



โรงพยาบาลขอนแก่น  
Khon Kaen Hospital

# วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการ ระบบสุขภาพโรงพยาบาลขอนแก่น

Journal of Medicine and Health System  
Management KhonKaen Hospital



ปีที่ 3 ฉบับที่ 4 : ตุลาคม - ธันวาคม 2568  
VOL.3 NO.4 : OCTOBER - DECEMBER 2025

ISSN:2822-082X (PRINT)  
ISSN: 2822-0846 (ONLINE)

วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการระบบสุขภาพ  
โรงพยาบาลขอนแก่น

Journal of Medicine and Health System Management

Khon Kaen Hospital

ปีที่ 3 ฉบับที่ 4: ตุลาคม - ธันวาคม 2568

Vol. 3 No.4: October - December 2025

|             |                                                             |
|-------------|-------------------------------------------------------------|
| ชื่อหนังสือ | วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการระบบสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น |
| เจ้าของ     | โรงพยาบาลขอนแก่น                                            |
| ISSN        | 2822-082X (Print) 2822-0846 (Online)                        |
| พิมพ์ที่    | โรงพยาบาลขอนแก่น                                            |
| ปีที่พิมพ์  | พ.ศ. 2568                                                   |

## ทีมบรรณาธิการ

### ที่ปรึกษา

นพ.ธนสิทธิ์ ไพรพงษ์

พว.พินรัฐ จอมเพชร

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลขอนแก่น

### บรรณาธิการ

นพ.กฤษ สาลัง

ดร.ผณีแก้ว คลังคา

นายแพทย์ชำนาญการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

### รองบรรณาธิการ

ดร.กรณย์พิชญ์ โคตรประทุม

ดร.รติอร พรกฤษ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น

### กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.ดารุณี จงอุดมการณ์

รศ.ดร.กล้าเผชญ์ โชคบำรุง

รศ. ดร.อัมพรพรรณ อีรานูตร

ผศ.ดร.วาสนา รวยสูงเนิน

ผศ.ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม

ผศ.ดร.อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์

ดร.สุพัฒนา ศักดิ์ฐานนท์

ดร.ทิพรัตน์ อุดมเมืองเพีย

ดร.รัตนดาวรรณ คลังกลาง

ดร.นิสากร วิบูลย์ชัย

ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

ดร.สุทิน ชนะบุญ

ดร.สุเพียร โมคทิพย์

ผศ.ดร. อิดารัตน์ เลิศวิทยากุล

ดร.พรรณิภา ไชยรัตน์

ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง

ดร.มลิวลัย อังคะนิตย์

ดร.อุบล จ้วงพานิช

ดร.นิภาพร ละครวงค์

ดร.ผณีแก้ว คลังคา

ดร.นิตยา ศรีสุทธิกรม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ จังหวัดขอนแก่น

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ขก.

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.ขก.

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ร้อยเอ็ด

ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยโสธร

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น

ดร.รติอร พรภุณา  
ดร.กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม  
ดร.อุมาภรณ์ สอนปัญญา  
พว.นิศานาถ ชีรพันธ์  
พว.สุภาพรณั์ ตัณฑ์สุระ  
พว.ศิริธานี คำอู  
ดร.รัตนา ทองแจ่ม  
ดร.อรรวรรณ ดวงมังกร  
ดร.เพชรภรณ์ ประสารน้า

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น

### ฝ่ายจัดการ

ดร.กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม  
ดร.รัตนา ทองแจ่ม  
พว.อุไรลักษณ์ พิมพ์ศรี  
นางสาวศรุตตา ใจซื่อ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น  
นักวิชาการการศึกษา

## สารบัญ

### นิพนธ์ต้นฉบับ

- ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับการเสียชีวิต : โครงการศึกษาระบาดวิทยา  
โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย 1-10  
The Association Between Dietary Behaviors and Mortality: The Epidemiologic  
Stroke Study  
*นพวรรณ ดวงหัตถ์, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, พิมพ์ชนก พุ่มขาว  
Nopawan Duanghussadee, Suchat Hanchaiphiboolkul,  
Plmchanok Puthkhao*
- การพัฒนาแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูกด้วยการใช้นาฬิกาสื่อรักด้วย  
นมแม่แม่แยกกัน 11-26  
Development of a Breastfeeding Promotion Model for Mothers Separated  
from Their Babies Using the Breastfeeding Mother-Baby Bond Clock Model  
*พจมาลย์ จันทะวงษ์, นวลจันทร์ ไพบุลย์ บรรณพต, บัณฑิตา ทองบัวบาน  
Potjaman Jantawong, Nuanjun Phaiboonbunpot,  
Bantita Tongbuaban*
- รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงดีสมส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม  
ของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ 27-36  
A model for promoting health in early childhood to have good and proportionate  
height using the process of participation of network partners Si Narong District,  
Surin Province  
*นันท์ณภัทร์ โกสีย์  
Nunnaphat Kosee*
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น 37-46  
Factors Influencing Waste Separation Behavior of Khon Kaen Hospital Personnel  
*รัชกร ประเสริฐเก, ธนพร บึงมม, สงกรานต์ กลั่นด่าง, ประภาวดี เวชพันธ์  
Ratchaporn Praseerakae, Thanaporn Bungmoom  
Songkran Klunduang, Prapawadee Wachapan*
- กรณีศึกษา
- การพยาบาลทารกปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจลำบาก: กรณีศึกษา 47-54  
Nursing care of patients with Chronic viral hepatitis C : 2 cases studies  
*ศิญาภรณ์ สามหาดี  
Siyaporn Samhadthai*

## ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับการเสียชีวิต : โครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

นพวรรณ ดวงหัสดี สบ.ม.\*

สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล พบ.,ว.ว.ประสาทวิทยา\*\*

พิมพ์ชนก พุ่มขาว ปร.ด \*\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการประเมินผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างส่งผลต่อการเสียชีวิตทุกสาเหตุ ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีส่งผลโดยตรงต่อการเกิดโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโลกและประเทศไทย การทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการบริโภคอาหารกับการเสียชีวิต จึงมีความสำคัญต่อการกำหนดแนวทางการกินอาหารที่ดีต่อสุขภาพของคนไทย

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับการเสียชีวิตของคนไทย โดยศึกษาข้อมูลจากโครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

**วิธีการศึกษา :** ดำเนินการศึกษาภายใต้โครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย เป็นการศึกษาชนิดติดตามไปข้างหน้าระยะยาวในชุมชน โดยใช้ข้อมูลในส่วนของ การสำรวจสถานะสุขภาพของอาสาสมัครทั้งหมด ในระหว่างปี พ.ศ. 2547-2549 และการติดตามการเสียชีวิตของอาสาสมัครในรายที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ วันที่เข้ารับการสำรวจสถานะสุขภาพ จำนวน 19,620 คน ตั้งแต่วันที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559 จาก 5 พื้นที่ทั่วประเทศไทย (กรุงเทพมหานคร, ฉะเชิงเทรา, เชียงใหม่, ขอนแก่น และ นครศรีธรรมราช) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่คนไทยบริโภคเป็นประจำ 7 ชนิด ไข่ไก่/ไข่เป็ด กระเทียม ชาเขียว ชาจีน ชุปไก่สด กุ้ง และส้มตำมะละกอ) กับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาในแบบสำรวจสถานะสุขภาพ ด้วย Cox regression

**ผลการศึกษา :** การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวพบว่า การบริโภคไข่ไก่/ไข่เป็ด กระเทียม ชาเขียว ชาจีน และส้มตำมะละกอ มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อปรับตัวแปรร่วม ผลการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร พบว่า ส้มตำมะละกอเป็นอาหารเพียงชนิดเดียวที่สัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ( $HR = 0.83, 95\% CI = 0.76-0.90, p < 0.001$ )

**ข้อเสนอแนะ :** ควรมีศึกษาและส่งเสริมตำรับอาหารไทย ส้มตำมะละกอ ให้เป็นอาหารสุขภาพ นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ในการสร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจด้านโภชนาการ หรือเสนอแนะเป็นข้อปฏิบัติด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับประชากรไทย

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการบริโภค การเสียชีวิต โครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

\* สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

\*\* สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

## The Association Between Dietary Behaviors and Mortality : The Epidemiologic Stroke Study.

Nopawan Duanghussadee M.P.H.\*

Suchat Hanchaiphiboolkul MD.\*\*

Plmchanok Puthkhao Ph.D \*\*

### Abstract

**Introduction :** All-cause mortality is an important indicator for assessing the impact of health risk factors. Several risk factors contribute to all-cause mortality, with unhealthy dietary behaviors directly leading to the development of various diseases. In particular, non-communicable diseases (NCDs) are among the leading causes of death worldwide and in Thailand. Understanding the relationship between dietary patterns and mortality is therefore essential for guiding healthy eating recommendations for the Thai population.

**Objective :** To analyze the association between dietary behaviors and mortality among the Thai population, using data from the Epidemiological Study of Stroke in Thailand.

**Method :** This study was conducted as part of the Thai Stroke Epidemiology Project, a long-term prospective community-based cohort study. Data were derived from the baseline health status survey of participants, conducted between 2004 and 2006. A total of 19,620 individuals who were free of stroke at baseline were followed for mortality outcomes until December 31, 2016, across five regions of Thailand (Bangkok, Chachoengsao, Chiang Mai, Khon Kaen, and Nakhon Si Thammarat). Associations between the habitual consumption of seven dietary items (hen/duck eggs, garlic, green tea, Chinese tea, chicken essence, bananas, and *som tam* [papaya salad]) and all-cause mortality were analyzed using Cox proportional hazards regression models.

