.79 | .521 | ปานกลาง | 5.525 | .001* |
| - พฤติกรรมกำ สูบบุหรี่ | 3.48 | 1.83 | ปานกลาง | 1.48 | .499 | ต่ำ | 6.068 | .001* |
| - พฤติกรรมกำ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/ชา กาแฟ | 3.22 | 1.68 | ปานกลาง | 2.53 | .999 | ปานกลาง | 1.856 | .074 |

*p-value < .005

อภิปรายผล

ผลจากการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะแผนกสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีผลต่อการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง ทั้งนี้ทักษะการเข้าใจและทักษะการเข้าใจ ผู้วิจัยได้ใช้วิดีโอและการสืบค้นมาประกอบการทำกิจกรรมเพื่อกระตุ้นความสนใจและดึงดูดการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ของกลุ่มทดลองได้อย่างดี เนื่องจากการบรรยายประกอบวิดีโอช่วยทำให้กิจกรรมไม่น่าเบื่อ ทำให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ทักษะการเท่าทันสื่อ เห็นภาพการสาธิต ตามกิจกรรมต่างๆที่กำหนด ซึ่งประสาทสัมผัสของเรา เมื่อเปิดรับแล้ว สมองจะสั่งการให้คิด จดจำได้ง่ายกว่าการฟังอย่างเดียว อีกทั้งเป็นการฝึกฝนการวิเคราะห์สื่อ แยกแยะองค์ประกอบ โดยการที่ผู้วิจัยจะใช้วิดีโอแนะนำเสนอเนื้อหาในรูปแบบที่น่าสนใจกว่าการบรรยายทั่วไป ทำให้กลุ่มทดลองเข้าใจเนื้อหาที่ซับซ้อนผ่านภาพและเสียงได้ง่ายขึ้น สามารถทบทวนบทเรียนซ้ำได้ตามความต้องการ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งและส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของจรรยา คุณภาที (2567) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อเรื้อรังของอสม. มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สุขภาพดีกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมและคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และยังสอดคล้องกับณฐา เชียงปวี (2561) ที่ได้ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ นอกจากนี้หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คณะแผนกสุขภาพพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่สูงขึ้น ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในด้านพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการงดสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/ชา กาแฟ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชินตา เตชะวิจิตรจารุ (2561) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในเกณฑ์ต่ำ จะมีผลต่อองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ ทุกองค์ประกอบและมีแนวโน้มทำให้เกิดการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์สูง เนื่องจากขาดความสามารถในการดูแลตนเอง และพรธิรา บุญฉวี (2566) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขมีการพัฒนาต่อยอดโปรแกรมเพื่อนำไปปรับใช้กับกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ใช้โปรแกรม
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนเพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ที่มีพลัง ต่อเนื่องและยั่งยืน
3. การกำหนดกิจกรรมอาจกำหนดให้สั้นลงได้ จาก 8 สัปดาห์ เป็น 4 สัปดาห์ ตามบริบทของผู้ใช้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ประยุกต์ใช้โปรแกรมกับโรคไม่ติดต่ออื่นๆ เช่น ติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การถ่ายทอดความรู้สู่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
2. ควรดำเนินการติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินผลความยั่งยืนของความรู้ด้านสุขภาพ และสังเกตพฤติกรรมในช่วงระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี
3. ควรมีการดำเนินการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed-methods research) เนื่องจากข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบกับข้อมูลเชิงคุณภาพ จะสามารถเพิ่มโอกาสในการที่ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ขึ้น ซึ่งจะช่วยพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายได้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). สถิติผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ. อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง.
- กฤตภณ เทพอินทร์, และเสนห์ ขุนแก้ว. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 14 (1), 206-218.
- กษมา เชียงทอง. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่มีการตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรรยา คุณภาที. (2567). การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9 (3), 1-10.
- ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2560). ความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19 (พิเศษ), 1-11.
- ณฐา เชียงปิว, วราภรณ์ บุญเชียง, และศิวพร อึ้งวัฒนา. (2561). ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาล*, 45 (1), 87-99
- พรธิรา บุญฉวี. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสุขภาพ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย]. *วารสารพยาบาล*, 73(2), 51-60
- เพ็องฟ้า สีสวย. (2550). *คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่มีการตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนพร สายตรีล, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, และสมเกียรติยศ วรเดช. (2562). ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5 (2), 1-13.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). *คนไทยป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 1*. สืบค้นจาก <https://www.registrationmaster.net/rcpt-people/content/4>.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2559). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*.
- สมบัติ ทังทอง. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2พิษณุโลก*, 11 (2), 1-16.
- สมชาย โทวณะบุตร. (2558). *โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)*. สืบค้นจาก https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/report/report8_5.pdf Berger et al., 1999 อ้างใน Freitas, Carruzzo, Tsiskaridze, Lobrinus & Bogouslavsky, 2001).

- สุดา หั่นกลาง, สายสุนีย์ เลิศกะโทก, และสุลีสกรณ ศิวะศานต์ (2568). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อความรู้ด้านสุขภาพในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสาร Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 29 (3), 632-647.
- อำนวยการ เนียมหมื่นไวย. (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้จัดการสุขภาพชุมชน อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา*, 4 (2), 1-15.
- Migena Ymeraj, Fatjon Kotica, Giorgia Bozzolan, et al (2025). Health literacy in stroke disease: A systematic review. *Journal of Vascular Nursing*, 43 (1), 33-45.
- Reetu Passi, Manmeet Kaur (2025) Participatory Action for Optimizing Health Literacy and Access to Manage Hypertension: Pre-post Evaluation in a Marginalized Community of India. *Journals of Sage open*, 15 (2), 20.
- Dinesh Neupane, Craig S. Mclachlan , Rupesh Gautam, Shiva Raj Mishra, Michael Thorlund, Mette Schlutter, and Per Kallestrup. (2015). Literacy and motivation for the prevention and control of hypertension among female community health volunteers: a qualitative study from Nepal. *Journals of Global Health Action*, 8 (1), 1-8.
- Kristine Sørensen, Stephan Van den Broucke, James Fullam, Gerardine Doyle, Jurgen Pelikan, and Zofia Slonska. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *Journals of BMC Public Health*, 12 (80), 1-13.

ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม

วนิดา ศรีพรหมษา, ประ.ด.*

อิสริย์ ปัดภัย, ส.ด.** และ ชัญญาวิริ์ ไชยวงศ์, ประ.ด.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วมและศึกษาประสิทธิภาพผลระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ร่วมกันวางแผนกำหนดกิจกรรม ติดตามและปรับปรุงกระบวนการ ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลระบบฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม แบบวัดความรู้ มีค่าความเที่ยง .82 แบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม มีค่าความเที่ยง .80 และแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมและระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test และภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ระบบบริการสุขภาพและพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม 2) ระบบสนับสนุนด้านอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม 3) ระบบสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ 4) ระบบส่งเสริมความรู้และการป้องกัน และ 5) ระบบ ข้อมูล และติดตาม และผลของการพัฒนาระบบฯพบว่า 1) อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนามีค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ได้รับการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 19.38, p < 0.00$ และ $t = 24.56, p < 0.001$) และ 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม 12 สัปดาห์ สูงกว่าการดูแลแบบปกติ (ระดับไม่พบอาการผิดปกติ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 5.02, p < 0.001$)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม ช่วยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมีระดับความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อมลดลง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะข้อเข่าเสื่อม, ระบบการดูแล, การมีส่วนร่วมของชุมชน

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: kaograng@hotmail.com

(Received: September 15, 2025; Revised: December 29, 2025; Accepted: March 1, 2026)

Effects of Development of Caring System for Elderly with Knee Osteoarthritis by Community Participation

Wanida Sripromsa, Ph.D.* , Issaree Pudphai, Dr.P.H.** & Chanyawee Chaiwong, Ph.D.*

Abstract

This participatory action research aimed to: 1) study the situations of problem osteoarthritis in elderly, 2) Development of Caring System for Elderly with Knee Osteoarthritis by Community Participation and 3) evaluate and study Effects of Caring System for Elderly with Knee Osteoarthritis by Community Participation and comprised three phases. Phase I: situational analysis. Qualitative data were also collected from 30 participants through in-depth interviews and 30 participants through focus group discussions, Phase II: development of Caring System for Elderly with Knee Osteoarthritis by Community Participation that consisted, in which 20 personnel identified planned interventions, implemented activities, and monitored and refined the processes. Phase III: evaluate the effectiveness of Caring System for Elderly with Knee Osteoarthritis by Community Participation. The sample groups were 60 pairs of village health volunteers and Elderly with Knee Osteoarthritis. They were divided into two groups, control group (n = 30) and experimental group (n = 30). The questionnaire about knowledge with the reliability of .82, practical skills questionnaire replied with the reliability of .80, and Used tools comprised severity assessment form for knee osteoarthritis (Oxford Knee Score) were collected. Data was analyzed content analysis for qualitative data. using percentage, mean and standard deviation for quantitative data. The mean score of knowledge, practical skills and Used tools comprised severity assessment form for knee osteoarthritis (Oxford Knee Score) between the experimental group and the control group while independent t-test and Paired t-test

The findings revealed that A community-based care system for older adults with knee osteoarthritis encompasses five key domains: 1) Health service system for elderly people with osteoarthritis 2) Equipment and environmental, 3) Assistive Devices & Environment, 3) social and psychological support systems, 4) Hearth promotion and prevention systems, and 5) health information and monitoring systems, The results development of Caring System revealed that.1) after 12th week period, the experimental group had higher mean score of knowledge, , and practical skills in Caring for Elderly with Knee Osteoarthritis than the control group at significant level 0.05 ($t = 40.390, p < 0.001$, and $t = 36.295, p < 0.001$) 3) Elderly people with osteoarthritis who received care from village health volunteers after 12th week period had an average score of Oxford knee score higher than before receiving care at significant level 0.05 ($t = 5.02, p < 0.001$)

Development of Caring System for Elderly with Knee Osteoarthritis by Community Participation could well affect the health volunteers who had knowledge and skill for caring the elderly with Knee Osteoarthritis and elderly with Knee Osteoarthritis had lower severity of knee osteoarthritis.

Keywords: Elderly, Knee Osteoarthritis, Care System, Community Participation

*Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Ministry of Public Health

**Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกเปลี่ยนแปลงไป โดยพบว่ามีแนวโน้มเขาสูงสังคมผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งสัดส่วนและจำนวน คาดว่าปี พ.ศ. 2573 ประชากรผู้สูงอายุโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,402 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 และในปี พ.ศ. 2593 คาดว่าประชากรผู้สูงอายุโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 2,092 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 21.5 ของประชากรโลก ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง (Strategy and Planning Division, 2024; อณิษฐา หาญภักตินิยม, 2563) โรคข้อเข่าเสื่อม (knee osteoarthritis) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศและระดับโลกในกลุ่มผู้สูงอายุและเพิ่มมากขึ้นตามอายุและในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2-3 เท่า (Aiyong et al., 2020; Hatefi et al., 2019) ปีพ.ศ. 2564 พบว่ามีคนไทย เป็นโรคข้อเสื่อม มากกว่า 6 ล้านคน สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากสภาพอายุที่มากขึ้น เสื่อมตามวัย น้ำหนักตัวมาก ใช้เข่ามากหรือนานกว่าปกติ พฤติกรรมท่าทางไม่ถูกต้องหรือผิดท่า โดยข้อที่เสื่อมมากที่สุด คือ ข้อเข่า ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม โรคจะดำเนินไปมากกว่าเดิม ทำให้มีความเจ็บปวด เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่เกิดจากการถูกทำลายและเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) ทำให้กระดูกอ่อนในข้อเข่าบางลงเมื่อกระดูกอ่อนผิวข้อสูญเสียคุณสมบัติในการต้านทานแรงกด และขาดความยืดหยุ่นในการเคลื่อนไหวของข้อ จะมีผลทำให้ข้อผิดรูปและความพิการ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามมา (Narin et al., 2015) โดยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันหรือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การเดิน การขึ้นบันได การทำงานบ้านต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นภาระแก่ผู้ดูแล บางคนหมดกำลังใจ หงุดหงิด รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้ผู้ที่เป็ข้อเข่าเสื่อมต้องดำรงบทบาทของการเป็นผู้ป่วยตลอดเวลา

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่มุ่งเน้นการบรรเทาอาการปวด การช่วยชะลอการเสื่อมของข้อเข่า เพื่อบรรเทาความรุนแรงของโรค ทำให้ข้อเข่าทำงานได้ดีขึ้น ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น แนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมี 4 วิธี ได้แก่ 1) การรักษาโดยใช้ยา (pharmacological therapy) 2) การไม่ใช้ยา เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การออกกำลังกาย การทำกายภาพบำบัด การลดน้ำหนัก 3) การใช้วิธีการแพทย์ทางเลือก (complementary and alternative medicine) เช่น การใช้ความร้อนหรือความเย็น และ 4) การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด (Surgery) (สมาคมรูมาติซั่ม, 2567; Maurer et al., 1999) สำหรับการป้องกันข้อเข่าเสื่อมจะเน้นเรื่องการดำเนินวิถีชีวิต คือ ให้ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การหลีกเลี่ยงอิริยาบถที่มีผลต่อข้อเข่า การบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า และการลดน้ำหนัก ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรับการส่งเสริมสุขภาพและการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ข้อเข่าเสื่อม และเมื่อปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมมากขึ้น (Felson et al., 1987; Methabutr, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรม การดูแลป้องกันภาวะเสี่ยงและอาการรุนแรงจากโรคข้อเข่าเสื่อมมีรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ การให้ความรู้ การออกกำลังกาย การให้ยา และการควบคุมน้ำหนักซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่เน้นระดับบุคคลส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเนื่องจากขาดครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม (Robrujen, 2020)

สถิติผู้สูงอายุปี 2565 – 2567 จังหวัดอุดรธานี พบมีประชากรสูงอายुर้อยละ 18.59, 19.40 และ 20.54 ตามลำดับ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรองผู้สูงอายุใน 10 เรื่อง ในจังหวัดอุดรธานีมีประชากรผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองสุขภาพ ปี 2566 จำนวน 135,936 คน มี

ผู้สูงอายุปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 6,907 คน คิดเป็นร้อยละ 5.08 (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดอุตรธานี) ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของตำบลหนองไผ่ ได้รับการคัดกรองสุขภาพ จำนวน 696 คน มีผู้สูงอายุปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 18.39 ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายด้าน ดังนี้ ด้านสุขภาพมีอาการปวดภายหลังการใช้งานข้อ ข้อฝืดภายหลังจากการพักข้อเป็นเวลานาน ข้อพิการ ข้อผิดรูป ความสามารถในการใช้งานผิดปกติ เช่น การนั่ง การเดิน เป็นต้น ด้านจิตใจ เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังและรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลต่อจิตใจทำให้เกิดความท้อแท้ ซึมเศร้า ด้านเศรษฐกิจ เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาเนื่องจากต้องใช้เวลาในการรักษานานและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกและเป็นที่ยอมรับของชาวบ้านในหมู่บ้าน มีความคุ้นเคยและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ แต่พบว่า การดำเนินการในพื้นที่ตำบลหนองไผ่ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมเป็นการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังให้การดูแลไม่ครอบคลุม แม้จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้าน จากการศึกษาสำรวจ อสม.จำนวน 10 คน พบว่า อสม. 4 คน ยังไม่มีความรู้ดูแลข้อเข่าเสื่อม อสม. 5 คนไม่ทราบบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม อสม.ทั้ง 10 คน ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่การศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การร่วมกันวางแผนในการดำเนินงานและประเมินผล ทำให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ และบริบทของชุมชนโดยสามารถพึ่งตนเองด้านการดูแลสุขภาพของชุมชนได้ โดยศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยได้เลือกวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ของ Kemmis and McTaggart (2014) เป็นแนวคิดเชิงกระบวนการ มาพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม และสะท้อนผลการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมเพื่อให้การดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและจัดการความเจ็บปวดส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ระยะ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เพื่อกำหนดกิจกรรม ระยะเวลาที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ของ Kemmis and McTaggart(2014) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผน (planning) 2) การปฏิบัติ (action) 3) สังเกตผลการปฏิบัติงาน (observation) และ 4) สะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (reflection) โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหา อุปสรรคและแนวทางการพัฒนา และระยะเวลาที่ 3 ประเมินประสิทธิผลระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยประเมินความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) ของผู้สูงอายุ ประเมินความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม มีวิธีการดำเนินการวิจัยแบ่ง 3 ระยะเวลา ได้แก่

ระยะเวลาที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และความต้องการและการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 คน กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) ไม่เคยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า และ 2) ข้อเข่าไม่บวม แดง ร้อน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และ ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 10 คน กลุ่มผู้นำชุมชน/แกนนำผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ระยะเวลาที่ 2 การพัฒนาระบบฯโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามขั้นตอน ดังนี้ ขั้นวางแผน (planning) ขั้นปฏิบัติ (action) ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน (observation) และขั้นสะท้อนกลับผลการปฏิบัติงาน (reflection) ในขั้นการวางแผนประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน 4) ภาคประชาชน(อาสาสมัครสาธารณสุข, โรงเรียนผู้สูงอายุ) ประชุมสะท้อนข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 และระดมความคิดเห็นเพื่อร่างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดย

ชุมชนมีส่วนร่วม นำสู่การปฏิบัติ และสะท้อนผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 มาวางแผนในวงรอบที่ 2 ตรวจสอบความเหมาะสมของระบบฯโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของโครงสร้างเนื้อหา ภาษา และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดคุณสมบัติมี 4 กลุ่ม จำนวน 20 คน ดังนี้ 1) เจ้าหน้าที่และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4 คน 2) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน 3) กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 4 คน 4) ภาคประชาชน(อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 4 คน , กรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน)

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยวิธีวิจัยกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบ 2 กลุ่มก่อนและหลังทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรคือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข และอาศัยอยู่ในตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรธานี ซึ่งมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง โดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ (1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในเขตรับผิดชอบและผู้สูงอายุมี Barthel Index score 12 คะแนนขึ้นไป (2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมได้จนเสร็จสิ้นโครงการ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ในพื้นที่ระหว่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในเขตรับผิดชอบ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การอำนาจทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดอำนาจทดสอบ(power) เท่ากับ 0.80 ระดับความเชื่อมั่นที่.05 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล(effect size) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (เดือนจิตต์ ช่วยจันทร์และคณะ, 2561) ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 2.5 ซึ่งแปลผลค่า d มากกว่า 0.80 เท่ากับอิทธิพลขนาดใหญ่เปิดตารางสำเร็จรูปช่วยกำหนดขนาดตัวอย่างของ Cohen ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 ราย เพื่อป้องกันการมีเหตุจำเป็นหรือมีภาระกิจเร่งด่วนที่ต้องออกจากงานวิจัยในระหว่างการทำกิจกรรม ผู้วิจัยจึงขอเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงมีกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน

การคัดเลือกเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยสุ่มแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลาก ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกและการคัดออกของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มให้เหมือนกัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันมากที่สุดหลังจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากแบบไม่คืนที่ จนได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 1-2 ได้แก่ แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ในประเด็นปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมการดูแลและระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ในระยะที่ 3 ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข อาชีพ รายได้

2) แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เป็นแบบวัดแบบถูกผิด จำนวน 30 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม คะแนนอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน คิดคะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ ระดับความรู้ดี ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับความรู้ปานกลาง ได้คะแนน ร้อยละ 60-79 ระดับความรู้ต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60

3) แบบประเมินทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยการสังเกตของผู้วิจัย คะแนนอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน ถ้าปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ ระดับทักษะดี ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับทักษะปานกลาง ได้คะแนน ร้อยละ 60-79 ระดับทักษะน้อย ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60

4) แบบประเมินความรุนแรงของภาวะข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, 2015) มีข้อคำถาม 12 ข้อ แต่ละข้อมี 5 คำตอบ มีระดับคะแนน 0-4 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง มีอาการนั้นมากที่สุดและคะแนน 4 หมายถึง ไม่มีอาการนั้นเลยหรือเป็นปกติ คะแนนรวมทั้งหมด 48 คะแนนและแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-19 คะแนน คือ มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง 20-29 คะแนน คือ มีอาการภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง 30-39 คะแนน คือ เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม 40-48 คะแนน คือ ยังไม่พบอาการผิดปกติ

5) รูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม โดยการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นเวลา 3 วัน โดยให้ความรู้เรื่อง (1) โรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อม อาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (2) การประเมินและใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและการแปลผล (3) สังเกตผลการปฏิบัติงาน (observation) เกี่ยวกับการสังเกตทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อลดปวดตามขั้นตอน CHARM ดังนี้ (1) C (Check) ตรวจสอบประเมินข้อเข่า 3 นาที ด้วยวิธีการดู การบวมบริเวณข้อเข่า กดเพื่อหาจุดที่ทำให้เกิดอาการเจ็บเหยียดเขาดูมุมการเคลื่อนไหว (2) H (Herbal compress) ประคบร้อนข้อเข่า 15 นาที โดยใช้ขวดแก้วบรรจุน้ำร้อน ห่อด้วยผ้าขนหนูชุบน้ำบิดให้หมาดหรือใช้ลูกประคบสมุนไพรอย่างง่าย สำหรับบรรเทาอาการปวดข้อ ข้อฝืดและข้อเข่าเสื่อม (3) A (Active Knee) การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ บริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า 15 นาที ด้วย 6 ท่าบริหารพิชิตข้อเข่าเสื่อม (4) R (Rest) พักข้อ 10 นาทีพร้อมพันผ้ายืด และ (5) M (Massage) นวดข้อเข่า 15 นาที ด้วยวิธี คลึง ลูบเบา หยิบยก บีบ บิด กดและลูบหนักๆ หลังจากนั้นกลุ่มทดลองนำไปฝึกปฏิบัติกับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่บ้านร่วมกับผู้วิจัย คนละ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการดำเนินการประมาณ 1 ชั่วโมงและติดตามเยี่ยมกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรค คนละ 1 ครั้ง และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้คืนข้อมูลในพื้นที่ ปัญหาอุปสรรค แนวทางการพัฒนาระบบฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และปรับแก้โดยใช้คำถามปลายเปิด ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลแบบสามเส้า คือตรวจสอบสามเส้าจากผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 4 กลุ่มและตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิเคราะห์ข้อมูล คือนักวิจัยและผู้ช่วยวิจัย

2. แบบประเมินความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม คู่มือพัฒนาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม “รู้ทันโรค ชะลอข้อเข่าเสื่อม” ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความชัดเจนของการใช้ภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน ได้ค่า (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 0.7 หลังแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินประสิทธิภาพของคู่มือก่อนนำไปใช้จริง แบบวัดความรู้ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.82 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้ 0.85 และแบบประเมินทักษะการดูแล ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.80 แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำผลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้ 0.78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB BCNU REC No.30/2566 วันที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2566 และได้รับหนังสืออนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากสถานที่เก็บข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยมีคำอธิบายว่าข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ จะไม่เกิดผลกระทบต่อการปฏิบัติงานและไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต รวมถึงจะไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น และจะนำเสนอผลในภาพรวม หากผู้ร่วมวิจัยให้ความยินยอมจึงให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลโดยทำหนังสือถึงหน่วยงานชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และหลักจริยธรรมในมนุษย์โดยเคารพสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล และขออนุญาตเก็บข้อมูลโดย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 30 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการและการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 45 -60 นาที และสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน 1 ครั้ง 1 วัน โดยแบ่งกลุ่มย่อยออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ใช้เวลากลุ่มละ 2 ชั่วโมง

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบฯ โดยการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อร่างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม จำนวน 20 คน 2 ครั้ง 2 วัน โดยใช้เวลา 4 ชั่วโมงต่อวัน

ระยะที่ 3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 ท่านที่ผ่านการอบรมจากผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการอบรมพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้เวลา 3 วัน พร้อมมอบคู่มือ “รู้ทันโรค ซะลอข้อเข่าเสื่อม” กลุ่มควบคุม มีการจัดกิจกรรมตามปกติ ใช้แบบประเมินความรู้และทักษะ ก่อนและหลังการพัฒนา 12 สัปดาห์ ระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการทดลอง โดยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัด ความถูกต้องและข้อความครบถ้วนของคำตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมและระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test และภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น 3 ประเด็น ดังนี้ 1) ปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตใจ พบว่า (1) ด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดเข่า เข่าบวม ข้อฝืด การทรงตัวไม่มั่นคง ทำให้มีขีดจำกัดในการออกกำลังกายหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต้องการ (1.1) การบรรเทาความปวดและอาการอักเสบ (1.2) การฟื้นฟูสมรรถภาพข้อเข่า (1.3) การออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อให้เข่าแข็งแรง (1.4) การดูแลโภชนาการ ได้รับสารอาหารเสริมสร้างกระดูกและข้อ และ(1.5)การตรวจติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง (2) ด้านจิตใจ ได้แก่ เครียดจากการเจ็บปวดเรื้อรัง ข้อเข่าฝืดหรือเกิดความพิการเดินไม่ได้ ส่งผลต่อภาพลักษณ์ เกิดความวิตกกังวล หรืออาจจะเกิดภาวะซึมเศร้าและการเคลื่อนไหวจำกัดการสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม ต้องการกำลังใจจากครอบครัว ชุมชนการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ลดความโดดเดี่ยว (3) ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เหมือนเดิมความสามารถในการพึ่งพาตนเองลดลง กลายเป็นภาระของครอบครัว ต้องการให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณ 2) ขาดความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อย ไม่เข้าใจสาเหตุและกลไกของโรคข้อเข่าเสื่อม คิดว่าเป็นเพียงความเสื่อมตามวัยที่ไม่สามารถจัดการได้ ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายที่ถูกวิธี การใช้ไม้เท้าหรืออุปกรณ์พยุงและไม่ตระหนักถึง ความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง เช่น การไปพบแพทย์ตามนัด หรือการทำกายภาพบำบัด และ3) ขาดระบบสนับสนุนและการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน เนื่องจากอาการปวด เคลื่อนไหวลำบากจึงไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวและขาดการสนับสนุน รวมทั้งขาดคนดูแลต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. เยี่ยมบ้าน มีการคัดกรองความรุนแรงโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นระยะ หรือมีกิจกรรมรวมกลุ่ม สร้างเครือข่ายครอบครัว ชุมชน เพื่อช่วยเหลือกันเมื่อผู้สูงอายุมีข้อจำกัดการเดิน กิจกรรมกลุ่ม เพื่อนช่วยเพื่อน ลดความโดดเดี่ยวทางสังคม เป็นข้อมูลนำเข้าเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชน ประกอบด้วย 1) ระบบการบริการสุขภาพและการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ตั้งแต่การคัดกรอง การดูแลเพื่อลดอาการปวดเข่าด้วยเทคนิค CHARM การประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม การเยี่ยมบ้านและการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อ 2) ระบบสนับสนุนด้านอุปกรณ์และจัดสิ่งแวดล้อม/ปรับสภาพบ้านให้เหมาะกับผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม (ราวจับ ห้องน้ำปลอดภัย) 3) ระบบสนับสนุนทางสังคมและจิตใจโดยการรวมกลุ่มผู้สูงอายุ แกนนำ จัดกิจกรรมกลุ่มในชุมชน มีระบบพี่เลี้ยง คอยให้ความช่วยเหลือในการถ่ายทอดความรู้ และดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม 4) ระบบส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อม เช่น การออกกำลังกายร่วมกัน หรือการให้ความรู้เรื่องโรค เพื่อสร้างกำลังใจและการพึ่งพาตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำในการป้องกันโรคฯ และ 5) ระบบข้อมูลและนำใช้ข้อมูลในการส่งเสริมแก้ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ การจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในตำบล และนำใช้ข้อมูลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมเพื่อจัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่นและแผนงานงบประมาณในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

ระยะที่ 3 ประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม ดังนี้

3.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนาฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะฯระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะฯระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะฯดีกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนาฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ตัวแปรตาม | กลุ่มทดลอง(n=30) | | | กลุ่มควบคุม(n=30) | | | t | p-value |
|------------------------------------|------------------|------|-------|-------------------|------|-------|-------|---------|
| | M | SD | ระดับ | M | SD | ระดับ | | |
| ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุฯ | | | | | | | | |
| ก่อนการพัฒนาฯ | 14.03 | 2.75 | น้อย | 14.60 | 2.98 | น้อย | -0.76 | 0.22 |
| หลังการพัฒนาฯ | 25.96 | 1.42 | ดี | 15.13 | 2.59 | น้อย | 19.38 | 0.00* |
| ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุฯ | | | | | | | | |
| ก่อนการพัฒนาฯ | 13.63 | 2.68 | น้อย | 13.83 | 2.56 | น้อย | -0.40 | 0.34 |
| หลังการพัฒนาฯ | 25.33 | 1.39 | ดี | 14.46 | 1.88 | น้อย | 24.56 | 0.00* |

p-value < .05

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนาฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และในกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะที่ดีขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการพัฒนาฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ตัวแปรตาม | กลุ่มทดลอง (n=30) | | t | p-value | กลุ่มควบคุม (n=30) | | t | p-value |
|-------------------------|----------------------|------|--------|---------|-----------------------|------|-------|---------|
| | M | SD | | | M | SD | | |
| ความรู้ในการดูแล | | | | | | | | |
| ผู้สูงอายุ | | | | | | | | |
| ก่อนการพัฒนาฯ | 14.03 | 2.59 | -21.83 | 0.00* | 14.60 | 2.98 | -1.38 | 0.08 |
| หลังการพัฒนาฯ | 25.96 | 1.42 | | | 15.13 | 2.59 | | |
| ทักษะในการดูแล | | | | | | | | |
| ผู้สูงอายุ | | | | | | | | |
| ก่อนการพัฒนาฯ | 14.46 | 1.88 | -27.78 | 0.00* | 13.83 | 2.56 | 2.47 | 0.06 |
| หลังการพัฒนาฯ | 25.33 | 1.39 | | | 13.63 | 2.68 | | |

$p\text{-value} < .05$

3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ตัวแปรตาม | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุม | | | t | p-value |
|-------------------------------|------------|------|---------------------------|-------------|------|---------------------------|------|---------|
| | M | SD | ระดับ | M | SD | ระดับ | | |
| ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม | | | | | | | | |
| ก่อนการพัฒนาฯ | 32.90 | 5.20 | เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม | 31.63 | 5.31 | เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม | 0.95 | 0.07 |
| หลังการพัฒนาฯ | 40.26 | 5.27 | ไม่พบอาการผิดปกติ | 32.63 | 5.76 | เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม | 5.02 | 0.00* |