**Results :** In univariate analysis, consumption of hen/duck eggs, garlic, green tea, Chinese tea, and *som tam* (papaya salad) was significantly associated with reduced mortality risk. However, in multivariable analysis adjusted for potential confounders, only *som tam* remained significantly associated with reduced all-cause mortality (HR = 0.83, 95% CI: 0.76–0.90,  $p < 0.001$ ).

**Recommendations :** *Som tam* (papaya salad), a traditional Thai dish, was the only dietary item found to significantly reduce the risk of all-cause mortality. Further research and promotion of *som tam* as a health-promoting traditional Thai food are recommended. These findings can inform nutritional knowledge, enhance public understanding of diet and health, and guide culturally appropriate dietary recommendations for the Thai population.

**Keywords:** dietary behaviors, all-cause mortality, The Epidemiologic Stroke Study.

---

\* Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University

\*\* Neurological Institute of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health.



## บทนำ

การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ (all-cause mortality) เป็นข้อมูลที่สำคัญที่ถูกนำมาใช้วิเคราะห์เพื่อค้นหาสาเหตุ หรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของโรคที่ทำให้ประชากรในแต่ละประเทศเสียชีวิต การลดอัตราการเสียชีวิตของประชากร โดยเฉพาะการเสียชีวิตด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ จำเป็นต้องมีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ที่มีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการป้องกัน และเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน และโรคไต ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของประชากรโลกและประเทศไทย<sup>1</sup>

การสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในประชากรไทย พบว่า ประชากรไทยบริโภคโซเดียมและน้ำตาล ในปริมาณที่สูงกว่าระดับที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ และมีการบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่ต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่ควรได้รับในแต่ละวัน<sup>2,3</sup> ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและนำไปสู่การเสียชีวิตของประชากร ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ของประเทศไทย จากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมันอิ่มตัว น้ำตาล และโซเดียมในปริมาณมาก เป็นสาเหตุของโรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งภาวะโภชนาการเกินที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ประชากรไทย และมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>4,5</sup> ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยจำนวนมากที่ยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารกับความเสี่ยงการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการศึกษาของ Etemadi และคณะ<sup>6</sup> พบว่า การบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณมาก มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงในการเสียชีวิต ในขณะที่การบริโภคเนื้อสัตว์แปรรูปและอาหารที่มีไขมันสูงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่สูงขึ้น อีกทั้งการศึกษาของ Schwing Hackl และคณะ<sup>7</sup> พบว่าการรับประทานอาหารที่มีคุณภาพดีตามดัชนี Healthy Eating Index จะช่วยลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ

แนวทางการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพดี หรืออาหารเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วยการบริโภคผักผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี และโปรตีนคุณภาพดีเป็นหลัก และลดการบริโภคอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลสูง (high glycemic index หรือ High GI) ไขมันอิ่มตัวและโซเดียมสูง อย่างไรก็ตาม

ตาม ในอาหารไทยมีวัตถุดิบและเมนูเฉพาะหลายชนิดที่มีทั้งคุณค่าทางโภชนาการและยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไข่ไก่และไข่เป็ดเป็นแหล่งโปรตีนและสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโต แต่มีคอเลสเตอรอลสูง โดยเฉพาะในไข่แดง งานวิจัยขนาดใหญ่ที่ใช้ขนาดตัวอย่างจำนวนมากจากสหรัฐอเมริกา ระบุว่า การบริโภคไข่เฉลี่ยครั้งฟอง ต่อวันสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุสูงขึ้นเล็กน้อย<sup>8</sup> ขณะที่การวิเคราะห์ในกลุ่มประชากรในหลายประเทศ ระบุว่า การบริโภคไข่ในปริมาณปานกลาง ( $\leq 1$  ฟองต่อวัน) อาจไม่เพิ่มความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างชัดเจน<sup>9</sup> แต่มีอาหารบางชนิด เช่น กระเทียม และ ชาเขียวหรือชาจีน มีสารต้านอนุมูลอิสระและสารต้านการอักเสบที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด การศึกษาเชิงระบาดวิทยาในผู้สูงอายุจีนพบว่า การบริโภคกระเทียม  $\geq 5$  ครั้งต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงเสียชีวิตโดยรวม<sup>10</sup> และการศึกษา meta-analysis ที่เกี่ยวกับการดื่มชาเขียว เพื่อให้ได้ข้อสรุป แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต่ำลง<sup>11</sup> นอกจากนี้ การศึกษาเชิงพันธุกรรมแบบ mendelian randomization ระบุความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มชาเขียวและความเสี่ยงโรค หลอดเลือดอุดตันที่ลดลง<sup>12</sup> อาหารอื่น ๆ เช่น ชูบโกสกัด เป็นผลิตภัณฑ์ที่นิยมในประเทศไทยและอีกหลายประเทศของทวีปเอเชีย นำมาใช้สร้างเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย แต่การทดลองในห้องปฏิบัติการพบฤทธิ์ทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับการลดการอักเสบ<sup>13</sup> หลักฐานวิจัยเชิงสาเหตุที่ชัดเจนต่ออัตราการเสียชีวิตยังมีจำกัด และกล้วย เป็นผลไม้ที่หาได้ง่ายและนิยมบริโภค เป็นผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูงและใยอาหารซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยควบคุมความดันโลหิตและลดความเสี่ยงโรคหัวใจ การวิเคราะห์แบบ dose-response พบว่าการบริโภคผลไม้รวมถึงกล้วยสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ<sup>14</sup> ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในต่างประเทศ ทำให้ยังขาดข้อมูลเชิงลึกในบริบทประชากรไทยซึ่งมีความแตกต่างด้านพันธุกรรม วัฒนธรรมอาหาร และวิถีชีวิต การศึกษาความสัมพันธ์ของการบริโภคอาหารที่คนไทยบริโภคเป็นประจำ เช่น ไข่ไก่หรือไข่เป็ด กระเทียม ชาเขียว ชาจีน ชูบโกสกัด กล้วย และส้มตำมะละกอ กับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในกลุ่มคนไทย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ดำเนินการภายใต้โครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย (Thai Epidemiologic Stroke (TES)



Study) ซึ่งเป็นการศึกษานิตติดตามไปข้างหน้าระยะยาว ในชุมชน ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลเฉพาะในส่วนของการสำรวจสถานะสุขภาพของอาสาสมัคร และข้อมูลการติดตามการเสียชีวิตของอาสาสมัครที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ณ วันที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ เพื่อหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมบริโภคอาหารบางชนิดกับการเสียชีวิตของอาสาสมัคร ข้อมูลและความรู้ที่ได้จากศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นข้อเสนอแนะในการเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และเป็นแนวทางปฏิบัติด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับประชากรไทย

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมบริโภคอาหารกับการเสียชีวิตในประชากรไทย

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

##### รูปแบบการวิจัย

ดำเนินการศึกษาภายใต้โครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย<sup>6</sup> ซึ่งเป็นการศึกษาชนิดติดตามไปข้างหน้าระยะยาวในชุมชน (community-based cohort study) โดยใช้ข้อมูลในส่วนของการสำรวจสถานะสุขภาพของอาสาสมัครทั้งหมดในระหว่าง ปี พ.ศ. 2547-2549 และการติดตามการเสียชีวิตของอาสาสมัครในรายที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ วันที่เข้ารับการสำรวจสถานะสุขภาพจำนวน 19,620 คน ตั้งแต่วันที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559

##### ประชากรที่ศึกษา

ประชากรไทย (มีเลขประจำตัวประชาชนไทย) อายุ 45-80 ปี ที่อาศัยอยู่ใน 5 พื้นที่โครงการทั่วประเทศ ภูมิภาคของประเทศไทย คือ เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น และ อำเภอลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 19,620 คน

##### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานทางประชากรและพฤติกรรมบริโภคอาหารของการศึกษานี้ใช้ข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพของโครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ซึ่งได้ดำเนินการสำรวจสถานะสุขภาพของอาสาสมัครทุกรายในระหว่างปี พ.ศ. 2547-2549 โดยผู้ปฏิบัติงานเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเป็นพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่โครงการ และผ่านการอบรมวิธีดำเนินงานมาตรฐานที่ทางโครงการได้กำหนดไว้ รวมทั้งมีการควบคุมคุณภาพของข้อมูลการวิจัยอย่างเคร่งครัด ข้อมูลดังกล่าวประกอบด้วย ระดับ

ความดันโลหิตเฉลี่ย จากการวัด 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 นาที โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ (Omron HEM-907; Omron Healthcare, Republic of Singapore) โดยก่อนดำเนินการวัดจะให้อาสาสมัครนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที ค่าน้ำหนัก โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิทัล (TANITA BWB-800, TANITA corporation, Japan) ค่าส่วนสูง จากการวัดด้วยที่วัดส่วนสูงบรรทัดเหล็กมาตรฐาน โดยเครื่องมือวัดทั้งหมดมีการสอบเทียบความเที่ยงตรงของการวัดอย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดของอาสาสมัครภายหลังการอดอาหารหลังเที่ยงคืนอย่างน้อย 12 ชั่วโมง ซึ่งตรวจวินิจฉัยในห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองจาก The Centers for Disease Control-National Heart, Lung and Blood Institute Lipid Standardization Program, USA และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สถานะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ส่วนบุคคล ภูมิภาคที่อยู่อาศัย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การนอนกรน การมีภาวะความดันโลหิตสูง การป่วยด้วยโรคเบาหวาน การมีภาวะไขมันในเลือดสูง และพฤติกรรมบริโภคอาหารในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 7 ชนิด คือ ไข่ไก่หรือไข่เป็ด กระเทียม ขาเหี่ยว ขาจิ้น ชุปไก่สีกัด กุ้ง และส้มตำมะละกอ