$p\text{-value} < .05$

3.4 5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพัฒนาฯไม่แตกต่างกัน และในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุลดลง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ตัวแปรตาม | กลุ่มทดลอง (n=30) | | t | p-value | กลุ่มควบคุม (n=30) | | t | p-value |
|---|----------------------|------|-------|---------|-----------------------|------|-------|---------|
| | M | SD | | | M | SD | | |
| ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ | | | | | | | | |
| ก่อนการพัฒนาฯ | 32.90 | 5.20 | -4.88 | 0.00* | 31.63 | 5.31 | -2.30 | 0.07 |
| หลังการพัฒนาฯ | 40.26 | 5.27 | | | 32.63 | 5.76 | | |

$p\text{-value} < .05$

อภิปรายผล

1. ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม มีอาการปวดข้อเข่า เข่าบวม กล้ามเนื้อรอบข้อเข่าอ่อนแรง รู้สึกผิดและติดขัดของข้อ ส่งผลให้เดินไม่ถนัดเดินไม่คล่อง ซึ่งสามารถอธิบายได้จากพยาธิสรีรวิทยาของโรคข้อเข่าเสื่อมร่วมกับกระบวนการเสื่อมตามวัย โดยเมื่ออายุมากขึ้น กระดูกอ่อนผิวข้อจะเกิดการเสื่อมสภาพ บางลง และสูญเสียความยืดหยุ่นทำให้เกิดแรงเสียดทานระหว่างผิวข้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการอักเสบของข้อและกระดูกใต้ผิวข้อ นำไปสู่อาการปวดและบวมของข้อเข่า (Hunter & Bierma-Zeinstra, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของชวิต เมธานบุตร(2565) อธิบายว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมจะมีปัญหาเรื่องอาการปวดข้อเข่า และชุมชนยังไม่มีกิจกรรมในการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีการวางแผน กิจกรรม หรืองบประมาณ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อเข่าเสื่อม และ Masoumeh และคณะ (2017) อธิบายผลการวิจัยว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 58.5 มีความผิดปกติทางสุขภาพจิต ได้แก่ ความไม่สบายใจทางจิตใจในรูปแบบของอาการทางกาย โรคย้ำคิดย้ำทำ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความก้าวร้าว โรคกลัว โรคจิตเภทหวาดระแวง และโรคจิต ผลการศึกษาค้นคว้านี้ทำให้ทราบถึงปัญหาทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความสามารถทางกายอันเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการวางแผนหรือจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อลดผลกระทบปัญหาทางด้านจิตสังคม 2) ขาดความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารพร ธาณีและฐิติรัตน์ ภาวะสุขภาพจิต (2566) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพต่อการมีภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยศึกษาจากผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 231 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง ร้อยละ 50.2 มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.001 และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะเสี่ยงต่อโรคข้อเข่าเสื่อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะเสี่ยงโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 3) ขาดระบบสนับสนุนและการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี บุญมี (2560) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสมน จังหวัดสุรินทร์ พบว่าผู้สูงอายุไม่มีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง ยังไม่มีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุไม่ต่อเนื่อง ไม่เป็นรูปธรรม ร่วมกิจกรรม/โครงการตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือยจัดขึ้นเป็นครั้งคราว มากกว่าการมีบทบาทร่วมในการวางแผนดำเนินงาน และประเมินผล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ความต้องการจำเป็น” ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เน้นการเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแล ควบคู่กับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน และการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งบุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร และผู้สูงอายุเอง เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความต่อเนื่อง ยั่งยืน และตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริง

2) การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย 5 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม 2) ระบบสนับสนุนด้านอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม 3) ระบบสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ 4) ระบบส่งเสริมความรู้และการป้องกันภาวะข้อเข่าเสื่อม และ 5) ระบบข้อมูลและนำใช้ข้อมูลในการส่งเสริมแก้ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม การดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เป็นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ ทั้งด้านความรู้และทักษะปฏิบัติให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ กระบวนการได้จากการประชุมระดมสมองหาแนวทาง วางแผนการดูแล และพัฒนาคู่มือการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้ การพัฒนาผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ เรื่องโรค การฝึกทักษะการดูแลตนเอง ตามขั้นตอน CHAMP ที่เป็นรูปแบบที่เรียบง่าย ชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในระดับชุมชนและการมีคู่มือในการปฏิบัติ ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้อาสาสมัครสาธารณสุขในการให้คำแนะนำและติดตามการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง และสะท้อนถึงศักยภาพของระบบการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม การบริหารเพื่อลดอาการปวดและสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้

3) ประสิทธิภาพระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยชุมชนมีส่วนร่วม

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังได้รับการพัฒนาพบว่า

อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีกว่ากลุ่มควบคุมและดีกว่าก่อนได้รับการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการพัฒนาเป็นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขโดยการให้ข้อมูล (information) การให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม ปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม ความรุนแรงของโรค รวมถึงการฝึกทักษะปฏิบัติให้อาสาสมัครไปดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดอาการปวด โดยฝึกปฏิบัติกับผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่บ้านร่วมกับผู้วิจัย คนละ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการดำเนินการประมาณ 1 ชั่วโมงและติดตามเยี่ยมอาสาสมัครกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรค คนละ 1 ครั้ง ระบบดังกล่าวช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขผ่านการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน การมีแนวทางปฏิบัติและคู่มือประกอบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงการฝึกทักษะการดูแลตามกระบวนการ CHAMP อย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถประเมิน ให้คำแนะนำ และติดตามการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง และผู้สูงอายุเองสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ อสม.เพื่อลดอาการปวดข้อเข่าได้ส่งผลต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง สอดคล้องกับ นงนุช หอมเนียมและคณะ (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ที่พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข และมีคู่มือการปฏิบัติของ อสม. ตามทักษะต่างๆ 8 ทักษะส่งผลให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงเพิ่มขึ้นและทุกคนสามารถผ่านการประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในระดับดี ร้อยละ 100 และ ปิยรัตน์ ชูมี และ จิราพร อุดมกิจพิพัฒน์ (2564) ที่ได้ศึกษาเรื่องความรู้ด้านโรคเรื้อรังและสมรรถนะในการให้บริการด้านโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุราษฎร์ธานีโดยการจัดอบรมให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขและฝึกปฏิบัติและประเมินความรู้และประเมินผลการปฏิบัติพบว่าทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการ พัฒนาฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองหลังได้รับการพัฒนาฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุขมุ่งให้อาสาสมัครไปให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุ เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และฝึกทักษะการปฏิบัติตัวให้แก่ผู้สูงอายุเมื่อมีอาการปวดให้มีความสม่ำเสมอตามขั้นตอน CHAMP ดังนี้ (1) C (Check) ดูการบวมบริเวณข้อเข่า กดหาจุดที่มีอาการเจ็บ (2) H (Herbal compress) ประคบร้อนข้อเข่า (3) A (Active Knee) การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ บริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า (4) R (Rest) พักข้อพร้อมพันผ้ายืด และ (5) M (Massage) นวดข้อเข่า และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ความรุนแรงและการประเมินความรุนแรงของข้อเข่าสอน สอนแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวดตามขั้นตอน CHAMP แก่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลอง มีระดับความรุนแรงของโรคที่ลดลง สอดคล้องกับจุฑามาศ อุตสรักษ์ (2567) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและน้ำหนักตัวในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลลำพูน หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลมีระดับความรุนแรงของโรคลดลง และชวิต เมธาบุตร (2565) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุอำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา โดยพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ และประเมินผลรูปแบบการจัดการโรค พบว่า ผลการใช้รูปแบบการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น พบว่า คะแนน Modified WOMAC Score คะแนนความปวด ความผิดข้อ คะแนนรวม และคะแนนระดับความปวด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.05) อภิปรายได้ว่า ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมจะลดลงได้จนเห็นความแตกต่างนั้นต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรม และมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการใช้ข้อเข่าที่ถูกต้องและเหมาะสม การหลีกเลี่ยงหรือลดแรงกระแทกของข้อเข่า และการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าด้วยการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าและการวิจัยในครั้งนี้ ดำเนินการ 12 สัปดาห์ จึงทำให้ความสามารถในการใช้งานข้อเข่าและการลดความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมแตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมการพัฒนาสอดคล้องกับ Franssen et al., 2015; Hunter & Bierma-Zeinstra, 2019 ที่ระบุว่าโปรแกรมฟื้นฟูข้อเข่าเสื่อมควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 8-12 สัปดาห์จึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพข้ออย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ปัญหาด้านสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องให้ความสำคัญและนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ดังนั้นควรมีการกำกับติดตามดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื้อที่มีประสิทธิภาพ

2. ด้านการพยาบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมนี้ไปเป็นแนวทางในการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อทำวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการประเมินผลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้เหมาะสมกับบริบท สังคม วัฒนธรรม ที่เปลี่ยนแปลงไป
2. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อยอดการพัฒนาศักยภาพแกนนำกลุ่มมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน /แกนนำโรงเรียนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสมาชิก อปท และ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยมีการปรับปรุงเนื้อหาและวิธีการให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

- จุฑามาศ อุดรศักดิ์. (2567). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและน้ำหนักร่างกายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 14(1), 45-56.
- จุฬาร ธานีและฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์. (2566). *วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 อุบลราชธานี*, 11(2), 73-88.
- ชวิต เมธาบุตร. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 969-985.
- เตือนจิตต์ ช่วยจันทร์, สุทธิพร มุลศาสตร์และदनัย ทิบบำไม่. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนโดยความร่วมมือของพยาบาลเวชปฏิบัติและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(2), 43-59.
- นงนุช หอมเนียม, สุภาพร มะรังษีและดลนภา จิระออน. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี*, 30(3), 460-470.
- ปิยรัตน์ ชูมี และ จิราพร อุดมกิจพัฒน์. (2564). ความรู้ด้านโรคเรื้อรังและสมรรถนะในการให้บริการด้านโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 7(4), 277-293.
- สมาคมรุมมาติสซึมแห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2567). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาโรคข้อและกระดูกสันหลังอักเสบชนิดข้อแกนเด่นด้วยยาต้านรูมาติกที่ปรับเปลี่ยนการดำเนินโรคชนิดยาชีววัตถุและยาสังเคราะห์มุ่งเป้าโดยสมาคมรุมมาติสซึมแห่งประเทศไทย พ.ศ.2567*.
สืบค้นจาก: URL: <https://drive.google.com/file/d/14oW9poVGFHGlP6xEGy2lRD71oKN6U/view>.
- สุปราณี บุญมี. (2560). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์*. ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดอุดรธานี.(2566). *การคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรองผู้สูงอายุใน 10 เรื่อง*. สืบค้นจาก https://udn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96cedc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61

อณิษฐา หาญภักดีนิยาม. (2563). นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่อการพัฒนาประเทศในอาเซียน. *วารสารพุทธาอาเซียนศึกษา*, 5(1), 55-70.

Aiyong C, Huizi L, Dawei W, Junlong Z, Yufeng C, & Huading L. (2020). Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies. *E Clinical Medicine.*, 29, 1-13.

Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.

Department of Health, Ministry of Public Health. (2015). *Elderly health record*. Bangkok: Chao Chom Restaurant Suan Sunandha Rajabhat University.

Felson D.T., Naimark A, Anderson J, Kazis L, Castelli W, Meenan RF. Arthritis Rheum. 1987 30(8): 914-8. doi: 10.1002/art.1780300811.PMID: 3632732

Hatefi, M. Parvizi, R. Borji, M. and Tarjoman, A. (2019). "Effect of self-management program on pain and disability index in elderly men with osteoarthritis," *Anesthesiology and Pain Medicine*, 9(4), Article ID e92672.

Hunter, D. J., & Bierma-Zeinstra, S. (2019). Osteoarthritis. *The Lancet*, 393(10182), 1745–1759.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). *Participatory action research: Communicative action and the public sphere*. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed.) London: SAGE Publications.

Masoumeh N, Azim M, Azin E. M. (2017). *Investigating mental health in patients with osteoarthritis and its relationship with some clinical and demographic factors*. 55(4), 183-188. doi: 10.5114/reum.2017.69778.

Maurer BT, Stern AG, Kinossian B, Cook KD, Schumacher HR Jr. (1999). Osteoarthritis of the knee: isokinetic quadriceps exercise versus an educational intervention. *Arch Phys Med Rehabil*; 80(10): 1293-9. doi:10.1016/s0003-9993(99)90032-1

Methabutr C. (2022). Development of the Management Model for Osteoarthritis among Elderly in Chumphuang District, Nakhon Ratchasima Province. *Regional Health Promotion Center Journal*, 16(3), 969-985.

Narin R, Taunrat W, & Booncheang W. (2015). Development of a Community Participation Program for Caring Older Adults with Knee Osteoarthritis. *Nursing Journal*, 42(3), 170-181.

Strategy and Planning Division. (2024). *Health status 2024*. Retrieved from https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=1&pf=01818101&tp=12_3. [In Thai]

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าโดยใช้แนวคิด สบช.โมเดล ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ดลปภัฏ ทรงเลิศ, พย.ม.* , ธนาพร พรหมแก้ว, พย.บ.**

นฤเบศร์ โกศล, พย.ม.* และ ภัทรธิดา ฟองงาม, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าตามแนวคิด สบช.โมเดล ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทรา บ้านหัวคลองแหลม อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 11 คำถาม (11Q) ตามแนวคิดสบช.โมเดล มีค่าแอลฟาครอนบาช เท่ากับ 0.8 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ Fisher's exact test

ผลการศึกษา พบว่า พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 26.25 มีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วมทางกาย ซึ่งโรคทางสมองและหลอดเลือดสมอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002, .000, .009 และ .019 ตามลำดับ

สรุป บุคลากรทางการแพทย์ในระบบปฐมภูมิควรมีการคัดกรอง ประเมินติดตามภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มความตระหนักการรับรู้ระดับความเสี่ยง และควรพัฒนาโปรแกรมป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานาน มีโรคร่วมโรคหลอดเลือดสมองและไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ตามเกณฑ์

คำสำคัญ : สบช.โมเดล, ภาวะซึมเศร้า, เบาหวานชนิดที่ 2

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชานวมินทราชนนี บ้านหัวคลองแหลม จังหวัดนครศรีธรรมราช

Corresponding E-mail: dolpaphat@bcnakhon.ac.th

(Received: July 14, 2025; Revised: February 28, 2026; Accepted: March 1, 2026)

Factors related to Risk Level for Depression using the Principles of PBRI's Model in Patients with Type 2 Diabetes

Dolpaphat Songlead, M.N.S.* , Thanaporn promkaew, B.N.S.**

Naruebeth Koson, M.N.S.* & Pattaratida Fongngam, B.N.S.*

Abstract

The purpose of this cross-sectional survey research was to study the factors associated with the risk of depression according to the SBC model in type 2 diabetic patients who received services at the 60th Anniversary Chalermprakiat Health Center, Nawaminthara, Ban Hua Khlong Laem, Hua Sai District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 80 people. The data collection instrument was a 3-part questionnaire consisting of personal factors, factors related to diabetes, and an 11-question (11Q) depression assessment form based on the SBC model. The Cronbach's alpha value was 0.8. The data were analyzed using descriptive statistics and Fisher's exact test.

The results of the study found that 26.25 percent of patients had depression. Factors related to depression included the duration of diabetes, physical comorbidities, in which brain and cerebrovascular diseases, and blood sugar levels in the past 2-3 months had statistically significant relationships at the levels of .002, .000, .009, and .019, respectively.

Conclusion: Type 2 diabetic patients have a high prevalence of depression. Therefore, screening and assessment for depression in type 2 diabetic patients should be conducted at least twice a year to detect new patients. Patients with long-term diabetes and those with physical comorbidities should be monitored. In addition, future research should expand depression screening to other populations, such as the elderly or patients with other chronic diseases, to increase the coverage of patient care.