ข้อมูลการติดตามการเสียชีวิตของอาสาสมัคร ซึ่งได้ดำเนินการติดตามตั้งแต่วันที่อาสาสมัครเข้ารับการสำรวจสถานะสุขภาพ จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559 โดยการตรวจสอบสถานการณ์เสียชีวิตด้วยเลขประจำตัวประชาชนกับฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรกระทรวงมหาดไทย

##### การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมบริโภคอาหารกับการเสียชีวิตด้วย Cox regression ทั้งในลักษณะของการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว และการวิเคราะห์หลายตัวแปร ซึ่งนำเข้าสู่ทุกปัจจัยที่มีค่า p-value จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว น้อยกว่า 0.200 เข้าสู่ตัวแบบ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows version 16.0 (IBM, Armonk, NY)

##### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษายกในคน กระทรวงสาธารณสุข (เลขที่ใบรับรอง 94/2547, 25/2558) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา (เลขที่

ใบรับรอง 005/2568) และมีการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวจากอาสาสมัครทุกรายอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

## ผลการศึกษา

### 1. ลักษณะของประชากรตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 พบว่า ประชากรตัวอย่างทั้งหมด 19,620 คน จำแนกเป็นเพศชาย (ร้อยละ 33.7) และเพศหญิง (ร้อยละ 66.3) มีอายุเฉลี่ย 58.9 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรส (ร้อยละ 71.4) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 78.7) ประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน (ร้อยละ 35.4) มีรายได้ส่วนบุคคลต่ำกว่า

2,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 37.1) อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 31.0) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 70.4) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 67.5) นอนกรน (ร้อยละ 27.1) มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.4 มีภาวะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 43.2) ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 16.0) และมีภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 65.7) และมีการรับประทานอาหารในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ ไข่ไก่หรือไข่เป็ด (ร้อยละ 95.1) กระเทียม (ร้อยละ 94.3) ชาเขียว (ร้อยละ 17.5) ชาจีน (ร้อยละ 20.1) ชุปไก่สกัด (ร้อยละ 9.9) กลัวย (ร้อยละ 94.3) และส้มตำมะละกอ (ร้อยละ 79.2)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ลักษณะของประชากรตัวอย่าง (n = 19,620)

| ตัวแปร                                            | ทั้งหมด<br>(n = 19,620) | ชาย<br>(n = 6,607) | หญิง<br>(n = 13,013) |
|---------------------------------------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|
| 1. อายุ (ปี; ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)     | 58.9, 9.0               | 59.8, 9.2          | 58.5, 8.8            |
| 2. สถานภาพสมรส (ร้อยละ)                           |                         |                    |                      |
| โสด                                               | 5.9                     | 2.4                | 7.6                  |
| สมรส                                              | 71.4                    | 88.8               | 62.6                 |
| หม้าย/หย่า                                        | 17.3                    | 6.4                | 22.8                 |
| แยกกันอยู่                                        | 5.4                     | 2.4                | 7.0                  |
| 3. ระดับการศึกษา (ร้อยละ)                         |                         |                    |                      |
| ไม่ได้รับการศึกษา                                 | 2.7                     | 1.1                | 3.5                  |
| ประถมศึกษา                                        | 78.7                    | 75.2               | 80.4                 |
| มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ                   | 11.7                    | 17.2               | 9.0                  |
| ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี                        | 6.9                     | 6.5                | 7.1                  |
| 4. อาชีพ (ร้อยละ)                                 |                         |                    |                      |
| งานวิชาชีพ/อาชีพที่ไม่ใช้แรงงาน                   | 5.4                     | 5.8                | 5.3                  |
| อาชีพที่ต้องใช้แรงงาน                             | 35.4                    | 34.0               | 36.1                 |
| เกษตรกร                                           | 30.7                    | 41.2               | 25.3                 |
| ไม่ได้ทำงาน/ทำงานบ้าน                             | 28.5                    | 19.0               | 33.3                 |
| 5. รายได้ส่วนตัว ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน (ร้อยละ) | 37.1                    | 31.1               | 40.2                 |
| ภูมิภาค (ร้อยละ)                                  |                         |                    |                      |
| กรุงเทพมหานคร                                     | 10.6                    | 7.4                | 12.2                 |
| ภาคกลาง                                           | 24.2                    | 21.5               | 25.5                 |
| ภาคเหนือ                                          | 22.0                    | 25.5               | 20.3                 |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ                             | 31.0                    | 31.9               | 30.6                 |
| ภาคใต้                                            | 12.2                    | 13.7               | 11.4                 |
| 6. การสูบบุหรี่ (ร้อยละ)                          |                         |                    |                      |
| ไม่สูบบุหรี่                                      | 70.4                    | 25.1               | 93.2                 |
| เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว                           | 15.7                    | 38.7               | 4.1                  |
| สูบบุหรี่                                         | 13.9                    | 36.2               | 2.7                  |

| ตัวแปร                                                                        | ทั้งหมด<br>(n = 19,620) | ชาย<br>(n = 6,607) | หญิง<br>(n = 13,013) |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------|----------------------|
| 7. การดื่มแอลกอฮอล์ (กรัม/วัน; ร้อยละ)                                        |                         |                    |                      |
| 0                                                                             | 67.5                    | 41.6               | 80.7                 |
| 0.1-9.9                                                                       | 26.1                    | 42.0               | 18.1                 |
| 10.0-29.9                                                                     | 3.8                     | 9.5                | 0.8                  |
| ≥30.0                                                                         | 2.6                     | 6.9                | 0.4                  |
| 8. การนอนกรน (ร้อยละ)                                                         | 27.1                    | 37.0               | 22.0                 |
| 9. ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> ; ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) | 24.4, 4.2               | 23.2, 3.8          | 25.0, 4.3            |
| 10. มีภาวะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ)                                            | 43.2                    | 41.5               | 44.1                 |
| 11. ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ)                                               | 16.0                    | 15.0               | 16.4                 |
| 12. มีภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ)                                            | 65.7                    | 55.2               | 71.0                 |
| 13. การรับประทานอาหารในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา (ร้อยละ)                       |                         |                    |                      |
| ไขไก่/ไขเป็ด                                                                  | 95.1                    | 95.9               | 94.6                 |
| กระเทียม                                                                      | 94.3                    | 94.7               | 94.1                 |
| ชาเขียว                                                                       | 17.5                    | 14.4               | 19.1                 |
| ชาจีน                                                                         | 20.1                    | 26.1               | 17.0                 |
| ซูปไก่สกัด                                                                    | 9.9                     | 13.0               | 8.3                  |
| กล้วย                                                                         | 94.3                    | 95.0               | 93.9                 |
| ส้มตำมะละกอ                                                                   | 79.2                    | 73.5               | 82.1                 |

## 2. ความสัมพันธ์ของอาหารที่รับประทานในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมากับการเสียชีวิต

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับประทานอาหารที่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมากับการเสียชีวิต ด้วย Univariate Cox regression ตามรายละเอียดในตารางที่ 2 พบว่า การรับประทานไขไก่/ไขเป็ด กระเทียม ชาเขียว ชาจีน และส้มตำมะละกอ มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับประทานซูปไก่สกัด และกล้วย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีรายละเอียดของอาหารแต่ละชนิด ดังนี้

การรับประทานไขไก่/ไขเป็ด พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 0.62, 95% CI = 0.76 - 0.90) ซึ่งแสดงว่าการรับประทานไขไก่/ไขเป็ด จะช่วยลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตได้

การรับประทานกระเทียม พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 0.67, 95% CI = 0.60 - 0.76) ซึ่งแสดงว่าการรับประทานกระเทียม จะช่วยลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตได้

การรับประทานชาเขียว พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 0.51, 95% CI = 0.45 - 0.56) ซึ่งแสดงว่าการรับประทานชาเขียว จะช่วยลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตได้

การรับประทานชาจีน พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 0.79, 95% CI = 0.73 - 0.86) ซึ่งแสดงว่าการรับประทานชาจีน จะช่วยลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตได้

การรับประทานซูปไก่สกัด พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 0.95, 95% CI = 0.85 - 1.07, p-value = 0.387) ซึ่งแสดงว่าการรับประทานซูปไก่สกัด ไม่สามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตได้

การรับประทานกล้วย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 0.97, 95% CI = 0.84 - 1.11, p-value = 0.633) ซึ่งแสดงว่าการรับประทานกล้วย ไม่สามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตได้

การรับประทานส้มตำมะละกอ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(HR = 0.60, 95% CI = 0.56 - 0.65) และการรับประทาน  
ส้มตำมะละกอ จะช่วยลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตได้

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของอาหารที่รับประทานในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา กับการเสียชีวิต (Univariate Cox regression)

| อาหารที่รับประทาน<br>ในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา | เสียชีวิต<br>(ร้อยละ) | ยังมีชีวิตอยู่<br>(ร้อยละ) | HR   | 95%CI     | p value  |
|------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|------|-----------|----------|
| ไข่ไก่/ไข่เป็ด                                 | 92.6                  | 95.6                       | 0.62 | 0.55-0.70 | < 0.001* |
| กระเทียม                                       | 91.9                  | 94.8                       | 0.67 | 0.60-0.76 | < 0.001* |
| ชาเขียว                                        | 10.5                  | 19.0                       | 0.51 | 0.45-0.56 | < 0.001* |
| ชาจีน                                          | 17.3                  | 20.7                       | 0.79 | 0.73-0.86 | < 0.001* |
| ซูปไก่สกัด                                     | 9.6                   | 9.9                        | 0.95 | 0.85-1.07 | 0.387    |
| กล้วย                                          | 94.1                  | 94.3                       | 0.97 | 0.84-1.11 | 0.633    |
| ส้มตำมะละกอ                                    | 70.7                  | 81.1                       | 0.60 | 0.56-0.65 | < 0.001* |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (p < 0.050)