Keywords: Type 2 Diabetes, Depression

*Chaloem Phrakiat Health Center 60th Anniversary of Navamindrachini Ban Hua Khlong Laem
Nakhon Si Thammarat

**Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute
Ministry of Public Health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์เบาหวานโลกจากรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2567-2568 มีแนวโน้มวิกฤตพบผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 537-600 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 11.5 ของประชากรโลกเสียชีวิตกว่า 4 ล้านคนต่อปีและเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 6.7 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มเป็น 643 ล้านคนในปี 2573 (กรมสุขภาพจิต, 2568) ซึ่งมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นในทุก ๆ ปี เช่นเดียวกับประเทศไทยที่มีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากรายงานสถานการณ์ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 6.5 ล้านคนซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2566 มากถึง 1.7 แสนคน และพบอัตราเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 132.41 ต่อประชากรแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 8 คน คิดเป็นอัตราตาย 6.61 ต่อแสนประชากร จึงได้มีการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน พบว่าในปี 2567 มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 122,884 คน ได้รับการติดตามตรวจน้ำตาลซ้ำและพบเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ในปี 2567 จำนวน 3,908 คน คิดเป็นร้อยละ 3.44 (Health Data Center-HDC, 2567) อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี 2567-2568 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดจำนวน 6,226, 6,982 คนตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและจากการประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการตรวจค่า HbA1C ประจำปีของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ลดลง คือ ร้อยละ 34.39, 32.89 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นสอดคล้องกับสถานการณ์โลกและประเทศไทย (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2568)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และปัจจัยของระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวานที่นานกว่า 10 ปีจะสามารถเกิดผลการทบทวนสุขภาพจิต (ชนิดาวดี สายิน และคณะ, 2563) โดยเกิดความเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของระบบต่อมไร้ท่อ สมองส่วนไฮโปทาลามัสจะหลั่ง corticotropin-releasing hormone (CRH) ไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้หลั่งฮอร์โมน adrenocorticotrophic hormone (ACTH) ออกมาโดยฮอร์โมนนี้จะกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนนอก (adrenal cortex) ให้หลั่ง cortisol เพิ่มขึ้นในระบบไหลเวียนและเกิดการปรับตัวของสารสื่อประสาทหลัง Norepinephrine และ Serotonin ลดลงส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Wang, Zhou, Dai, & Li, 2021) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าประมาณสองเท่าของคนทั่วไป (ศิริพร เสรี และกล้าเผชิญโชคบำรุง, 2561) โดยการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีอาการซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 15.83 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ความเครียดที่เพิ่มขึ้นจะนำไปสู่ปัญหาการรักษาและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เนื่องจากร่างกายหลั่งฮอร์โมนที่ไปยับยั้งการทำงานของอินซูลินและกระตุ้นการหลั่งของกลูคากอน ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (ดวงฤทัย ไพโรบึง, 2563) ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องดูแลและควบคุมโรคระยะยาวส่งผลต่อสุขภาพจิตได้ซึ่งแสดงออกให้เห็นได้หลายรูปแบบ เช่น ความวิตกกังวล รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง หมดกำลังใจ รู้สึกไร้คุณค่า มีอาการซึมเศร้าและอาจจะมีความคิดฆ่าตัวตายในที่สุด

เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตโดยมักจะขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายส่งผลให้อาการของโรคเบาหวานรุนแรงมากขึ้น และเพิ่ม

ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือด จอตาเสื่อม ปลายประสาทเสื่อม ความบกพร่องทางเพศ โรคไต โรคหัวใจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันบกพร่องเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (กุลธิดา ดวงเนตร, 2564) ซึ่งการคัดกรองหรือค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร้าร่วมทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา อย่างทันที่ การประยุกต์ใช้แนวคิด “สบข. โมเดล” ในการประเมินภาวะสุขภาพในระดับปฐมภูมิในการคัดกรองและดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซิมเศร้าด้วยปิงปองจรรยาจร 7 สี โดยคัดกรองภาวะซิมเศร้าใช้แบบประเมินภาวะซิมเศร้า 11 คำถาม (11Q) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 11 ข้อ โดยใช้คะแนนตามอาการหรือพฤติกรรมที่ปรากฏ ซึ่งจะมีข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซิมเศร้า จำนวน 11 ข้อ บอกความถี่ของอาการภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 8 ข้อ และบอกความถี่ของพฤติกรรมเสี่ยงภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 3 ข้อ รวมคะแนนในแต่ละข้อคำถามและจัดกลุ่มตามสี โดยแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซิมเศร้าเป็นสีของปิงปองจรรยาจร 7 สี ได้แก่ กลุ่มปกติเป็นสีเขียว กลุ่มเสี่ยงเป็นสีเหลืองอ่อน กลุ่มป่วยเป็นสีเหลืองเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดงและสีดำเป็นแนวทางการเฝ้าระวังภาวะซิมเศร้า (สถาบันพระบรมราชชนก, 2567)

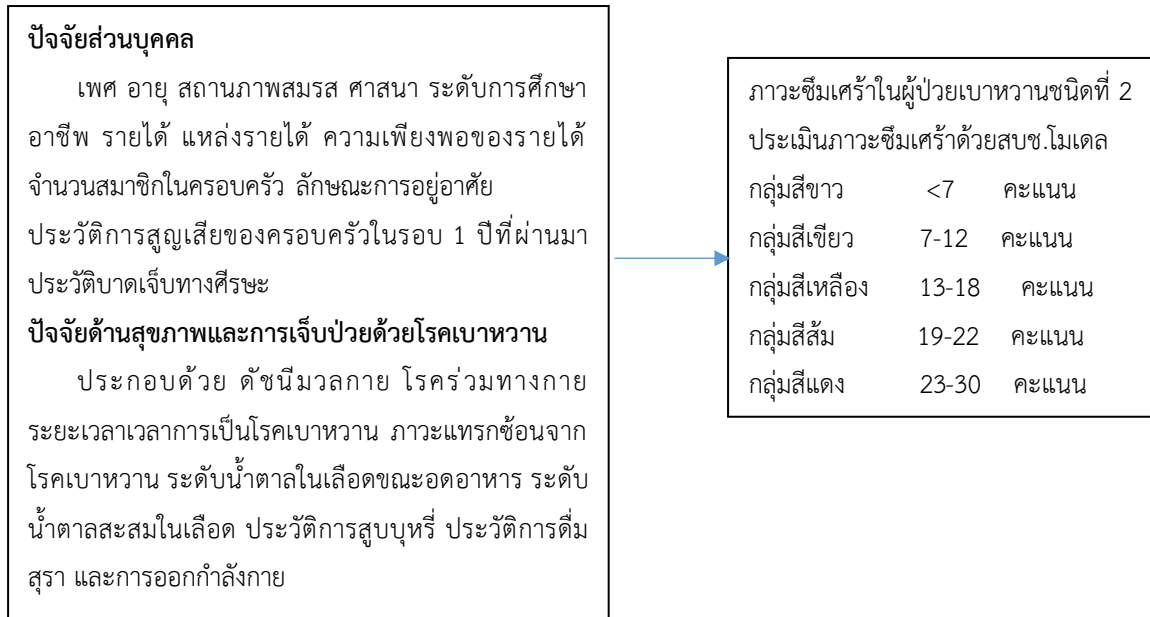
สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทรราชินี บ้านหัวคลองแหลม ตำบลแหลม อำเภอ หัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช มีพื้นที่รับผิดชอบ 7 หมู่บ้าน มีประชากร 5,728 คน พบความชุกของโรคเบาหวานสูงขึ้นใน 3 ปี ย้อนหลัง ได้แก่ ปี 2564 - 2566 โดยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ จำนวน 277 คน ปี พ.ศ. 2567 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2567) จากการทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซิมเศร้าโดยใช้แนวคิด สบข.โมเดลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แต่พบการศึกษาความชุกภาวะซิมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันขึ้นกับหลายสาเหตุ เช่น การใช้แบบประเมินภาวะซิมเศร้าที่แตกต่างกัน กลุ่มประชากรและบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน โดยภาวะซิมเศร้าที่เกิดขึ้นในโรคเบาหวานเกิดจากหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซิมเศร้าโดยใช้แนวคิด สบข.โมเดลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทรราชินี บ้านหัวคลองแหลม อ.หัวไทร จ.นครศรีธรรมราช เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ การคัดกรองและการป้องกันภาวะซิมเศร้าเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และหน่วยบริการปฐมภูมิในการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะซิมเศร้าและให้การช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซิมเศร้าได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงภาวะซิมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทรราชินี บ้านหัวคลองแหลม อ.หัวไทร จ.นครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงภาวะซิมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทรราชินี บ้านหัวคลองแหลม อ.หัวไทร จ.นครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติการสูญเสียของครอบครัวในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติบาดเจ็บทางศีรษะ เป็นต้น ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน วิธีในการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา การออกกำลังกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับปานกลางถึงมาก (จิตรา อ่างรังชัยชนะ และคณะ, 2561, กลุธิดา ดวงเนตร, 2564 , ปาจริย์ ศรีมยุรา, 2564 , พรทิพย์แก้วสว่าง, 2564) การประยุกต์ใช้แนวคิด “สพบ. โมเดล” ในการประเมินภาวะสุขภาพในระดับปฐมภูมิในการคัดกรองและดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยปิงปองจรรยาจร 7 สี ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 11 คำถาม (11Q) ทำให้สามารถจำแนกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มสีต่าง ๆ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ในระบบปฐมภูมิสามารถวางแผนการดูแล วินิจฉัยและส่งต่อได้อย่างเหมาะสมตามระดับความรุนแรง ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 11Q มีความแตกต่างจากแบบประเมินมาตรฐานอื่น เช่น 9Q หรือ 8Q ในหลายมิติที่สำคัญ คือ 1) การดัดแปลงและบูรณาการข้อคำถามแบบประเมิน 11Q ไม่ได้ถูกสร้างขึ้นใหม่ทั้งหมดแต่เป็นเครื่องมือที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2567) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทการทำงานในระบบปฐมภูมิของประเทศไทยมากขึ้น โดยมีโครงสร้างของช่วงเวลาที่ใช้ประเมินซึ่งความโดดเด่นของ 11Q คือการแบ่งข้อคำถามตามช่วงเวลาที่แตกต่างกัน 2 ระยะเพื่อประเมินทั้งอาการและพฤติกรรมเสี่ยง โดยประเมินอาการ 8 ข้อ โดยถามถึงความถี่ของอาการซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง 3 ข้อ ถามถึงความถี่ของพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การคิดหรือพยายามทำร้ายตนเอง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 2) การจัดกลุ่มผลลัพธ์ด้วย "ปิงปองจรรยาจร 7 สี": ในขณะที่แบบประเมินอื่นมักสรุปผลเป็นระดับคะแนนความรุนแรง เช่น น้อย ปานกลาง มาก แต่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 11Q จะเชื่อมโยงผลคะแนนเข้ากับแนวคิดปิงปอง 7 สี (สถาบันพระบรมราชชนก, 2566) ซึ่งช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขเห็นภาพระดับความเสี่ยงที่ชัดเจนและจำง่าย เช่น กลุ่มสีเหลืองเสี่ยงต่อการเป็นโรค (คะแนน 13-18 และไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย) กลุ่มสีส้มเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย (คะแนน 19-22) กลุ่มสีแดง/สีดำ: เสี่ยงสูงมาก มีแผนหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ต้องช่วยเหลือเร่งด่วน ดังนั้นแบบประเมิน 11Q ถูกออกแบบมาภายใต้แนวคิดการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชน เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพจิตได้ทัน่วงที่ ง่ายต่อการติดตามดูแลในระดับปฐมภูมิ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บ้านหัวคลองแหลม อ.หัวไทร จ.นครศรีธรรมราช

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 277 ราย (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช , 2567)

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 (Faul Erdfelder, Buchner & Lang, 2009) โดยเลือก Test family เป็น Exact, Statistical test เป็น Correlation: Bivariate normal model กำหนดค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large Effect Size Index) เท่ากับ 0.3 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ Power เท่ากับ 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 84 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วม สบข โมเดลทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน ได้อย่างเข้าใจ
3. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการทางกายหรือทางจิตใจระดับรุนแรงในระดับที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติการสูญเสียของครอบครัวในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และประวัติบาดเจ็บทางศีรษะ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และได้พัฒนาแบบสอบถามขึ้นได้ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย โรคร่วมทางกาย ระยะเวลาเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา และการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 11 คำถาม (11Q) (สถาบันพระบรมราชชนก, 2567) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 11 ข้อ ซึ่ง โดยใช้คะแนนตามอาการหรือพฤติกรรมที่ปรากฏซึ่งจะมีข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 11 ข้อ บอกความถี่ของอาการภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 8 ข้อ และบอกความถี่ของพฤติกรรมเสี่ยงภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 3 ข้อ รวมคะแนนในแต่ละข้อคำถามและจัดกลุ่มตามสี่ ให้คะแนนและการประเมินผล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 11 คำถาม (11Q) โดยการให้คะแนนจะให้ตามความรุนแรง หรือความถี่ของอาการซึมเศร้า มี 4 ระดับ ได้แก่ “ไม่มีเลย” ให้ 0 คะแนน “เป็นบางวัน” (1-7 วัน) ให้ 1 คะแนน “เป็นบ่อย” (มากกว่า 7 วัน) ให้ 2 คะแนน และ “เป็นทุกวัน” ให้ 3 คะแนน

การแปลผล

กลุ่มสีเขียว เป็นกลุ่มที่มีคะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง เป็นกลุ่มปกติ ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

กลุ่มสีเหลืองอ่อน เป็นกลุ่มที่ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 7 - 12 คะแนน หมายถึง เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่เกิดการเจ็บป่วย

กลุ่มสีเหลืองเข้ม เป็นกลุ่มที่ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 7 - 12 คะแนน แต่มีประวัติการรับการรักษาด้วยอาการซึมเศร้า

กลุ่มสีเหลือง เป็นกลุ่มที่ได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13 - 18 คะแนน และเมื่อสอบถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายจะไม่มีความคิดดังกล่าว

กลุ่มสีส้ม เป็นกลุ่มที่ได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 19 - 22 คะแนน และพบว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย

กลุ่มสีแดง เป็นกลุ่มที่ได้คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 23 - 30 คะแนน และพบว่ามีแผนการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง

กลุ่มสีดำ เป็นกลุ่มที่ได้คะแนนรวมมากกว่า 30 คะแนนและพบว่ามีความถี่ของการฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่สำเร็จ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach, 1951) โดยมีค่า 0.88

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 11 คำถาม (11Q) ซึ่งได้รับการทดสอบพบว่า คะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 11Q มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคะแนนแบบประเมินอาการซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .89, p < .01$) และคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 11Q ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคะแนนแบบประเมิน CES-D อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .79, p < .01$) (ศุภกรใจ เจริญศุภกร, 2568) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach, 1951) โดยมีค่า 0.8

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผู้ศึกษาทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอหัวข้อโครงร่างต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขยะลา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล เอกสารรับรองเลขที่ SCPHYLIBR -2567/395 โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวโดยไม่กระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือแล้ว จึงลงนามในเอกสารยินยอมและดำเนินการตามขั้นตอนการศึกษาต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจากวิทยาลัยการสาธารณสุขยะลา ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

2. ระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยโดยละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการรักษาความลับและประโยชน์ที่จะได้รับก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการปฏิเสธหรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยในรายงานการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคลและถูกทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับวิจัย และสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบและเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยจึงให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวเองตอบคำถามด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง เข้าสู่ขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีการตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบของตารางและการบรรยาย

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดย

2.1 ค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ กับภาวะซีมีเคร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เนื่องจากข้อมูลอายุมีการแจกแจงแบบปกติ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติการสูญเสียของครอบครัวในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และประวัติการบาดเจ็บทางศีรษะ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน วิธีในการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา การออกกำลังกาย โรคร่วมทางกาย ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน และค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) กับภาวะซีมีเคร้า จะวิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบของ Fisher's เนื่องจากข้อมูลมีค่าความถี่น้อยกว่า 5 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 ราย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า เป็น เพศชายร้อยละ 32.10 เพศหญิงร้อยละ 67.90 มีกลุ่มอายุ 45-59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.80 รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.20 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 81.00 นับถือศาสนาพุทธทุกคน การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.10 ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.10 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 63.10 โดยแหล่งรายได้มาจากการหารายได้เอง ร้อยละ 54.80 ซึ่งพบว่า ไม่เพียงพอค่าใช้จ่ายร้อยละ 50.00 สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวน 3-4 คน ร้อยละ 53.60 และมีลักษณะการอยู่อาศัยร่วมกับคู่สมรส/บุตรหลาน ร้อยละ 85.70

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับภาวะซีมีเคร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของภาวะซีมีเคร้า ร้อยละ 26.19 โดยพบว่า เป็นกลุ่มสีเขียว ร้อยละ 22.62 กลุ่มสีเหลือง ร้อยละ 2.38 และกลุ่มสีส้ม ร้อยละ 1.19 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน จำแนกตามแบบประเมินภาวะซิมเศร้าด้วย 11 คำถาม (11Q)
(n=84)

| | ระดับคะแนน | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|------------------|---|------------|--------|
| กลุ่มสีเขียว | <7 คะแนน ไม่มีอาการของภาวะซิมเศร้า | 62 | 73.80 |
| กลุ่มสีเขียวอ่อน | 7-12 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซิมเศร้า แต่ยังไม่เกิดการเจ็บป่วย | 19 | 22.62 |
| กลุ่มสีเหลือง | 13-18 คะแนน มีอาการของภาวะซิมเศร้า ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย | 2 | 2.38 |
| กลุ่มสีแดง | 19-22 คะแนน มีอาการของโรคซิมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย | 1 | 1.19 |

*ไม่พบผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวเข้ม กลุ่มสีแดง และกลุ่มสีดำ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซิมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงภาวะซิมเศร้า ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย ประวัติการสูญเสียของครอบครัวในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และประวัติบาดเจ็บทางศีรษะ ไม่มีความมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงภาวะซิมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในส่วนของอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ก็พบว่า ไม่มีความมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงภาวะซิมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงภาวะซิมเศร้า พบว่า ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 ($F=12.484$) ซึ่งโดยผู้ที่ป่วยเป็นเบาหวานนานกว่า 10 ปี มีระดับภาวะซิมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีระยะเวลาการป่วยน้อยกว่า 10 ปี โรคร่วมทางกาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($F=56.129$) ซึ่งโรคทางสมองและหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .009 ($F=12.098$) โดยผู้ที่มีประวัติเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในกลุ่มนี้มีระดับภาวะซิมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช่โรคดังกล่าว และในส่วนของ ระดับ HbA1c (น้ำตาลสะสมในเลือด) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าผู้ที่มีค่าระดับ HbA1c สูงกว่า 7% ซึ่งบ่งชี้ถึงการควบคุมเบาหวานที่ไม่เหมาะสม มีแนวโน้มมีภาวะซิมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับ HbA1c ต่ำกว่า 7% อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .019 ($F=7.486$) โดยพบว่า กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีมีแนวโน้มอยู่ในระดับความเสี่ยงสีเหลืองและส้มมากกว่า ในทางตรงกันข้าม ดัชนีมวลกาย ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา และการออกกำลังกายไม่พบว่ามีสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความเสี่ยงภาวะซิมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเสียหายภาวะซึมเศร้าโดยใช้แนวคิด สบช.โมเดล ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=22)

| ปัจจัย | ภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ) | | | | F | p-value |
|------------------------|-----------------------------|------------|----------|----------|--------|---------|
| | ทั้งหมด | สีเขียว | สีเหลือง | สีแดง | | |
| จำนวน | 22 (26.19) | 19 (22.62) | 2 (2.38) | 1 (1.19) | | |
| เพศ | | | | | 3.576 | .304 |
| ชาย | 9 (10.71) | 9 (10.71) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| หญิง | 13 (15.48) | 10 (11.90) | 2 (2.38) | 1 (1.19) | | |
| สถานภาพ | | | | | 11.651 | .655 |
| สมรส | 19 (22.62) | 17 (20.24) | 1 (1.19) | 1 (1.19) | | |
| หม้าย | 3 (3.57) | 2 (2.38) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | | |
| การศึกษา | | | | | 7.654 | .692 |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 4 (4.76) | 3 (3.57) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | | |
| ประถมศึกษา | 15 (17.86) | 13 (15.48) | 1 (1.19) | 1 (1.19) | | |
| มัธยมศึกษา | 2 (2.38) | 2 (2.38) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| ปริญญาตรี | 1 (1.19) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| อาชีพ | | | | | 14.095 | .380 |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 10 (11.90) | 9 (10.71) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | | |
| ข้าราชการ/พนักงานบำนาญ | 1 (1.19) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| รับจ้าง | 3 (3.57) | 3 (3.57) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว | 3 (3.57) | 2 (2.38) | 0 (0.00) | 1 (1.19) | | |
| เกษตรกร | 5 (5.95) | 4 (4.76) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | | |
| รายได้ต่อเดือน | | | | | 12.793 | .193 |
| ไม่เกิน 5,000 บาท | 17 (20.24) | 15 (17.86) | 1 (1.19) | 1 (1.19) | | |
| 5,000 - 10,000 บาท | 3 (3.57) | 3 (3.57) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| 15,000 บาทขึ้นไป | 2 (2.38) | 1 (1.19) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | | |
| แหล่งรายได้ | | | | | | |
| หารายได้เอง | 9 (10.71) | 7 (8.33) | 1 (1.19) | 1 (1.19) | 3.742 | .185 |
| บุตรหลาน/คู่สมรส | 8 (9.52) | 8 (9.52) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 1.686 | .714 |
| รับการช่วยเหลือจากรัฐ | 2 (2.38) | 2 (2.38) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | 3.110 | .433 |
| เงินบำนาญ | 1 (1.19) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 7.229 | .275 |
| ไม่มีรายได้ | 2 (2.38) | 2 (2.38) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 5.364 | .242 |

| ปัจจัย | ภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ) | | | | F | p-value |
|--|-----------------------------|------------|-----------|----------|--------|---------|
| | ทั้งหมด | สีเขียว | สีเหลือง | สีส้ม | | |
| ความเพียงพอของรายได้ | | | | | 2.662 | .563 |
| ไม่เพียงพอค่าใช้จ่าย | 13 (15.48) | 10 (11.90) | 2 (2.38) | 1 (1.19) | | |
| เพียงพอค่าใช้จ่าย | 9 (10.71) | 0 (0.00) | 9 (10.71) | 0 (0.00) | | |
| จำนวนสมาชิกในครอบครัว | | | | | 5.944 | .377 |
| 1-2 คน | 9 (10.71) | 7 (8.33) | 2 (2.38) | 0 (0.00) | | |
| 3-4 คน | 10 (11.90) | 9 (10.71) | 0 (0.00) | 1 (1.19) | | |
| 5 คนขึ้นไป | 3 (3.57) | 3 (3.57) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| การอยู่อาศัย | | | | | 6.580 | .480 |
| อยู่คนเดียว | 2 (2.38) | 1 (1.19) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | | |
| อยู่กับญาติ | 1 (1.19) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| อยู่กับคู่สมรส/บุตรหลาน | 19 (22.62) | 17 (20.24) | 1 (1.19) | 1 (1.19) | | |
| ประวัติการได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ | | | | | 7.229 | .275 |
| ไม่เคยได้รับบาดเจ็บ | 21 (25.00) | 18 (21.43) | 2 (2.38) | 1 (1.19) | | |
| เคยแต่ไม่หมดสติ | 1 (1.19) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) | | | | | 8.876 | .414 |
| น้อยกว่า 18.5 Kg/m ² | 2 (2.38) | 2 (2.38) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| 18.5-24.5 Kg/m ² | 6 (7.14) | 6 (7.14) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| 25.0-29.9 Kg/m ² | 8 (9.52) | 7 (8.33) | 0 (0.00) | 1 (1.19) | | |
| 30.00 Kg/m ² ขึ้นไป | 6 (7.14) | 4 (4.76) | 2 (2.38) | 0 (0.00) | | |
| ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน | | | | | 12.484 | .002* |
| น้อยกว่า 10 ปี | 11 (13.10) | 10 (11.90) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | | |
| มากกว่า 10 ปี | 11 (13.10) | 9 (10.71) | 1 (1.19) | 1 (1.19) | | |
| ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน | | | | | 2.993 | .413 |
| ไม่มี | 16 (19.05) | 14 (16.67) | 2 (2.38) | 0 (0.00) | | |
| มี | 6 (7.14) | 5 (5.95) | 0 (0.00) | 1 (1.19) | | |
| วิธีการรักษาโรคเบาหวาน | | | | | | |
| ไม่ใช้ยา | 1 (1.19) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 2.002 | .624 |
| ใช้ยารับประทาน | 21 (25.00) | 18 (21.43) | 2 (2.38) | 1 (1.19) | 1.643 | .761 |
| ใช้ยาฉีด | 1 (1.19) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 3.059 | 1.00 |

| ปัจจัย | ภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ) | | | | F | p-value |
|--|-----------------------------|------------|----------|----------|--------|---------|
| | ทั้งหมด | สีเขียว | สีเหลือง | สีส้ม | | |
| การสูบบุหรี่ | | | | | 15.947 | .536 |
| ไม่เคยสูบบุหรี่เลย | 14 (16.67) | 11 (13.10) | 2 (2.38) | 1 (1.19) | | |
| เลิกสูบบุหรี่แล้ว | 6 (7.14) | 6 (7.14) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| สูบบุหรี่เป็นประจำ | 1 (1.19) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| การดื่มสุรา | | | | | 5.623 | .521 |
| ไม่เคยดื่มเลย | 15 (17.86) | 12 (14.29) | 2 (2.38) | 1 (1.19) | | |
| ดื่มบางครั้ง | 1 (1.19) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| เลิกดื่มแล้ว | 6 (7.14) | 6 (7.14) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| การออกกำลังกาย | | | | | 4.389 | .742 |
| ไม่ออกกำลังกาย | 8 (9.52) | 7 (8.33) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | | |
| บางวัน | 13 (15.48) | 11 (13.10) | 1 (1.19) | 1 (1.19) | | |
| เป็นประจำ | 1 (1.19) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| โรคร่วมทางกาย | | | | | 56.129 | .000* |
| ไม่มี | 5 (5.95) | 5 (5.95) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| มี | 17 (20.24) | 14 (16.67) | 2 (2.38) | 1 (1.19) | | |
| โรคหัวใจ | 3 (3.57) | 3 (3.57) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 1.273 | .801 |
| โรคความดันโลหิตสูง | 13 (15.48) | 12 (14.29) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | 3.031 | .393 |
| โรคทางสมองและหลอดเลือด | 3 (3.57) | 2 (2.38) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | 12.098 | .009* |
| สมอง | | | | | | |
| โรคความผิดปกติของต่อม | 1 (1.19) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 7.229 | .275 |
| ไทรอยด์ | | | | | | |
| โรคแพ้ภูมิตัวเอง | 1 (1.19) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 7.229 | .275 |
| ระดับความดันโลหิต | | | | | 3.711 | .226 |
| ปกติ | 10 (11.90) | 8 (9.52) | 1 (1.19) | 1 (1.19) | | |
| ผิดปกติ | 12 (14.29) | 11 (13.10) | 1 (1.19) | 0 (0.00) | | |
| ระดับน้ำตาลในเลือด(DTX) | | | | | 2.411 | .509 |
| <130 mg% | 14 (16.67) | 12 (14.29) | 2 (2.38) | 0 (0.00) | | |
| >130 mg% | 8 (9.52) | 7 (8.33) | 0 (0.00) | 1 (1.19) | | |
| ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา (HbA1c) | | | | | 7.486 | .019* |
| <7 mg% | 7 (8.33) | 7 (8.33) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | | |
| >7 mg% | 15 (17.86) | 12 (14.29) | 2 (2.38) | 1 (1.19) | | |

*p<0.05

อภิปรายผลวิจัย

ผู้วิจัยควรอภิปรายให้ครอบคลุมทุกวัตถุประสงค์

1. ภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี บ้านหัวคลองแหลม อ.หัวไทร จ.นครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีความชุกของภาวะซีมเศร้า ร้อยละ 26.19 โดยจำแนกเป็นกลุ่มสี่เขียว ร้อยละ 22.62 กลุ่มสี่เหลือง ร้อยละ 2.38 และกลุ่มสี่ส้ม ร้อยละ 1.19 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนหนึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาภาวะซีมเศร้าในระดับต่าง ๆ ซึ่งควรได้รับการคัดกรองและดูแลอย่างเหมาะสม

ทั้งนี้ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของระบบต่อมไร้ท่ออย่างต่อเนื่อง ภาวะความเครียดจากโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อกลไกการทำงานของแกนไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัล (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis: HPA axis) โดยสมองส่วนไฮโปทาลามัสหลั่ง corticotropin-releasing hormone (CRH) ไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้หลั่ง adrenocorticotrophic hormone (ACTH) ซึ่งไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนนอกให้หลั่ง cortisol เพิ่มขึ้นในกระแสเลือด การเพิ่มขึ้นของ cortisol ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท โดยเฉพาะ norepinephrine และ serotonin ที่ลดลง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ การเกิดภาวะซีมเศร้า (Wang, Zhou, Dai, & Li, 2021) นอกจากนี้ ระดับ cortisol ที่สูงอย่างต่อเนื่องยังนำไปสู่ภาวะความเครียดสะสมของร่างกาย ส่งผลให้มีการหลั่งฮอร์โมนที่ยับยั้งการทำงานของอินซูลินและกระตุ้นการหลั่งกลูคากอน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และส่งผลต่อประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ดวงฤทัย ไพรบึง, 2563) ภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดดวงจรที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางกายและทางจิตใจ ผู้ป่วยอาจแสดงอาการทางจิตใจหลายรูปแบบ เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หมดกำลังใจ รู้สึกไร้คุณค่า มีอาการซีมเศร้า และในบางรายอาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายในที่สุด

ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงซ้อนระหว่างโรคเบาหวานกับภาวะซีมเศร้า ทั้งในมิติทางชีวภาพและจิตสังคม ซึ่งชี้ให้เห็นความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ควบคู่ไปกับการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะซีมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี บ้านหัวคลองแหลม อ.หัวไทร จ.นครศรีธรรมราช

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินี บ้านหัวคลองแหลม อ.หัวไทร จ.นครศรีธรรมราช มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคร่วมทางกาย และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา (HbA1c)

ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 13.527$) สะท้อนให้เห็นว่าความแตกต่างของระยะเวลาการดำเนินโรคส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่มีระยะเวลาป่วยยาวนานมีแนวโน้มเกิดภาวะซีมเศร้ามากกว่าผู้ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย ในเชิงกลไกโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

การรับประทานยา และการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานอาจก่อให้เกิด “ภาระของโรค” (illness burden) สะสม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยอาจเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น โรคไต เบาหวานขึ้นตา หรือโรคหลอดเลือด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม ความสูญเสียเหล่านี้นี้อาจนำไปสู่ความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดกำลังใจ อันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การเผชิญกับโรคเรื้อรังในระยะยาว หากผู้ป่วยมีทรัพยากรในการปรับตัวไม่เพียงพอ เช่น ขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาดความรู้หรือทักษะในการดูแลตนเอง อาจทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังและพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ กลไกทางชีวภาพจากความเครียดสะสมยังส่งผลต่อการทำงานของแกน HPA axis และการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า และเมื่อพิจารณาร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุและเพศอาจมีบทบาทสำคัญ ผู้ป่วยที่มีอายุมากและมีระยะเวลาป่วยยาวนานมักเผชิญกับการเสื่อมถอยทางร่างกายร่วมกับโรคร่วมอื่น ๆ ทำให้ภาระในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ขณะที่เพศหญิงอาจมีความเปราะบางทางอารมณ์และมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายตามลักษณะทางชีวภาพและสังคมวัฒนธรรม นอกจากนี้ สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ยังอาจมีส่วนกำหนดระดับการสนับสนุนทางสังคมและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับตัวต่อโรคในระยะยาว ดังนั้น ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานจึงมิได้ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าเพียงลำพัง แต่เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาระของโรคเรื้อรัง กลไกทางชีวภาพจากความเครียดสะสม ความสามารถในการปรับตัว และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งล้วนส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างซับซ้อนและต่อเนื่อง

โรคร่วมทางกายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($F = 56.065$) และเมื่อพิจารณาเฉพาะโรคทางสมองและหลอดเลือดสมอง พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .015 ($F = 8.152$) สะท้อนให้เห็นว่าการมีโรคร่วม โดยเฉพาะโรคที่ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทและการทำงานของสมอง มีบทบาทสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งโรคร่วมทางกายที่พบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดสมอง โรคเหล่านี้ล้วนเป็นภาวะเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบของร่างกาย (chronic inflammation) ความผิดปกติของระบบหลอดเลือด และความเสื่อมของอวัยวะสำคัญ ซึ่งอาจส่งผลการไหลเวียนเลือดไปยังสมองและการทำงานของสารสื่อประสาท เช่น serotonin และ norepinephrine อันมีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ นอกจากนี้ ในกรณีของโรคหลอดเลือดสมอง อาจเกิดพยาธิสภาพโดยตรงต่อบริเวณสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเชิงชีวภาพ และในมิติด้านจิตสังคม การมีโรคร่วมหลายโรคก่อให้เกิด “ภาระโรคร่วม” (comorbidity burden) ที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างเคร่งครัด รับประทานยาหลายชนิด เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และอาจมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวหรือการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะดังกล่าวอาจทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย บทบาททางสังคม ความสามารถในการทำงานลดลง และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งอาจรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว นำไปสู่ความรู้สึกไร้คุณค่าและพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อพิจารณาร่วมกับลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น เพศหญิง หรือผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ปัจจัยเหล่านี้อาจยิ่งเสริมให้ผลกระทบของโรคร่วมรุนแรงขึ้น กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรคอาจมีสมรรถภาพทางกายลดลงและมีโรคร่วมซับซ้อน ขณะที่เพศหญิงมีแนวโน้มรายงานอาการทางอารมณ์ได้มากกว่าเพศชาย และผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจ

ต่ำอาจเข้าถึงทรัพยากรด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมได้จำกัด ส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวต่อโรคเรื้อรังลดลง ดังนั้น การมีโรคร่วมทางกาย โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคทางสมองและหลอดเลือดสมอง จึงส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าทั้งในเชิงชีวภาพและจิตสังคม โดยมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยอย่างซับซ้อน การดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงควรให้ความสำคัญกับการประเมินโรคร่วมควบคู่กับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เพื่อการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา (HbA1c) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .010 ($F = 9.242$) สะท้อนให้เห็นว่าความแตกต่างของระดับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1c สูงมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ซึ่งระดับ HbA1c เป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาว ซึ่งได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและน้ำตาลในปริมาณสูง การไม่ควบคุมสัดส่วนอาหาร การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ตลอดจนภาวะความเครียดเรื้อรัง พฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง และสะท้อนออกมาในรูปของค่า HbA1c ที่เพิ่มขึ้น ในมิติของสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงพฤติกรรมกับการควบคุมโรคเบาหวาน กล่าวคือ ผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามักมีแรงจูงใจลดลง ขาดพลังใจในการดูแลตนเอง มีความเหนื่อยล้า รู้สึกสิ้นหวัง หรือขาดความตระหนักในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ส่งผลให้การปฏิบัติตามแผนการรักษาลดลง นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่มีประสิทธิภาพและค่า HbA1c สูงขึ้น ขณะเดียวกัน ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองและกระตุ้นกระบวนการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ความแตกต่างของระดับ HbA1c จึงไม่ได้เป็นเพียงตัวบ่งชี้ทางชีวเคมีของการควบคุมโรคเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะทางอารมณ์ และกระบวนการทางชีวภาพที่เชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน เกิดเป็นวงจรปฏิสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ดีและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อกันและกันอย่างต่อเนื่อง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพสามารถนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าไปพัฒนาแนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยบูรณาการกับคลินิกเบาหวาน เพื่อตรวจพบปัญหาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกายและผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพอ
2. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการจัดทำหรือพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงไปยังคลินิกสุขภาพจิต พร้อมทั้งกำหนดแนวทางติดตามประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง
3. สามารถนำข้อมูลเชิงประจักษ์จากงานวิจัยไปใช้กำหนดนโยบายการบูรณาการการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตในคลินิกโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปทำการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อลดปัญหาภาวะซิมเศร้า

2. ศึกษาโมเดลการทำนายการเกิดภาวะซิมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีรูปแบบการศึกษาแบบไปข้างหน้าหรือการติดตามประเมินผู้ป่วยเบาหวานในระยะยาว ควบคู่ไปกับการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยที่มีภาวะซิมเศร้า สภาพครอบครัวและชุมชนที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซิมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2567). *แบบประเมินซิมเศร้าและฆ่าตัวตาย (รวมแบบประเมิน 2q 9q และ 8q)*.

<https://dmh.go.th/test/download/view.asp?id=22>.

กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *กรมควบคุมโรคตรวจเฝ้าระวังโรคเบาหวานโลก 2568*.

https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=56850&deptcode=brc&news_views=184

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ข้อมูลสถิติการตาย/ป่วยโรคไม่ติดต่อ*.

<https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>

กุลธิดา ดวงเนตร. (2564). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซิมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในหน่วยงานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 36(1), 13–24.

<https://he02.tcithaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/250192>

ชนิดาวดี สายืน และคณะ. (2563). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 23(3), 67-76.

ดวงฤทัย ไพโรบิ่ง. (2563). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน : กรณีศึกษา.

วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36(2), 286-298.

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2567). *อัตราผู้ป่วยของโรคเบาหวานในปีงบประมาณ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2568*.

<https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?>

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2568). *อัตราป่วยของโรคเบาหวานใน*

ปีงบประมาณ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2568. <https://hdc.moph.go.th/nst/public/standard-report-detail/891c209d7617c9ce7871dc69f72f2ea5>.

ศิริพร เสรี และกล้าเผชิญ โชคบำรุง. (2561). ความเสี่ยงโรคซิมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาในโรงพยาบาลเพชรบูรณ์นครราชสีมา. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(3), 119-127.

สถาบันพระบรมราชชนก. (2567). คู่มือการประยุกต์ใช้แนวคิด "สับสนโมเดล" ในการประเมินภาวะสุขภาพในระดับปฐมภูมิ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.

Health Data Center-HDC. (2567). รายงานบนระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HEALTH DATA CENTER SERVICE ประจำปีงบประมาณ 2567. <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/12/%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99-Health-Data-Center-HDC.pdf>

Wang, J., Zhou, D., Dai, Z., & Li, X. (2021). Association Between Systemic Immune-Inflammation Index and Diabetic Depression. *Clinical Interventions in Aging*, 16, 97-105.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย โรคเบาหวานในชุมชน

อุมากร ใจยังยืน, พย.ม.*

อาคม โพธิ์สุวรรณ, ปร.ด.* และ สุภาภรณ์ วรอรุณ, ปร.ด.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 131 คน การศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าการกรองไต(eGFR) ระยะที่ 2-4 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เครื่องมือประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล, พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการรับรู้ปัจจัยร่วมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาของแบบสอบถาม มีค่า CVI เท่ากับ 0.96, 0.93 และ 0.90 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.835, 0.762 และ 0.898 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสหสัมพันธ์และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง($M=2.99$, $SD=0.19$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้การดูแลตนเอง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณพบว่าสมการสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ 47.4% ($Adjusted R^2 = .474$, $p < .001$) โดย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .508$, $p < .001$) ความรู้การดูแลตนเอง ($\beta = .352$, $p < .001$) และการรับรู้ประโยชน์ ($\beta = .160$, $p < .05$) เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษา ควรพัฒนาแนวทางเสริมสมรรถนะแห่งตนควบคู่กับให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลางและเพื่อชะลอการเสื่อมของไตซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง, ชะลอไตเสื่อม, โรคเบาหวาน

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: Akomph@snc.ac.th

(Received: September 29, 2025; Revised: February 28, 2026; Accepted: March 1, 2026)

Factors Influencing Self-Care Behaviors to Delay Chronic Kidney Disease Progression Among Community Dwelling Patients with Diabetes Mellitus

Umakorn Jaiyungyuen, M.N.S.*

Akom Phosuwan, Ph.D.* & Supaporn Voraroon, Ph.D.*

Abstract

This study aimed to evaluate self-care behaviors intended to delay kidney function decline and to identify the psychosocial factors influencing these behaviors among patients with diabetes mellitus. A purposive sample of 131 patients with diabetes mellitus, diagnosed with estimated glomerular filtration rate (eGFR) stages 2–4, was recruited from the Mueang District of Suphan Buri Province, Thailand. Data were collected utilizing four structured questionnaires: demographic profiles, targeted self-care behaviors, self-care knowledge, and perceived influencing factors. The instruments demonstrated robust content validity indices (CVI) of 0.96, 0.93, and 0.90, alongside high reliability coefficients of 0.835, 0.762, and 0.898, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, correlation coefficients, and multiple linear regression.

The findings revealed that overall self-care behaviors among the participants were at a moderate level ($M=2.99$, $SD=0.19$). Significant positive correlations were observed between self-care behaviors and perceived self-efficacy, self-care knowledge, perceived severity, perceived susceptibility, and perceived benefits. The multiple regression analysis indicated that the proposed model accounted for 47.4% of the variance in self-care behaviors (Adjusted $R^2=.474$, $p<.001$). Notably, perceived self-efficacy ($\beta=.508$, $p<.001$), self-care knowledge ($\beta=.352$, $p<.001$), and perceived benefits ($\beta=.160$, $p<.05$) emerged as significant independent predictors.

To effectively delay the progression of diabetic nephropathy, a critical complication of diabetes, clinical interventions should strategically prioritize the enhancement of self-efficacy in tandem with comprehensive health education tailored to patients currently exhibiting moderate self-care behaviors.

Keywords: Self-care, Renal deterioration, Diabetes

*Boromarajonani Collage of Nursing Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
Ministry of Public health

บทนำ

โรคไตเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่เพิ่มขึ้นทั่วโลกและในประเทศไทย คนไทยมีอาการของโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สาเหตุและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดไตเสื่อมและไตวายเรื้อรังพบกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อมได้มากที่สุด(กรมควบคุมโรค, 2565) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสื่อมของไต ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานยาบางชนิดยาแก้ปวดชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์(NSAIDs) ยาชุด ยาหม้อ สารทิงรังสี ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเบาหวาน ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดไตเสื่อม ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีโอกาสให้เกิดการเสื่อมของไตมากกว่าปัจจัยอื่น โรคไตเสื่อมเป็นโรคที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วยโดยตรง ขั้นตอนการรักษาโรคไตก็ยุ่งยากซับซ้อน เช่น การล้างไตทางหน้าท้องผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองต้องมีผู้ดูแลในการช่วยเหลือ การล้างไตทางหลอดเลือดที่ต้องมีการเดินทางไปโรงพยาบาลในทุกสัปดาห์และเสียค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลผู้ป่วย หรือการปลูกถ่ายไต ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคไตเสื่อมไม่ให้เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตที่ยังไม่มีอาการ การชะลอความเสื่อมของไตในกรณีผู้ป่วยด้วยโรคไตระยะ 3 หรือ 4 เป็นการดูแลตนเองไม่ให้เกิดการทำงานของไตทรุดลงอย่างรวดเร็วจนเข้าสู่ไตวายระยะ 5 หรือระยะที่ต้องได้รับการรักษาทดแทนทางไต พฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในการชะลอไตเสื่อมนั้น ประกอบด้วย การควบคุมระดับน้ำตาลให้คงที่ การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเลือกรับประทานอาหารจำกัดการรับประทานเกลือหรืออาหารที่มีรสเค็ม ลดอาหารมันโดยเฉพาะไขมันจากสัตว์ เลี่ยงการใช้ยาบางชนิดที่มีผลต่อการทำงานของไตติดต่อกันเป็นเวลานาน ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะบางชนิด การใช้สมุนไพรที่ส่งผลต่อการทำงานของไต เช่น มะเฟือง, ลูกเนียงดิบ, ปอกะบิด, ป่าช้าเหงา เป็นต้น ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว หรือ 2 ลิตรต่อวัน ควบคุมน้ำหนักให้ได้มาตรฐาน ออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์หยุดสูบบุหรี่ลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ มีเป้าหมายอยู่ที่การควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูงเกินกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน น้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) น้อยกว่า 7.0 การจำกัดปริมาณโปรตีนในอาหาร และการแก้ไขภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โดยมีการควบคุมให้ LDL-c น้อยกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร สำหรับการป้องกันเบื้องต้น และผู้ที่มีความเสี่ยงควร น้อยกว่า 55 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และ Triglyceride น้อยกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังต้องพยายามหลีกเลี่ยงความเครียดและควรต้องมีกิจกรรมเพื่อช่วยผ่อนคลายเป็นต้น

ภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลกลูโคสในร่างกายสูง และไปทำลายหลอดเลือดฝอยในเนื้อไต ปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลงส่งผลให้อัตราการกรองของไตลดลง จากผลการศึกษาปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดภาวะไตวาย ประกอบด้วย อายุ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีความเสี่ยงต่อการโรคไตเรื้อรังอยู่ที่ 7.67 เท่า ป่วยเป็นเบาหวานนานมากกว่า 10 ปี มีความเสี่ยงเป็นโรคไต 2.03 เท่า และถ้าป่วยมากกว่า 20 ปี มีความเสี่ยงเป็นโรคไต 6.2 (แสงอรุณ สือยรรยงศิริ, 2566) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงของภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ระดับน้ำตาลที่ควบคุมไม่ได้ ความดันโลหิตสูงระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การใช้ยาไม่ถูกต้อง การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน และการไม่ออกกำลังกาย จะเห็นได้ว่าการเกิดโรคไตเสื่อมมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ดังนั้น การ