### 3. ความสัมพันธ์ของอาหารที่รับประทานในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา กับการเสียชีวิต จากการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariate Cox regression model)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับประทาน  
อาหารในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมากับการเสียชีวิต เมื่อ  
วิเคราะห์โดยตัดผลกระทบจากตัวแปรอื่นๆ ด้วย  
Multivariate Cox regression พบว่า ส้มตำมะละกอ  
เป็นอาหารที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบว่าอาหารชนิดอื่นๆ มี  
ความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
โดยมีรายละเอียดของอาหารแต่ละชนิด ดังนี้

การรับประทานไข่ไก่/ไข่เป็ด พบว่าไม่มี  
ความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
(HR = 0.89, 95% CI = 0.78 - 1.03) แสดงว่าการ  
บริโภคไข่ไก่หรือไข่เป็ด ไม่สามารถสรุปได้ว่าช่วยลดความ  
เสี่ยงการเสียชีวิตของอาสาสมัคร

การรับประทานกระเทียม พบว่า ไม่มี  
ความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
(HR = 0.89, 95% CI = 0.77 - 1.01) แสดงว่าการ  
บริโภคกระเทียม ไม่สามารถสรุปได้ว่าช่วยลดความ  
เสี่ยงการเสียชีวิตของอาสาสมัคร

การรับประทานชาเขียว พบว่า ไม่มี  
ความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(HR = 0.90, 95% CI = 0.79 - 1.02) แสดงว่าการ  
บริโภคชาเขียว ไม่สามารถสรุปได้ว่าช่วยลดความ  
เสี่ยงการเสียชีวิตของอาสาสมัคร

การรับประทานชาจีน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์  
กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 1.01,  
95% CI = 0.91 - 1.12) แสดงว่าการบริโภคชาจีน ไม่  
สามารถสรุปได้ว่าช่วยลดความ  
เสี่ยงการเสียชีวิตของอาสาสมัคร

การรับประทานซูปไก่สกัด พบว่า ไม่มี  
ความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
(HR = 0.96, 95% CI = 0.84 - 1.08) แสดงว่าการ  
บริโภคซูปไก่สกัด ไม่สามารถสรุปได้ว่าช่วยลดความ  
เสี่ยงการเสียชีวิตของอาสาสมัคร

การรับประทานกล้วย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์  
กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 0.89,  
95% CI = 0.76 - 1.04) แสดงว่าการบริโภคกล้วย ไม่  
สามารถสรุปได้ว่าช่วยลดความ  
เสี่ยงการเสียชีวิตของอาสาสมัคร

ส้มตำมะละกอ พบว่า เป็นอาหารที่มี  
ความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติ (Adjusted HR = 0.83, 95% CI = 0.76 - 0.90)  
โดยการรับประทานส้มตำมะละกอ เป็นปัจจัยที่ช่วยลด  
ความเสี่ยงการเสียชีวิตของอาสาสมัครในการศึกษาครั้งนี้

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของอาหารที่รับประทานในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา กับการเสียชีวิต จากการวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariate Cox regression model)

| อาหารที่รับประทานในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา | Adjusted HR | 95%CI     | p value  |
|--------------------------------------------|-------------|-----------|----------|
| ไข่ไก่/ไข่เป็ด                             | 0.89        | 0.78-1.03 | 0.113    |
| กระเทียม                                   | 0.89        | 0.77-1.01 | 0.075    |
| ชาเขียว                                    | 0.90        | 0.79-1.02 | 0.103    |
| ชาจีน                                      | 1.01        | 0.91-1.12 | 0.818    |
| ซूपไก่สกัด                                 | 0.96        | 0.84-1.08 | 0.482    |
| กล้วย                                      | 0.89        | 0.76-1.04 | 0.135    |
| ส้มตำมะละกอ                                | 0.83        | 0.76-0.90 | < 0.001* |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( $p < 0.050$ )

### การอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอาหารที่รับประทานในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา กับการเสียชีวิตจากการวิเคราะห์ ตัวแปรเดียวและหลายตัวแปรพบว่า อาหารบางชนิดมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตในลักษณะที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

การบริโภคไข่ไก่หรือไข่เป็ด มีแนวโน้มในการช่วยลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิต แต่เมื่อปรับค่าตัวแปรหลายตัวแล้ว พบว่า ไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wang และคณะ<sup>15</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคไข่และความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ โดยพบว่าในบางกลุ่มเมื่อปรับค่าตัวแปรหลายตัวแล้ว ผลการศึกษาลดทอนความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญออกไป

การรับประทานกระเทียม มีแนวโน้มในการช่วยลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิต แต่หลังการปรับค่าตัวแปรหลายตัวแล้ว พบว่า ไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Zhao et al.<sup>16</sup> ที่กล่าวว่า แม้ว่ากระเทียมจะมีผลต่อการลดความเสี่ยงจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในบางกลุ่ม แต่เมื่อพิจารณาปัจจัยร่วมต่างๆ ความสัมพันธ์นั้นอาจไม่เด่นชัดในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยเสี่ยงที่หลากหลาย

การดื่มชาเขียวและชาจีน มีผลในการลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตในโมเดลตัวแปรเดียว แต่เมื่อปรับค่าตัวแปรหลายตัวแล้ว พบว่า การบริโภคชาเขียว ไม่ได้แสดงถึงความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Liu และคณะ<sup>17</sup> ซึ่งรายงานว่า การบริโภคชาเขียวมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองใน กลุ่มตัวอย่างบางกลุ่ม อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการปรับค่าด้วยปัจจัยเสี่ยงร่วมหลายประการ ความสำคัญทางสถิติของผลลัพธ์ดังกล่าวลดลง

ขณะที่การบริโภคชาจีนไม่พบความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ<sup>18</sup> ซึ่งระบุว่า ชาจีนจะมีสารต้านอนุมูลอิสระที่อาจมีประโยชน์ต่อสุขภาพ แต่เมื่อปรับค่าด้วยตัวแปรร่วมแล้ว ยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่แสดงความสัมพันธ์อย่างชัดเจนระหว่างการบริโภคชาจีนกับการลดความเสี่ยงการเสียชีวิต

การบริโภคซूपไก่สกัดและกล้วย พบว่า กล้วย ไม่แสดงความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในโมเดลตัวแปรเดียว และโมเดลหลังจากการปรับค่าตัวแปรรวม การบริโภคซूपไก่สกัดไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการเสียชีวิตหลังจากการปรับค่าตัวแปรรวม เช่นเดียวกับ กล้วย ก็ไม่สามารถลดความเสี่ยงการเสียชีวิตได้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yang และคณะ<sup>19</sup> ที่พบว่าอาหารบางชนิด เช่น กล้วย และซूपไก่สกัด ไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังในบางกรณี

ส้มตำมะละกอ มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับการลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตทั้งในโมเดลตัวแปรเดียว และหลังจากการปรับค่าตัวแปรหลายตัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การรับประทานส้มตำมะละกอ มีผลในการลดความเสี่ยงการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติไม่ว่าในกรณีใดก็ตาม ผลการศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาของ Chen และคณะ<sup>20</sup> ที่พบว่าอาหารที่อุดมไปด้วยผักและผลไม้ เช่น ส้มตำมะละกอ สามารถลดความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดและโรคเมรั้งบางประเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังเป็นอาหารพื้นบ้านของไทย เป็นที่นิยมแพร่หลายทั้งต่างประเทศและในประเทศ โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นอาหารพื้นบ้านรสชาติอร่อย หาซื้อได้ง่าย ราคาถูก มีแคลอรีต่ำ ไม่ใช้น้ำมัน และการใช้วัตถุดิบหลักที่สดใหม่ในการประกอบ

อาหาร ได้แก่ มะละกอ พริกสด กระเทียม ถั่วฟักยาว มะนาว เป็นต้น ที่อุดมไปด้วยวิตามิน แร่ธาตุ ไฟเบอร์ และ สารต้านอนุมูลอิสระที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพในหลายด้าน ได้แก่ มะละกอ แหล่งของเอนไซม์ papain ซึ่งช่วยย่อย โปรตีนและเพิ่มการดูดซึมกรดอะมิโน นอกจากนี้ยังอุดมไปด้วยไฟเบอร์ โดยมะละกอดิบ 200 กรัมให้ไฟเบอร์ 3.4 กรัม หรือประมาณ 11% ของปริมาณที่แนะนำต่อวัน ไฟเบอร์ช่วยปรับสมดุลลำไส้ ส่งเสริมการย่อยอาหารและการขับถ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>21</sup> พริกมี capsaicin ซึ่งมีส่วนช่วยกระตุ้นการเผาผลาญพลังงาน ลดความอยากอาหาร และลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้พริกยังอุดมไปด้วยวิตามินซีสูงกว่าในส้มหลายเท่า มีคุณสมบัติต้านอนุมูลอิสระและช่วยเสริมภูมิคุ้มกัน<sup>22</sup> มะเขือเทศเป็นแหล่งสำคัญของไลโคปีน ช่วยลดความเสี่ยงโรคหัวใจและโรคกระดูกบางชนิด ไลโคปีนและวิตามินซีในมะเขือเทศช่วยป้องกันความเสื่อมของเซลล์ กระเทียม มีสาร allicin ที่มีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรียและเชื้อรา ช่วยลดระดับไขมันในเลือดและน้ำตาลในเลือด รวมทั้งลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและมะเร็ง และถั่วฟักยาวมีแคลเซียม ฟอสฟอรัส และวิตามินซีที่ช่วยบำรุงกระดูก ลดคอเลสเตอรอล และเพิ่มภูมิคุ้มกัน ส่วนมะนาวช่วยย่อยอาหาร ขับปัสสาวะ และป้องกันเลือดออกตามไรฟัน<sup>18</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al.<sup>23</sup> ที่พบว่าอาหารที่อุดมด้วยผักสดและผลไม้ช่วยลดความเสี่ยงจากโรคกระดูกและโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญ ถึงแม้ว่าส้มตำมะละกอเป็นอาหารประจำถิ่นที่สะท้อนเอกลักษณ์และวัฒนธรรมการกินของคนไทย และวัตถุดิบในส้มตำ เช่น มะละกอดิบ มะนาว และกระเทียม มีสารต้านอนุมูลอิสระและใยอาหารสูงก็ตาม แต่ส้มตำมะละกอที่ใช้วัตถุดิบไม่ผ่านความร้อน เช่น ปลาร้าหรืออาหารทะเลดิบ ปูนาดิบ อาจเพิ่มความเสี่ยงการปนเปื้อนเชื้อโรคต่างๆ หรืออาหารเป็นพิษ<sup>24</sup> และยังมีโอกาสที่จะได้รับโซเดียมในปริมาณสูงจากเครื่องปรุงรสต่างๆ เช่น ผงชูรส น้ำปลา น้ำปลาร้าปรุงรส เป็นต้น ที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือเป็นปัจจัยสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) ของคนไทยในอนาคตได้

#### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่า การบริโภคส้มตำมะละกอ มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่าง มีนัยสำคัญ จึงควรมีการส่งเสริมและพัฒนาเมนูส้มตำมะละกอ ให้เป็นเมนูสุขภาพ (ลดหวาน ลดเค็ม) และเพิ่มชนิดของผัก ผลไม้ที่หลากหลายลงในเมนูส้มตำมะละกอมากขึ้น ร่วมกับการส่งเสริมให้

ประชาชนบริโภคอาหารประเภทผักและผลไม้สดเป็นประจำ ผ่านการสร้างความรู้ (Health Literacy) ด้านโภชนาการในชุมชนในทุกกลุ่มวัย และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงผักผลไม้ที่ปลอดภัย และมีราคาที่เหมาะสม

2. การวิจัยเชิงลึกเพิ่มเติม แม้ว่าผลการศึกษานี้จะพบว่าส้มตำมะละกอ มีผลเชิงบวกต่อการลดความเสี่ยงการเสียชีวิต แต่ยังไม่สามารถสรุปเชิงสาเหตุได้โดยตรง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

3. การบูรณาการข้อมูลวิชาการกับการกำหนดนโยบายสุขภาพ ควรนำข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษานี้ไปใช้กำหนดแผนพัฒนาโภชนาการในระดับพื้นที่ โดยเน้นการสนับสนุนการบริโภคอาหารพื้นบ้านที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง โดยเฉพาะส้มตำมะละกอ ไม่เพียงเป็นอาหารประจำชาติที่สะท้อนวัฒนธรรมการกินของคนไทย แต่ยังเป็น “ซูเปอร์ฟู้ด” ที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง แคลอรีต่ำ ไม่ใช้น้ำมัน ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ส่งผลดีต่อระบบทางเดินอาหาร และการเผาผลาญพลังงาน<sup>19</sup> การรับประทานส้มตำร่วมกับอาหารอื่นที่สมดุลและลดปริมาณ น้ำปลา น้ำตาล หรืออาหารหมักเค็ม จะช่วยให้ส้มตำเป็นเมนูที่ดีต่อสุขภาพในระยะยาว

4. หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ควรกำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุนการบริโภคอาหารสุขภาพ โดยใช้หลักฐานเชิงวิชาการ เช่น การสนับสนุนเมนูอาหารไทยพื้นบ้านที่ใช้วัตถุดิบสด สะอาด ปลอดภัย กินผัก ผลไม้ตามฤดูกาล ลดการบริโภคอาหารแปรรูปและอาหารที่มีโซเดียมสูง รวมทั้งการออกแบบฉลากโภชนาการที่เข้าใจง่าย เพื่อสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนไทย

#### เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2021 Mortality Collaborators. Global burden of 288 causes of death and life expectancy, 1990–2021: a systematic analysis. *Lancet*. 2024;403(10431):1327-50.
2. Srisuk, N., Chaisiri, N., & Sittisart, S. (2021). Dietary intake and nutrition-related risk factors for non-communicable diseases in Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 22(8), 2585-2591. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.8.2585>
3. Kongtip, P., Phoungphiphadh, S., & Lertpongpiriya, S. (2022). Health risks and nutritional factors contributing to non-communicable diseases in Thailand. *Asian Pacific Journal of Public Health*,



34(1),22-30.

<https://doi.org/10.1177/10105395221101761>

4. World Health Organization (WHO). (2019). **Noncommunicable diseases country profiles 2018**. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620>

5. Aekplakorn, W., Kessomboon, S., & Sangthong, R. (2021). The trends of non-communicable diseases in Thailand: National survey data from 1991 to 2019. **The Lancet Regional Health - Southeast Asia**, 2, 100019. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2021.100019>

6. Etemadi, A., Sadeghi, N., & Mortazavi, S. (2017). Consumption of fruits and vegetables and the risk of mortality: A systematic review of epidemiological studies. **Public Health Nutrition**, 20(5), 1-12. <https://doi.org/10.1017/S1368980016002677>

7. Schwingshackl, L., Schwedhelm, C., & Hoffmann, G. (2021). Dietary patterns and their association with cardiovascular disease, cancer, and mortality: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Clinical Nutrition**, 113(6), 1342-1356. <https://doi.org/10.3945/jcn.120.029693>

8. Zhong VW, Van Horn L, Cornelis MC, Wilkins JT, Ning H, Carnethon MR, et al. Associations of dietary cholesterol or egg consumption with incident cardiovascular disease and mortality. **JAMA**. 2019;321(11):1081-95.

9. Alexander DD, Miller PE, Vargas AJ, Weed DL, Cohen SS. Meta-analysis of egg consumption and risk of coronary heart disease and stroke. **J Am Coll Nutr**. 2016;35(8):704-16.

10. Chen X, Mo Y, Ma Y, Yang X, et al. Garlic consumption and all-cause mortality among Chinese oldest-old: a longitudinal study. **Nutrients**. 2019;11(7):1504.

11. Nurhayati I, Hidayat AR, Yuniarti T, Budi HS. The association between green tea consumption with cardiovascular related

mortality: a meta-analysis. **J Epidemiol Public Health**. 2021;6(4):472-81.

12. Han J, Chen X, et al. Green tea intake and ischemic stroke: a Mendelian randomization study. **Front Med**. 2023;10:1156254.

13. Rennard BO, Ertl RF, Gossman GL, Robbins RA, Rennard SI. Chicken soup inhibits neutrophil chemotaxis in vitro. **Chest**. 2000;118(4):1150-7.

14. Aune D, Giovannucci E, Boffetta P, Fadnes LT, Keum N, Norat T, et al. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality—a systematic review and dose-response meta-analysis. **Int J Epidemiol**. 2017;46(3):1029-56.

15. Wang, Y., Li, R., & Zhang, L. (2023). The relationship between egg consumption and the risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Nutrition and Health**, 25(4), 295-305.

<https://doi.org/10.1016/j.jnh.2023.02.002>

16. Zhao, G., Zhang, Y., & Li, H. (2021). Garlic consumption and cardiovascular health: A comprehensive review of clinical studies. **Clinical Nutrition Research**, 18(3), 143-158. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.03.001>

17. Liu, Y., Wang, L., & Xu, Z. (2022). Green tea consumption and its effects on stroke prevention: A meta-analysis. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, 31(5), 1050-1061. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.12.013>

18. Li, W., Zhang, Z., & Zhou, Y. (2020). **Antioxidant properties of green tea and its protective effects on cardiovascular diseases**. **Antioxidants**, 9(8), 735-746. <https://doi.org/10.3390/antiox9080735>

19. Yang, J., Wang, X., & Chen, Q. (2021). **Consumption of fruits and soups and their impact on the risk of chronic diseases: A review of current literature**. **Public Health Nutrition**, 24(7), 1-10. <https://doi.org/10.1017/S1368980021000190>



20. Chen, X., Zhang, M., & Li, Q. (2022). **Fruits and vegetables intake and their role in reducing the risk of cardiovascular diseases: Evidence from a meta-analysis.** *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 532-540.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph19030532>
21. Nugroho D, Surya R, Janshongsawang J, Thinthasit A, Benchawattananon R. **Som tum, the famous ethnic food of Thailand: its benefit and innovations.** *J Ethnic Foods*. 2023;10(1):1–13.
22. Yoneshiro T. **Capsinoids increase energy expenditure in humans: Randomized Controlled Trial.** *Am J Clin Nutr*. 2012;95(4):1013–20.
23. Wang, H., Sun, H., & Xu, F. (2023). **Fresh fruit and vegetable consumption and its impact on reducing cancer and cardiovascular diseases.** *Nutrition and Cancer*, 75(2), 146-158.  
<https://doi.org/10.1080/01635581.2022.2070151>
24. Suthivarakom K, et al. Prevalence and risk factors associated with bacterial food poisoning among Thai university students. *Int J Public Health Res Dev*. 2020;11(6):269-75.

## การพัฒนาแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก ด้วยการใช้นาฬิกาสื่อรักด้วยนมแม่แม่แยกกัน

พจมาลย์ จันทะวงษ์ พย.ม \*

นวลจันทร์ ไพบุลย์ บรรณพต พย.ม \*\*

บัณฑิตา ทองบัวบาน พย.ม \*

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก ทำการศึกษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ พฤษภาคม 2565 – มิถุนายน 2566 กลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอดที่แยกแม่ลูก เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 142 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต แบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือนาฬิกาสื่อรักด้วยนมแม่แม่แยกกัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนหลังใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัย **ระยะ ที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์พบว่ามารดาได้รับการกระตุ้นปั๊มน้ำนมเข้ามาเกินกว่า 4 ชั่วโมง และปั๊มน้ำนมห่างมากกว่า 3 ชั่วโมง ทำให้ทารกได้รับน้ำนมมารดาเช้า/หรือไม่ได้รับนม และทำให้มารดามีน้ำนมน้อยไม่เพียงพอต่อการให้นมทารกอย่างต่อเนื่อง **ระยะที่ 2** ขั้นตอนการพัฒนาโดยมีรูปแบบดังนี้ 1) วิเคราะห์ร่างรูปแบบฯ 2) แต่งตั้งทีมพัฒนา ระดมความคิดจัดทำข้อมูลที่ใช้ จัดทำนาฬิกาสื่อรักลูกด้วยนมแม่แม่แยกกันและรูปแบบฯการนำใช้ 4) ส่งร่างรูปแบบฯให้ผู้ทรงคุณวุฒิปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ 5) ทดลองใช้รูปแบบฯ ประเมินความเข้าใจ ความยากง่าย ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการใช้งานจริง วิเคราะห์ผลและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงก่อนใช้จริง **ระยะที่ 3** ผลลัพธ์การนำใช้รูปแบบฯ:มารดาเริ่มมีน้ำนมภายใน 4 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพิ่มจากร้อยละ 70 เป็น ร้อยละ 86 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (  $P < 0.001$ ) หลังการใช้นาฬิกาสื่อรักฯ มารดามีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (  $p < .01$ ) ทารกได้รับนมแม่ภายใน 24 ชั่วโมง มีคะแนนเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (  $P < 0.05$ ) เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติตามรูปแบบฯได้ ร้อยละ 97 รวมทั้งมารดามีความพึงพอใจในนวัตกรรมในระดับมากที่สุด

**คำสำคัญ:** นมแม่ในแม่แยกลูก, นมแม่ในเด็กป่วย, นาฬิกาสื่อรักด้วยนมแม่แม่แยกกัน

---

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น

## Development of a Breastfeeding Promotion Model for Mothers Separated from Their Babies Using the Breastfeeding Mother-Baby Bond Clock Model

Potjaman Jantawong M.N.S.\*

Nuanjun Phaiboonbunpot M.N.S.\*\*

Bantita Tongbuaban M.N.S.\*

### Abstract

This research and development study aimed to create a model for promoting breastfeeding among mothers separated from their newborns. It was conducted at Khon Kaen Hospital from April 2022 to December 2023, involving 142 postpartum mothers (71 in the control group and 71 in the experimental group) selected through purposive sampling. Data were collected via interviews, observations, and questionnaires, using the “Breastfeeding Mother-Baby Bond Clock Model” as the key tool. Descriptive statistics and Independent t-tests were used for data analysis. Phase 1 (Situation Analysis) showed that most mothers began milk expression later than 4 hours postpartum and expressed milk at intervals longer than 3 hours, leading to delayed or insufficient breastfeeding. Phase 2 (Development) included drafting the initial framework, appointing a development team, gathering essential information, creating practical tools, having experts review and revise the draft, and pilot-testing to assess understanding, feasibility, and real-world applicability. Feedback from the pilot study was used to refine the model. Phase 3 (Evaluation) found that the experimental group had a significant increase in milk expression within 4 hours postpartum, rising from 70% to 86% ( $P < 0.001$ ). Mothers’ self-efficacy scores also increased significantly ( $P < 0.01$ ). Although the rate of newborns receiving breastmilk within 24 hours improved, the difference was not statistically significant ( $P < 0.05$ ). Additionally, 97% of nursing staff could follow the model, and mothers reported very high satisfaction with the model.

**Keywords:** Breastfeeding Separated Mothers; Mother-Baby Bond Clock Model.

---

\* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

\*\*Registered Nurse, Senior Professional Level, Khon Kaen Hospital

## บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และกำหนดเป้าหมายในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน (Exclusive Breastfeeding) อย่างน้อย 6 เดือนให้ได้อย่างน้อย 50 รวมถึงการให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยจนถึง 2 ปี หรือมากกว่านั้น<sup>1</sup> อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 (MICS) พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 14 ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย<sup>2</sup>

นมแม่ถือเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกแรกเกิด โดยเฉพาะในกลุ่มที่ทารกมีอาการเจ็บป่วย เนื่องจากการได้รับนมแม่เปรียบเสมือนการได้รับยารักษาโรคและวัคซีนป้องกันโรค<sup>3</sup> มีหลักฐานยืนยันว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือนสามารถลดอัตราการตายของทารกได้ถึง 823,000 รายต่อปี หรือประมาณร้อยละ 13<sup>1,4</sup> ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะการที่มารดาและทารกอยู่ด้วยกันในช่วง 24 ชั่วโมงแรก และการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดากับทารกแรกเกิด (Early Skin-to-Skin Contact)<sup>5</sup> ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำนายความสำเร็จในการเริ่มต้นให้นมลูกและการให้นมลูกอย่างต่อเนื่อง<sup>6</sup> อย่างไรก็ตาม กลุ่มทารกที่เจ็บป่วยหรือคลอดก่อนกำหนดมักถูกแยกจากมารดาตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งส่งผลให้มารดาขาดโอกาสในการกระตุ้นเต้านมเพื่อสร้างหรือหลั่งน้ำนม นำไปสู่อาการเครียดและวิตกกังวลสำหรับมารดาหลังคลอด ส่งผลให้การสร้างและหลั่งน้ำนมลดลง และในที่สุดมารดาอาจหยุดให้นมลูกในเวลาต่อมา<sup>7</sup>

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รับส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนมาคลอด โดยพบว่าทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดและถูกแยกจากมารดาตั้งแต่แรกเกิด ปีงบประมาณ 2562-2564 พบสถิติมารดาแรกคลอดที่ต้องแยกจากลูกจำนวน 355, 356 และ 372 ราย คิดเป็น ร้อยละ 7.1, 7.34 และ 8.1 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี หอผู้ป่วยสูติกรรม 1 ร่วมกับกลุ่มงานสูติ-นรีเวช ได้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติในการช่วยเหลือมารดาในการบีบเก็บน้ำนมและส่งนมที่ตักเด็กตามนโยบาย “บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย”<sup>3</sup> ซึ่งการปั๊มนมจะกำหนดระยะเวลาไว้กว้างๆ ใน 24 ชั่วโมง และส่งน้ำนมที่บีบพร้อมเอกสารไปกับเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยเด็ก ปัญหาที่พบได้แก่ มารดาไม่ได้ปั๊มนมตามเวลา และไม่มีแนวทาง

ชัดเจนในการช่วยเหลือมารดาส่งนม จึงได้ปรับแนวทางใหม่ ในปี 2565 ได้ปรับเพิ่มจำนวนรอบในการนำส่งนมของเจ้าหน้าที่ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับมารดา ผลดำเนินงานพบว่า มารดาหลังคลอดบีบเก็บน้ำนมทันทีหลังคลอด 4 ชั่วโมง และทารกได้รับนมแม่ทันทีใน 24 ชั่วโมง จากร้อยละ 50 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 70 ในปี 2565 แต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ของหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 โรงพยาบาลขอนแก่น คือร้อยละ 80

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเป็นพยาบาลปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 1 ได้เล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูกเพื่อให้ทารกได้รับน้ำนมมารดาตั้งแต่แรกคลอด และมารดาได้รับการกระตุ้นการบีบน้ำนมอย่างต่อเนื่อง จึงได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูกด้วยการใช้นาฬิกาสื่อสารรักด้วยนมแม่แม่แยกกันขึ้น โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)<sup>8</sup> ร่วมกับกลยุทธ์บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็กป่วย<sup>3</sup> เป็นกรอบในการดำเนินการวิจัย

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกรณีแม่แยกลูก
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกรณีแม่แยกลูก
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการนำใช้รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกรณีแม่แยกลูก ได้แก่ 1) การบีบเก็บน้ำนมแม่ทันทีหลังคลอดใน 4 ชั่วโมง 2) ทารกได้รับน้ำนมแม่ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดา 4) การนำใช้รูปแบบของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 1 และ 5) ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกกับลูก

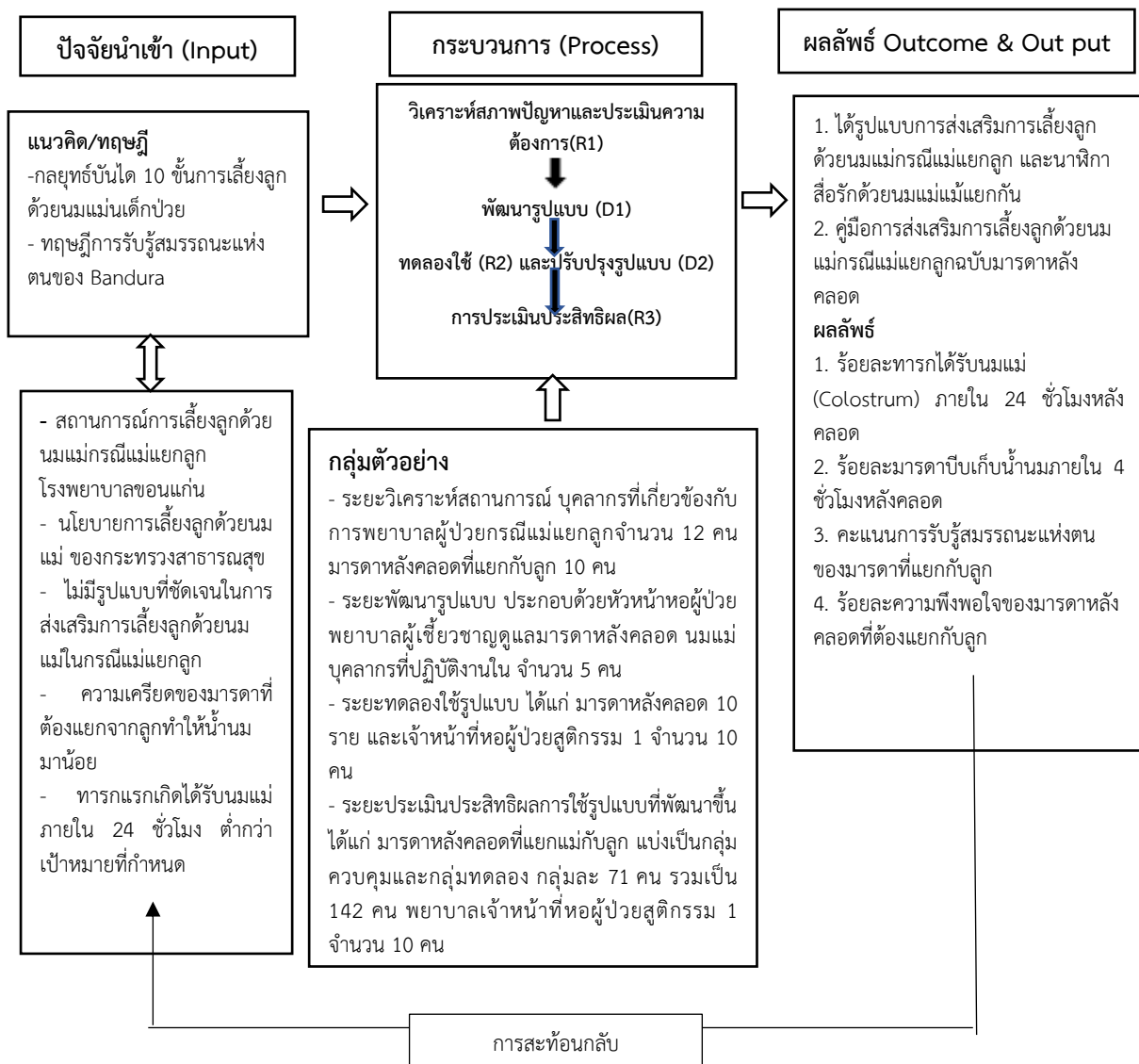
## ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เป็นการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก ครอบคลุมการพยาบาลการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แรกจนถึงการวางแผนจำหน่าย และติดตามหลังคลอด 7 วัน พื้นที่ในการศึกษา คือ หอผู้ป่วยสูติกรรม 1 โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่แยกแม่ลูก และพยาบาลเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2565 – เดือน มิถุนายน 2566

## กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ของสุวิมล ว่องวานิช<sup>๖</sup> ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหา (Research phase) ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้ (Development and Try-out phase) ระยะที่ 3 การนำไปใช้จริงและประเมินผลลัพธ์ (Implementation & evaluation Phase) โดยแนวคิดในการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ ต้นแบบ (R2) และปรับปรุงต้นแบบ (D2) 3) ประเมินประสิทธิผลของต้นแบบ (R3) ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม (D3) โดยแนวคิดในการพัฒนา

ต้นแบบครั้งนี้ ประกอบด้วยทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)<sup>8</sup> กลยุทธ์บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็กป่วย<sup>3</sup> และการพัฒนานวัตกรรมนาฬิกาสื่อรักด้วยนมแม่แม่แยกกัน ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนา ใน 5 ประเด็น ได้แก่ 1) มารดาบิบบเก็บน้ำนมภายใน 4 ชั่วโมงหลังคลอด 2) ทารกได้รับน้ำนมแม่ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดา 4) การนํ้าใช้รูปแบบของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 1 และ 5) ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกกับลูก ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดในการพัฒนา

## วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & development : R&D) ทำการศึกษาใน

โรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคม 2565 – เดือนมิถุนายน 2566 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis)(R1)** เป็นการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน บริบทต่างๆ ที่เป็นอยู่ก่อนเริ่มดำเนินการปรับปรุงพัฒนา ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (ทำการศึกษาระหว่างเดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม 2565)

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกรณีแม่แยกลูก

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่**

1. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 1 จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด จำนวน 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน พนักงานประจำตึก 2 คน เพื่อศึกษากระบวนการดูแลมารดาในกรณีแม่แยกลูก ใช้แนวทางการทำสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

2. มารดาหลังคลอดที่แยกจากลูก จำนวน 10 คน คลอดและจำหน่ายในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 ในระหว่างการ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย:** เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกจากการทำสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ (Focus Group Discussion) โดยมีคำถามใน 4 ประเด็น ดังนี้ 1) รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็กป่วย ในโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นอย่างไร 2) ทบทวนแนวปฏิบัติที่นำไปใช้ ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไขปัญหา 3) ค้นหารูปแบบต่างๆที่ใช้ในการช่วยสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็กป่วย และ 4) สรุปผลการวิเคราะห์ปัญหา

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกมารดาหลังคลอดที่แยกจากลูก เพื่อค้นหาประสบการณ์ ปัญหา ความรู้สึก และความต้องการในการให้นม โดยมีคำถามใน 4 ประเด็น ดังนี้ แนวคำถามมารดาหลังคลอด โดยมีคำถามใน 4 ประเด็น ดังนี้ 1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูกในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 2) ท่านต้องการให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือใดในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูกในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 3) ท่านมีข้อเสนอแนะใดในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูกในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 และ 4) สรุปผลการวิเคราะห์ปัญหา

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ:** ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประเมินความตรงของเนื้อหาด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Content

Validity Index: CVI) เกณฑ์การยอมรับ CVI  $\geq 0.80$  ขึ้นไป<sup>10</sup> ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้ง 2 ฉบับ เท่ากับ 0.88

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล:** 1) จัดประชุมในรูปแบบ (Focus Group Discussion) เพื่อค้นหาปัญหา ความต้องการ แนวปฏิบัติ กระบวนการดูแลมารดาหลังคลอดที่แยกลูก ใช้เวลา 45 นาที จนได้ปัญหาและข้อสรุป 2) การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์หาพฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนมของมารดา การนำส่งนมและการได้รับนมของทารกแรกเกิด 3) ติดต่อประสานขออนุญาตสอบถามความต้องการของมารดาหลังคลอดที่แยกจากลูก จำนวน 10 ราย ที่มาคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 ในวันสิ้นสุดการรักษา เพื่อค้นหาประสบการณ์ ปัญหา ความรู้สึก และความต้องการในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกรณีแม่แยกลูก

**การวิเคราะห์ข้อมูล:** วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะพรรณนาความแล้วสร้างเป็นข้อสรุปเพื่อสกัดประเด็นสำคัญที่นำไปใช้ในการออกแบบรูปแบบ

**ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบ** ทำการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม - เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยได้มีกระบวนการพัฒนารูปแบบ ดังนี้

**วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่**

**ระยะพัฒนารูปแบบ(D1)** ประกอบด้วย พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรม 2 และหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 พยาบาลวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในหอผู้ป่วยหลังคลอดสูติกรรม 1 จำนวน 3 คน กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ 2) มีประสบการณ์ดูแลมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลขอนแก่น อายุงานมากกว่า 10 ปี 3) ยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออกไม่มี

**การดำเนินการ**

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้พัฒนารูปแบบ จัดการประชุมกลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกรณีแม่แยกลูก นำเสนอผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการพัฒนา ที่เป็นผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ต่อผู้เข้าร่วมประชุม ผู้เข้าร่วมพัฒนาตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูล แสดงข้อคิดเห็นต่อประเด็นปัญหา หลังจากนั้นร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และวาง แนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน



2. ผู้วิจัยสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการสรุป (ร่าง) รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกรณีแม่แยกลูก ที่สอดคล้องกับปัญหาประกอบไปด้วย 1) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกรณีแม่แยกลูก 2) การพัฒนานวัตกรรมช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการบีบเก็บน้ำนมตามขั้นตอนการพัฒนา 6 ขั้นตอน<sup>11</sup> ดังนี้ 1)ระบุปัญหาหรือความต้องการ (Empathize / Define): จัดกระทำใน ระยะที่ 1 2) สร้างรูปแบบจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997)<sup>8</sup> และกลยุทธ์บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในเด็กป่วย<sup>3</sup> 3)พัฒนาต้นแบบ (Prototype / Design & Development): นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดเลือกได้นำมาสร้างเป็นรูปแบบ จัดทำข้อมูลที่ใช้สำหรับการบีบเก็บน้ำนม ระยะเวลา และการนำเสนอ การได้น้ำนมของทารก เพื่อเสนอร่างรูปแบบ ในประเด็น (1) แนวทางการศึกษาวิจัยจัดทำนาฬิกาสื่อรักลูกด้วยนมแม่แม่แยกกัน: ออกแบบนาฬิกาที่มีการระบุเวลาบีบนม เวลาส่งนม และเวลาที่ทารกได้รับนมอย่างชัดเจน ออกแบบในโปรแกรม Canva จากนั้นปริ้นสีใส่กระดาษแข็งปริ้น ต่อมา ตัดแบบหนีบได้ทีปลายเตียง งบประมาณ 50 บาท/ชิ้น จัดทำต้นแบบจำนวน 5 ชิ้น (2) จัดทำสมุดบันทึกการนำเสนอ บันทึกริมาณน้ำนม (3) จัดทบทวนความรู้และทักษะในการบีบเก็บน้ำนมกับเจ้าหน้าที่ รวมถึงคู่มือการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูกฉบับมารดาหลังคลอด และจัดทำเครื่องมือในการศึกษาดังนี้ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก การให้นมแม่ (2) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการให้นมมารดา (3) แบบประเมินความพึงพอใจของมารดา ต่อรูปแบบและนาฬิกาสื่อรัก (4) แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก ของพยาบาลในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 (5) แบบบันทึกการบีบเก็บและส่งน้ำนม ใช้ติดตามความถี่ ปริมาณ และเวลาการบีบนม ข้อมูลที่ได้จากการทำสนทนากลุ่ม ซึ่งพบว่า เห็นด้วยกับรูปแบบที่พัฒนา 4) ทดลองใช้ 5) นำไปใช้จริงและเผยแพร่ (Implementation & diffusion) และ 6) ประเมินผลกระทบและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