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นเป้าหมายสำคัญการป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโอกาสภาวะไตเสื่อมได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ การศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีแนวคิดว่าการรับรู้แบบแผนสุขภาพที่เหมาะสมใน 6 มิติ คือ การที่ บุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่ส่งผลให้เกิดความพิการและ เสียชีวิตได้ ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการ ดูแลตนเอง การรักษาป้องกัน มีผลดีมากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการปฏิบัติตามคำแนะนำ รวมทั้งการได้รับสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสื่อรูปแบบต่างๆ คำแนะนำจากทีมสุขภาพ และในพฤติกรรมที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ให้บุคคลเกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ โดยการรับรู้ดังกล่าวส่งผลให้บุคคลมีความพยายามในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี โดยจากการศึกษาพบว่า ความเชื่อ ด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้ถึงร้อยละ 50.73 (Darvishi et al.,2025) และการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการดูแลสุขภาพ เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศรสวรรค์ สุวรรณภักดีและอาทิตยา วัจนสินธุ์, 2564) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนำสู่การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลในการดำเนินงานทางด้านการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานในการ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคไตที่จะนำสู่การผลเสียทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จึงควรเริ่มที่การส่งเสริม สุขภาพการป้องกันและการชะลอความเสื่อมของไต รวมทั้งการศึกษาปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อหรือส่งผลให้เกิดความ เสื่อมของไตย่อมเป็นสิ่งสำคัญการให้ความสำคัญต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยลดโอกาสที่จะเกิดความเสื่อมของไตใน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

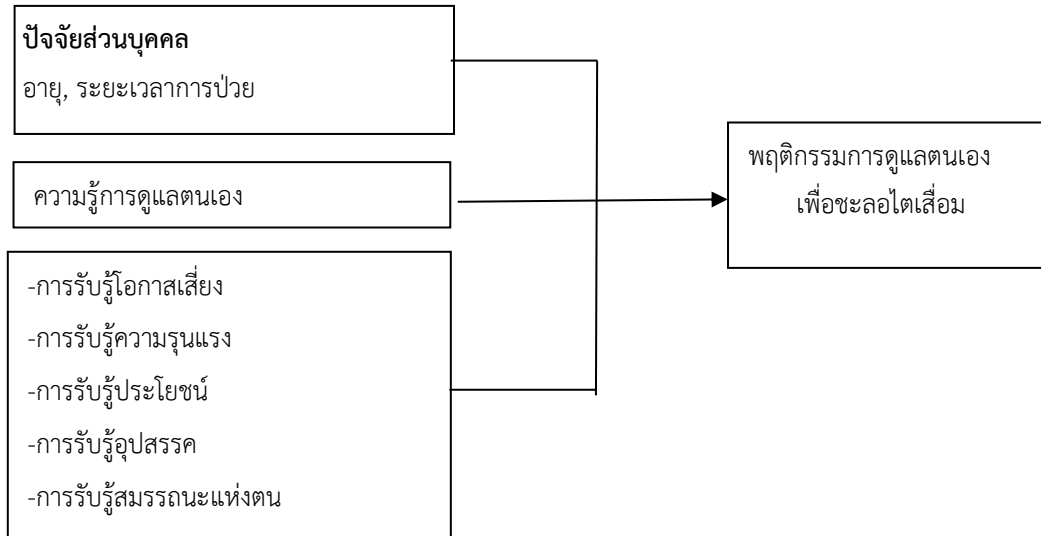
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher และ Becker(1988) แนวคิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง(Perceived Susceptibility) ตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยงซึ่งส่งผลต่อ แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง(Perceived Severity)การตระหนักถึงผลเสียและความร้ายแรงของไต เสื่อม การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) ปัจจัยที่ทำให้การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องยาก ความยุ่งยาก ในการ ปฏิบัติ พฤติกรรม และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค(Perceived Benefits) ความเชื่อว่าการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เช่น ควบคุมอาหาร ใช้อาถูกต้อง ตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ จะช่วยชะลอไตเสื่อมได้ เป็นการเชื่อว่าเป็นการกระทำที่มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรค นอกจากนี้การรับรู้ปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง(Cues to Action) การได้รับข้อมูลใหม่ผ่านสื่อที่มีความ น่าสนใจ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน(perceived self efficacy) เป็นการสนับสนุนให้บุคคลเกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยการรับรู้

ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนำสู่การมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

ประชากรในการศึกษาประกอบด้วย ประชากรในเขตบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และมีผลการตรวจผลเลือดยืนยันว่ามีอัตราการกรองไต (Estimated glomerular filtration rate/eGFR)อยู่ในระยะ 2-4

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณจากโปรแกรม G*power ขนาดอิทธิพลความแตกต่าง (effect size) ขนาดปานกลาง (medium) เท่ากับ 0.15, $\alpha = .05$, power = 0.8 ได้กลุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 103 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนและสูญหายจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จำนวน 131 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 พฤษภาคม 2568

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และมีค่าอัตราการกรองไต (Estimated glomerular filtration rate/eGFR) อยู่ในระยะ 2-4 (eGFR 15-89 มล./นาที/1.73 ตร.ม.)
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และรับรู้วัน เวลาและสถานที่ปกติ
3. ยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และรับรู้วันเวลาและสถานที่ปกติ
2. ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย และค่าอัตราการกรองไตครั้งล่าสุด

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีเนื้อหาทั้งเชิงบวกและเชิงลบ คำตอบให้เลือก 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นนานๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย กำหนดให้ค่าคะแนนสำหรับข้อความเชิงบวกเท่ากับ 4,3,2 และ 1 และข้อความเชิงลบมีค่าคะแนนเท่ากับ 1,2,3 และ 4 การแปลผลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับคือ ระดับดี 3.01-4.00 คะแนน ปานกลาง 2.01-3.00 คะแนน และระดับต่ำ 1.00-2.00 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ไตเสื่อม ประกอบด้วย การรับรู้ความเสี่ยงการเกิดโรคไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อม จำนวน 8 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน โดยมีหลักเกณฑ์คะแนน คำตอบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน มีคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน การแปลระดับคะแนนความรู้ทั้งหมด 4 ระดับคือ ระดับดีมาก 13-15 คะแนน ดี 10-12 คะแนน ระดับพอใช้ 7-9 คะแนน และระดับต่ำ 0-6 คะแนน

ส่วนที่ 4 การรับรู้ปัจจัยร่วมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการป้องกันโรค เป็นมาตราส่วน จำนวน 29 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีเนื้อหาทั้งเชิงบวกและเชิงลบ คำตอบให้เลือก 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กำหนดให้ค่าคะแนนสำหรับข้อความเชิงบวกเท่ากับ 4,3,2 และ 1 และข้อความเชิงลบมีค่าคะแนนเท่ากับ 1,2,3 และ 4 การแปลผล การรับรู้ปัจจัยร่วมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อชะลอไตเสื่อม จากคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ คือ ระดับสูง 3.01-4.00 คะแนน ระดับปานกลาง 2.01-3.00 คะแนน และระดับต่ำ 1.00-2.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา งานวิจัยครั้งนี้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไตเสื่อม และแบบสอบถามการรับรู้ ได้ค่าดัชนีความตรง

ของเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.96, 0.93 และ 0.9 ตามลำดับ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราค (Cronbach's coefficient alpha) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมและแบบสอบถามการรับรู้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และ 0.90 และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder and Richardson) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับไตเสื่อม เท่ากับ 0.76 ค่าอำนาจจำแนกมีค่าระหว่าง 0.31-0.79

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เอกสารรับรองหมายเลข EC005/2567 รับรองตั้งแต่วันที่ 10 มิถุนายน 2567 - 9 มิถุนายน 2568 โดยผู้วิจัยได้อธิบายและชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนต่างๆของการดำเนินการวิจัยขอความร่วมมือของการเข้าร่วมวิจัยและอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม การให้ข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการจะไม่กระทบต่อการรักษา/บริการใดๆที่จะได้รับในอนาคต และผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการปกป้องผลกระทบจากการวิจัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้สึก โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองด้วยความสมัครใจและกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เนเพศหญิง (ร้อยละ 62.6) และเป็นเพศชาย (ร้อยละ 37.4) มีอายุระหว่าง 34-88 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.99 ปี ($SD=9.37$) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 53.4) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 79.4) และประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 38.2) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 25.79 กก./เมตร² ($SD=4.73$) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานระหว่าง 1-30 ปี โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 11.80 ปี ($SD=6.36$) และมีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ระหว่าง 25.97-89.94 มล./นาที่/1.73ตร.ม. ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 69.60 มล./นาที่/1.73ตร.ม. ($SD=16.98$)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกโดยรวมและรายด้าน (n=131)

| พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยเบาหวาน | M | SD | ระดับพฤติกรรม |
|--|------|------|---------------|
| พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยรวม | | | |
| - โภชนาการ | 2.99 | 0.19 | ปานกลาง |
| - กิจกรรมทางกาย | 2.94 | 0.32 | ปานกลาง |
| - การจัดการความเครียด | 2.58 | 0.53 | ปานกลาง |
| - ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ | 2.83 | 0.34 | ปานกลาง |
| | 3.00 | 0.19 | ดี |

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.99$, $SD=0.19$) โดยเมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ($M=3.00$, $SD=0.19$) รองลงมาคือพฤติกรรมด้านโภชนาการ ซึ่งมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ($M=2.94$, $SD=0.32$) และน้อยที่สุดคือพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย ($M=2.58$, $SD=0.53$) โดยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาป่วย ความรู้การดูแลตนเอง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

| | อายุ | ระยะเวลาป่วย | ความรู้ | ความเสี่ยง | ความรุนแรง | ประโยชน์ | อุปสรรค | การรับรู้สมรรถนะแห่งตน |
|------------------------|---------|--------------|---------|------------|------------|----------|----------|------------------------|
| อายุ | 1.00 | | | | | | | |
| ระยะเวลาป่วย | 0.505** | 1.00 | | | | | | |
| ความรู้การดูแลตนเอง | -0.020 | -0.202* | 1.00 | | | | | |
| การรับรู้ความเสี่ยง | -0.150 | -0.122 | 0.454** | 1.00 | | | | |
| การรับรู้ความรุนแรง | -0.087 | -0.166 | 0.580** | 0.763** | 1.00 | | | |
| การรับรู้ประโยชน์ | 0.017 | 0.033 | 0.107 | -0.001 | -0.112 | 1.00 | | |
| การรับรู้อุปสรรค | 0.170 | 0.169 | -0.072 | -0.327** | -0.327** | 0.242** | 1.00 | |
| การรับรู้สมรรถนะแห่งตน | 0.014 | -0.123 | 0.483** | 0.591** | 0.707** | 0.007 | -0.394** | 1.00 |
| พฤติกรรมการดูแลตนเอง | -0.031 | -0.154 | 0.570** | 0.384** | 0.426** | 0.247** | -0.030 | 0.575** |

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 2 พบว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับปานกลางกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r=.575, p<.01$) ความรู้ในการดูแลตนเอง ($r=.570, p<.01$) การรับรู้ ความรุนแรง ($r=.426, p<.01$) การรับรู้ความเสี่ยง ($r=.384, p<.01$) และการรับรู้ประโยชน์ ($r=.247, p<.01$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ในขณะที่ตัวแปร อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการรับรู้อุปสรรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย โรคเบาหวาน

| ตัวแปร | b | SE | Beta | t |
|------------------------|----------|-------|----------|--------|
| อายุ | -0.001 | 0.002 | -0.040 | -0.521 |
| ระยะเวลาเจ็บป่วย | -0.001 | 0.002 | -0.043 | -0.566 |
| ความรู้การดูแลตนเอง | 0.027*** | 0.006 | 0.352*** | 4.230 |
| การรับรู้ความเสี่ยง | 0.017 | 0.039 | 0.044 | 0.430 |
| การรับรู้ความรุนแรง | -0.035 | 0.040 | -0.110 | -0.889 |
| การรับรู้ประโยชน์ | 0.095* | 0.040 | 0.160* | 2.402 |
| การรับรู้อุปสรรค | 0.032 | 0.016 | 0.144 | 1.921 |
| การรับรู้สมรรถนะแห่งตน | 0.235** | 0.044 | 0.508*** | 5.306 |
| Constant | 1.672*** | .194 | | 8.615 |

F(8, 122) = 15.629, $p < .001$
 $R^2 = 0.506$; Adjusted $R^2 = 0.474$; Std. Error = 0.13710; Durbin-Watson = 1.944

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ Multicollinearity: VIF สูงสุด = 3.824; Tolerance ต่ำสุด = .262

จากตารางที่ 3 พบว่าการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (multiple linear regression) ตัวแปรอิสระ ทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์ร่วมกันสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วย โรคเบาหวานได้ร้อยละ 47.4 (Adjusted $R^2=.474$) และสมการพยากรณ์มีความเหมาะสมทางสถิติ $F(8, 122) = 15.629, p<.001$ โดยตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้อย่างมีนัยสำคัญ ประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta=.508, p<.001$), ความรู้การดูแลตนเอง ($\beta=.352, p<.001$) และการรับรู้ประโยชน์ ($\beta =.160, p<.05$)

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.99, SD=0.19$) โดยเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดและมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ($M=3.00, SD=0.19$) รองลงมาคือพฤติกรรมด้านโภชนาการซึ่งมีระดับพฤติกรรมในระดับปานกลาง ($M=2.94, SD=0.32$) และน้อยที่สุดคือพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย โดยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.58, SD=0.53$) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยภาพรวมยังอยู่เพียงในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาคั้งนี้ยังอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.68 ปี ($SD=9.62$) ซึ่งยังเป็นกลุ่มวัยที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมหลายอย่าง เช่น พฤติกรรมด้านโภชนาการ การทำกิจกรรมต่างๆลดน้อยลงจากข้อจำกัดของอายุและการเคลื่อนไหว

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านยังพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการออกกำลังกายมีระดับคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุดเนื่องจากอายุเฉลี่ยที่มากขึ้น ความเสื่อมทางด้านร่างกาย และการมีโรคประจำตัวที่เป็นข้อจำกัดในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษากับการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ศิริวรรณ พายพัตร, น้ำอ้อย ภัคติวงษ์และวาริน บินโฮเซน, 2564) และการศึกษาพฤติกรรมชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่าพฤติกรรมการชะลอความเสื่อมของไตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง(สุชาติดา ภูวิสัย, จริญญา ทรัพย์เรืองและทวิศักดิ์ กลิผล, 2568) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศรสวรรค์ สุวรรณภักดี และอาทิตยา วัจนสินธุ์ (2564) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมร้อยละ 89.3 มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และงานวิจัยเชิงสำรวจของ Takele และคณะ(2021) ซึ่งรายงานผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ว่ามีร้อยละ 53.3 ที่จัดว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง-ต่ำ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นกิจวัตร เช่น การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมด้านร่างกาย การบริหารเท้า (Molalign Takele et al.,2021)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta=.508, p<.001$), ความรู้การดูแลตนเอง ($\beta=.352, p<.001$) และการรับรู้ประโยชน์ ($\beta =.160, p<.05$) ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ร่วมกันสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ร้อยละ 47.4 (Adjusted $R^2=.474, p<.001$) และสมการพยากรณ์มีความเหมาะสมทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.001$) $F(8,122)=15.629$

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด ตามแนวคิดของ Bandura (1997) กล่าวถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นกลไกสำคัญที่จะสนับสนุนให้บุคคลลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากความเชื่อว่าตนเองสามารถทำได้ ปฏิบัติได้ ส่งผลโดยตรงต่อแรงจูงใจ ความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Le Ho Thi et al. (2024) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไต

เรื้อรังยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดูแลตนเอง (ศิริวรรณ พายพัตร และคณะ, 2564) และการศึกษาของจิราพร สุวมัตยา และคณะ (2568) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้การดูแลตนเอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานระหว่าง 1-30 ปี โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 11.81 ปี ($SD=9.62$) และเป็นกลุ่มโรคที่ต้องเน้นการการรักษอย่างต่อเนื่องยาวนาน จึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสได้รับความรู้และคำแนะนำด้านสุขภาพในการปฏิบัติตัวจากบุคลากรด้านสุขภาพ ที่จะสามารถนำความรู้ที่นำไปสู่การปฏิบัติตัวการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่าความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปาริชาติ ขวัญบุญ, เบญญพร บรรณสาร และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2566) และ Horiguchi et al. (2021) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะสิบปีหลังการวินิจฉัยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ประโยชน์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับรู้ถึงประโยชน์ ของการทำพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ จะมีแรงจูงใจมากขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง และลดความเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศจีนที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นปัจจัยทำนายสำคัญของพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Hu et al, 2022) และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการชะลอการสูญเสียหน้าที่ของไตในผู้เป็นเบาหวานพบว่า การรับรู้ประโยชน์ สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วรารัตน์ จันทร์นุ้ม, สมสมัย รัตนกริฑากุล และวรรณรัตน์ ลาวัง, 2564)

ข้อเสนอแนะ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมยังอยู่เพียงระดับปานกลาง จึงควรมีงานวิจัยต่อ ในการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้แบบเฉพาะเจาะจง: วิจัยเชิงทดลองเพื่อออกแบบและประเมินผลโปรแกรมการให้มีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่ทักษะการดูแลตนเองที่เน้นการปฏิบัติจริงเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2565). *ระบาดวิทยาและการควบคุมโรคป้องกันไตเรื้อรัง*. กองโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค.
- จิราพร สุวัฒน์ยา, จาเรีย ศรีเมฆชัย, นิภาภรณ์ อภิสิทธิ์วาสนา, & กุลธิดา พานิชกุล. (2568). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมในชุมชน. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 41(3), 161–171.
- ปาริชาติ ขวัญบุญ, เบญญพร บรรณสาร, & เยาวรัตน์ มัชฌิม. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3. *วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม*, 7(8), 10–20.
- วรารัตน์ จันทร์น่วม, สมสมัย รัตนกริชากุล, และ วรณรัตน์ ลาวัง. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการชะลอการสูญเสียหน้าที่ของไตในผู้เป็นเบาหวานในจังหวัดชลบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(1), 46–55
- ศรสวรรค์ สุวรรณภักดี และอาทิตยา วัจนสินธุ์. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารควบคุมโรค*, 47(ฉบับเพิ่มเติม 1), 117–129. <https://doi.org/10.14456/dcj.2021.58>
- ศิริวรรณ พายพัตร, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และ วารินทร์ บินโฮเซ็น. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรม การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.*, 3(2), 22–36.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2566 (Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023)*. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด. กรุงเทพฯ
- สุชาดา ภูวิสัย, จรียา ทรัพย์เรืองและทวีศักดิ์ กลิลล. (2568). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 11(1), 221–222.
- แสงอรุณ สร้อยรยงศิริ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดไตวายในระยะที่สามในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 38(1).
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman and Company.
- Darvishi, A., Hassani, L., Mohseni, S., & Shahabi, N. (2025). Predicting preventive self-care behaviors among type 2 diabetes based on the health belief model in Bandar Abbas city: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 15, e091420. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-091420>

- Horiguchi, T., Inagaki, M., & Tasaki, K. (2021). The self-care behaviors of adults with type 2 diabetes within 10 years after diagnosis: Relationship between self-care behaviors, knowledge and education. *Journal of Japan Society of Nursing Research*, 44(4), 613–622. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20200827126>
- Hu, Y., Liu, H., Wu, J., & Fang, G. (2022). *Factors influencing self-care behaviors of patients with type 2 diabetes in China based on the health belief model: A cross-sectional study*. *BMJ Open*, 12(8), e044369. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044369>
- Le Ho Thi, Q. A., Nguyen, V. Q. H., Nguyen, M. T., Wens, J., Derese, A., Peersman, W., Vo, N. H. M., Tran, B. T., Nguyen, T. P. A., Tran, T. T. L., & Pype, P. (2024). Exploring the relationships between self-efficacy, self-care, and glycemic control in primary care diabetes management. *SAGE Open Medicine*, 12, 1–13. <https://doi.org/10.1177/20503121241310016>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). *Social learning theory and the health belief model*. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183. DOI: <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Molalign Takele, G., Weharei, M. A., Kidanu, H. T., Gebrekidan, K. G., & Gebregiorgis, B. G. (2021). Diabetes self-care practice and associated factors among type 2 diabetic patients in public hospitals of Tigray regional state, Ethiopia: A multicenter study. *PLOS ONE*, 16(4), e0250462. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250462>



คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
พ.ศ. 2561

.....
คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
พ.ศ. 2561

.....
เพื่อให้การจัดทำวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ
คำแนะนำนี้ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2
คน ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพ สามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีดังต่อไปนี้
 - 1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์
สุขภาพและการศึกษาพยาบาลและสุขภาพ
 - 1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงาน
วิชาการที่ได้นำ เสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ใน
วารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน
 - 1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อย
กว่า 2 คน
 - 1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
 - 1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและ
ส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์
 - 1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใด สถาบัน
หนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. การเตรียมต้นฉบับ บทความวิจัย มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract)

2.3 ชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

2.4 คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

2.5 บทนำ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็น

หลักการวิจัย เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

2.6 วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

2.7 ระเบียบวิธีการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

2.8 ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย หากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง ควรออกแบบตารางให้เหมาะสม และให้นำเสนอข้อมูลใต้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

2.9 อภิปรายผล เป็นการแปลความหมายของผลการวิจัย และอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

2.10 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผล การวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

2.11 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

3. การเตรียมต้นฉบับ บทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว

ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

3.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับ ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

3.6 วิจัยการ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่างๆ มาเพิ่มเติม หรือไม่ได้

3.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.8 เอกสารอ้างอิง

4. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ สำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบ ของ APA 7th รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มี รายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมาย และต่อด้วย อักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดัง ตัวอย่าง

4.1 หนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์) ./ ชื่อเรื่อง./ (พิมพ์ครั้งที่) ./ สำนักพิมพ์.

Author, A. A. (Year)./ *Title of the book*./ (Edition ed.) ./ Publisher.

สุกัญญา รอส. (2561). *วัสดุชีวภาพ*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2563). *พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์

///////มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Schmidt, N. A., & Brown, J. M. (2017). *Evidence-based practice for nurses: Appraisal and*

///////application of research (4th ed.). Jones & Bartlett Learning, LLC.

4.2 วารสาร

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์) ./ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ เลขของปีที่./ (เลขของฉบับที่) ./ เลขหน้า.

วิชัย พานิชย์สวย, สมุน ไวยบุญญา, พัชรพร ศุภกิจ, และรัตนกร หลวงแก้ว. (2562). ผลของการใช้บทเรียน PISA

/////// ที่มีต่อความสามารถด้านทักษะกระบวนการทางคณิตศาสตร์ ของนักเรียนระดับประถมศึกษา.

/////// วารสารการวิจัยพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 12(3), 133-160.

4.3 วิทยานิพนธ์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่) ./ ชื่อวิทยานิพนธ์./ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทหรือปริญญาเอก] บัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์หรือวิทยานิพนธ์

///////ปริญญาโทหรือปริญญาเอกบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์./ ชื่อมหาวิทยาลัย.

Author, A. A. (Year)./ *Title*./ [Unpublished doctoral or master's thesis]./ Name of the Institution

///////awarding the degree.

สรญา แสงเย็นพันธ์. (2559). *การพัฒนารูปแบบการเขียนบรรณานุกรมออนไลน์* [วิทยานิพนธ์ปริญญา

///////มหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร

Stewart, Y. (2000). *Dressing the tarot* [Unpublished master's thesis]. Auckland University of

///////Technology.

4.4 รายงานการประชุม

รายงานการประชุม/การสัมมนา/อภิปราย

ชื่อหน่วยงานที่จัดประชุม./ (ปีพิมพ์). /ชื่อเรื่องการประชุม./ชื่อการประชุม./สถานที่จัดประชุม.

ที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยของรัฐ. (2565). การประชุมสามัญที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

////////มหาวิทยาลัยของรัฐ และมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับ.

////////บัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53 ก. มหาวิทยาลัยนเรศวร

4.5 เว็บไซต์

ชื่อ นามสกุลผู้เขียน./ (วัน/เดือน/ปีที่เผยแพร่). /ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL

Author, A. A./ (Year, Month date). /Title of the work: Subtitle./Website name./URL

สรญา แสงเย็นพันธ์. (18 กันยายน 2561). มาทำความเข้าใจระบบสี CMYK กับ RGB. สำนักพิมพ์

มหาวิทยาลัย////////นเรศวร. <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/cmyk-and-rgb/>

Sparks, D. (2019). Women's wellness: *Lifestyle strategies ease some bladder control problems.*

////////Mayo Clinic. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/womens-wellness-lifestyle-////////strategies-ease-some-bladder-control-problems/>

5. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆถูกต้องตาม พจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

6. การตั้งค่านำกระดาษ ให้ตั้งค่านำกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ TH Sarabun ขนาด 16 และ single space และมี เนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

7. บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องยังไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ซึ่งหากกองบรรณาธิการ วารสารฯ ตรวจสอบว่าบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่ปรากฏใน วารสารอื่นกองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้นิพนธ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีอีก

8. กรณีที่เป็นบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และ สัตว์ (Institutional Review Board: IRB) หรือในคน หรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้องโดยระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ วันอนุมัติ และวัน สิ้นสุด การอนุมัติภายในเนื้อหาส่วนที่เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ หรือแสดงหลักฐานการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลอื่นและแสดง ให้เห็นว่าได้รับการยินยอมจากตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัยและให้แนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB และเอกสารที่ เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของ pdf ไฟล์

9. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้พิมพ์จะได้รับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้พิมพ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท

10. การส่งต้นฉบับ ให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

10.1 ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย มาที่ netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

10.2 เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

10.3 โดยมีค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ 5000 บาท/เรื่อง

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

118 หมู่ 1 ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง

จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 72000

โทรศัพท์ 0-35-535250 ต่อ 5206 , 2105 โทรสาร 0-35-535251

มือถือ 085-5415142 E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

11.การชำระเงิน ชำระโดย

โอนเงินเข้า บัญชีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี



ใบแจ้งการชำระเงิน (รายได้อื่นๆ)
ให้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วันที่/Date.....

(1) Company Code: 707297 เลขที่บัญชี 710-6-03846-6

(2) ชื่อ-นามสกุล :(ผู้ชำระเงิน)

(3) อ้างอิง (Ref 1) :เลขประจำตัวประชาชน.....(ผู้ชำระเงิน)

(4) อ้างอิง (Ref 2) :

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(รหัสศูนย์ต้นทุน) (ประเภทรายได้) (หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ชำระเงิน)

- (5) ประเภทรายได้:
- | | | | |
|----------|---------------------------------|----------|---------------------------------------|
| (1) 0001 | อบรมผู้บริหารระดับต้น (รายได้) | (5) 0005 | ประชุมวิชาการ (รายได้) |
| (2) 0002 | อบรมผู้บริหารระดับกลาง (รายได้) | (6) 0006 | อบรมข้าราชการใหม่ (รายได้) |
| (3) 0003 | เวชพันฟู (รายได้) | (7) 0007 | หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล (รายได้) |
| (4) 0004 | เวชปฏิบัติ (รายได้) | (8) 0008 | คืนเงินยืม (รายได้/เงินอุดหนุนทั่วไป) |
| | | (9) 0009 | รายได้อื่น (รายได้/เงินอุดหนุนทั่วไป) |

| | | |
|---|-----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> เงินสด | ธนาคาร (Bank)/สาขา (Branch) | เลขที่เช็ค (Cheque No.) |
| <input type="checkbox"/> เงินโอน | | |
| <input type="checkbox"/> เช็ค/แคชเชียร์เช็ค | | |
| จำนวนเงิน | ตัวอักษร (Amount in letter) | ตัวเลข (Amount in digit) |
| บาท (Bath) | | |

ผู้ชำระเงิน.....เบอร์โทรศัพท์.....เจ้าหน้าที่ธนาคาร.....



ใบแจ้งการชำระเงิน
ให้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

สำหรับธนาคาร

วันที่/Date.....

(1) Company Code: 707297 เลขที่บัญชี 710-6-03846-6

(2) ชื่อ-นามสกุล :(ผู้ชำระเงิน)

(3) อ้างอิง (Ref 1) :เลขประจำตัวประชาชน.....(ผู้ชำระเงิน)

(4) อ้างอิง (Ref 2) :

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(รหัสศูนย์ต้นทุน) (ประเภทรายได้) (หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ชำระเงิน)

- (5) ประเภทรายได้:
- | | | | |
|----------|---------------------------------|----------|---------------------------------------|
| (1) 0001 | อบรมผู้บริหารระดับต้น (รายได้) | (5) 0005 | ประชุมวิชาการ (รายได้) |
| (2) 0002 | อบรมผู้บริหารระดับกลาง (รายได้) | (6) 0006 | อบรมข้าราชการใหม่ (รายได้) |
| (3) 0003 | เวชพันฟู (รายได้) | (7) 0007 | หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล (รายได้) |
| (4) 0004 | เวชปฏิบัติ (รายได้) | (8) 0008 | คืนเงินยืม (รายได้/เงินอุดหนุนทั่วไป) |
| | | (9) 0009 | รายได้อื่น (รายได้/เงินอุดหนุนทั่วไป) |

| | | |
|---|-----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> เงินสด | ธนาคาร (Bank)/สาขา (Branch) | เลขที่เช็ค (Cheque No.) |
| <input type="checkbox"/> โอน | | |
| <input type="checkbox"/> เช็ค/แคชเชียร์เช็ค | | |
| จำนวนเงิน | ตัวอักษร (Amount in letter) | ตัวเลข (Amount in digit) |
| บาท (Bath) | | |

ผู้ชำระเงิน.....เบอร์โทรศัพท์.....เจ้าหน้าที่ธนาคาร.....

คำอธิบาย

- | | | |
|--|---------|--|
| (1) Company Code | หมายถึง | รหัสหน่วยงานที่ได้รับจากธนาคาร |
| (2) ชื่อผู้เข้ารับการอบรม | หมายถึง | ชื่อผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตรที่ลงทะเบียนอบรม |
| (3) อ้างอิง (Ref 1) | หมายถึง | เลขประจำตัวประชาชนของผู้เข้ารับการอบรม |
| (4) อ้างอิง (Ref 2) | | |
| ช่องที่ 1-3 | หมายถึง | รหัสศูนย์ต้นทุน 3 ตัวสุดท้ายของหน่วยงาน (2101700031) |
| ช่องที่ 4-7 | หมายถึง | ประเภทรายได้ |
| (1) 0001 อบรมผู้บริหารระดับต้น (รายได้) | | (5) 0005 ประชุมวิชาการ (รายได้) |
| (2) 0002 อบรมผู้บริหารระดับกลาง (รายได้) | | (6) 0006 อบรมข้าราชการใหม่ (รายได้) |
| (3) 0003 เวชฟื้นฟู (รายได้) | | (7) 0007 หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล (รายได้) |
| (4) 0004 เวชปฏิบัติ (รายได้) | | (8) 0008 คินเงินยืม(รายได้/เงินอุดหนุนทั่วไป) |
| | | (9) 0009 รายได้อื่น (รายได้/เงินอุดหนุนทั่วไป) |
| ช่องที่ 8-17 | หมายถึง | หมายเลขโทรศัพท์ของผู้เข้ารับการอบรม |
| (5) ประเภทรายได้ | หมายถึง | ประเภทรายได้ตามที่หน่วยงานมีการรับชำระเงิน |

และส่งหลักฐานการโอนเงินมายัง E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th