**ระยะทดลองใช้รูปแบบ (R2) และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม (D2)**

**วัตถุประสงค์:** เพื่อทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประเมินความเป็นไปได้ และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม

**กลุ่มตัวอย่าง:** ประกอบด้วย

1. พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ 2) มีประสบการณ์ดูแลมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลขอนแก่น ไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) ยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออกไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล

2. มารดาหลังคลอดที่แยกลูก คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 คน ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลขอนแก่น หอผู้ป่วยสูติกรรม 1 ในช่วงระหว่างดำเนินการ **เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)** 1) มารดามีอายุ มากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีบริบูรณ์ขณะวันที่คลอดบุตร 2) เป็นแม่ที่เคยแยกลูกตั้งแต่คลอด และหรือทารกย้ายเมื่อมาอยู่ที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 1 3) สามารถพูดคุยสื่อสาร เขียนและอ่านภาษาไทยได้ 4) แม่ที่ไม่มีข้อห้ามในการให้นม เช่น ไม่ได้ป่วยด้วยโรคเอดส์ จิตเวช วัณโรค โรคไทรอยด์เป็นพิษที่รักษาด้วยรังสีรักษา 5) หลังคลอดมารดาอยู่ที่ตึกหลังคลอดไม่ได้ย้ายไอซียู และ 6) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและยินยอมตอบแบบสอบถาม **เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)** ทารกเสียชีวิตระหว่างการวิจัย และมารดาเกิดการเจ็บป่วย หรือมีข้อห้ามในการให้นมแม่ระหว่างการวิจัยจนไม่สามารถให้นมได้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

**เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่**

1. รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกรณีแม่แยกลูก

2. นาฬิกาสื่อรักลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

ประกอบด้วย 1) แบบประเมิน/แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก การให้นมแม่ 2) แบบประเมินการได้รับนมแม่ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของทารกแรกเกิด 3) แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการให้นมมารดา 4) แบบประเมินความพึงพอใจของมารดา 5) แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 และ 6) แบบบันทึกการบีบเก็บและส่งน้ำนม ใช้ติดตามความถี่ ปริมาณ และเวลาการบีบนม

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ:** ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามแบบประเมิน ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประเมินความตรงของเนื้อหาด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Content Validity Index: CVI) หลังไปทำการทดลองใช้ จำนวน 10 ชุดกับมารดาหลังคลอดที่แยกจากลูกในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 โรงพยาบาลขอนแก่น นำมาทดสอบความเชื่อมั่น ครอ

นบาค (Cronbach's alpha coefficient) สำหรับค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป<sup>10</sup>

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล:** 1) ให้พยาบาลในหอผู้ป่วยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ 2) ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารคำชี้แจงร่วมโครงการวิจัย สอบถามความสนใจและการยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อธิบายกระบวนการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกที่จะร่วมวิจัยต่อไม่ว่ากรณีใดๆ สามารถขอออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ 3) ให้การพยาบาลตามรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในกรณีแม่แยกลูก ตามรูปแบบเดิม ในกลุ่มควบคุมจนครบ ให้การพยาบาลตามรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในกรณีแม่แยกลูก ด้วยการใช้นาฬิกาสูทักด้วยนมแม่แม่แยกกัน ในกลุ่มทดลอง จนครบตามที่กำหนดไว้ 4) ประเมินผลตามแบบประเมินและแบบบันทึกของมารดาหลังคลอดหลังมารดาจำหน่ายทั้ง 2 กลุ่ม และติดตามจนถึงหลังคลอด 7 วัน พร้อมลงบันทึกในแบบบันทึก 5) เมื่อสิ้นสุดกระบวนการครบ 7 วัน เจ้าหน้าที่พยาบาลประเมินผลสรุปในแต่ละเคส และประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบของตนเอง และ 6) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องของแบบสอบถาม แล้วนำแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

**การวิเคราะห์ข้อมูล:** ข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้รูปแบบฯ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) มีการปรับรูปแบบฯ คือ ให้เพิ่มเติมช่องทางให้คำปรึกษาเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับบ้าน การปรึกษาศลินิกนมแม่และเยี่ยมหลังคลอด

**ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบฯ การใช้นาฬิกาสูทักด้วยนมแม่แม่แยกกัน** ทำการศึกษา ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2565 - เดือนมิถุนายน 2566  
**วัตถุประสงค์:** เพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก ด้วยนาฬิกาสูทักด้วยนมแม่แม่แยกกัน ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของมารดาและทารก

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง:** แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. มารดาหลังคลอดที่แยกแม่ลูก มีระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 71 คน รวมเป็น 142 คน

มีเกณฑ์ดังต่อไปนี้ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\* power<sup>12</sup> โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบที่ 0.80 และกำหนดอิทธิพลของตัวอย่างที่ 0.30 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการสูญหายจากงานวิจัยสำหรับกลุ่ม Nonresponse rate คิดเป็นร้อยละ 20 จึงได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 142 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน 71 คน จะได้รับการดูแลตามรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้นาฬิกาสูทักด้วยนมแม่แม่แยกกัน กลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 71 คน ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานรูปแบบเดิมของหน่วยงานหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 ตาม คุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้ **เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)** 1) มารดามีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีบริบูรณ์ขณะวันที่คลอดบุตร 2) เป็นแม่ที่เคยแยกลูกตั้งแต่คลอด และหรือทารกย้ายเมื่อมาอยู่ที่หอผู้ป่วยสูติกรรม 1 3) สามารถพูดคุยสื่อสาร เขียน อ่านภาษาไทยได้ 4) แม่ที่ไม่มีข้อห้ามในการให้นม เช่น ไม่ได้ป่วยด้วยโรคเอดส์ จิตเวช วัณโรค โรคไทรอยด์เป็นพิษที่รักษาด้วยรังสีรักษา หลังคลอดมารดาอยู่ที่ตึกหลังคลอดไม่ได้ย้ายไอซียู เป็นต้น 5) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย และยินยอมตอบแบบสอบถาม **เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)** ทารกเสียชีวิตระหว่างการวิจัยและมารดาที่เกิดการเจ็บป่วยหรือมีข้อห้ามในการให้นมแม่ระหว่างการวิจัย จนไม่สามารถให้นมได้

2. พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ 2) มีประสบการณ์ดูแลมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลขอนแก่น ไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) ยินดีและสนใจในการเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออกไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย:** เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบบันทึกจำนวน 5 ชุด และนวัตกรรม 1 ชิ้น ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก การให้นมแม่ จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา คือ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ ประสบการณ์การให้นมบุตร บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แหล่งข้อมูลการได้รับความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะเวลาการเริ่มบีบเก็บน้ำนมครั้งแรก ระยะเวลาของการแยกจากของมารดาและทารก ข้อมูลส่วนบุคคลของทารก คือ น้ำหนักทารกเมื่อแรกเกิด อายุครรภ์ที่คลอด วิธีการคลอด ระยะเวลาการสัมผัสเนื้อแนบเนื้อระหว่างมารดาและทารก ระยะเวลาที่ได้รับนมแม่ก่อนกลับบ้าน

2. แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการให้นมมารดา ผู้วิจัยได้ปรับชื่อแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างให้เป็นคำที่เข้าใจง่าย ดังนี้ แบบสอบถาม สมรรถนะแห่งตนเป็นแบบสอบถามความสามารถของมารดาในการให้นมแม่แก่ทารก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ซึ่งแปลจากแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนของมารดาในการให้นมมารดาของมารดาที่มีทารกป่วยหรือเกิดก่อนกำหนดของวิลเลอร์และเดนิส<sup>13</sup> ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตนในการให้นมมารดาของแบนดูรา มีทั้งหมด 18 ข้อ เป็นมาตราวัด 5 ระดับ คือ 1-5 (ไม่มั่นใจเลย-มั่นใจมากที่สุด) แปลผลเป็นคะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ช่วง<sup>14</sup>

3. แบบประเมินความพึงพอใจของมารดา ต่อรูปแบบและนาฬิกาสื่อรักฯ จำนวน 10 ข้อ แบบวัดความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก ด้วยการใช้นาฬิกาสื่อรักด้วยนมแม่แม่แยกกัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหา ของแบบข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับตั้งแต่ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุดแปลผลเป็นคะแนนแบ่งคะแนนเป็น 3 ช่วง<sup>14</sup>

4. แบบประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก ด้วยการใช้นาฬิกาสื่อรักด้วยนมแม่แม่แยกกัน ของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 ประกอบด้วย 9 ข้อตามขั้นตอนของรูปแบบ คำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ แปลผลเป็นร้อยละของการปฏิบัติ

5. รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกรณีแม่แยกลูก

6. นาฬิกาสื่อรักลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก  
**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ:** เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกและการให้นมแม่ของมารดา ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 16 ข้อ ได้รับความทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity index, CVI) เท่ากับ 0.88 ความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.92 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการให้นมมารดาจำนวน 18 ข้อ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity index, CVI) เท่ากับ 0.87 ความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.92 แบบ

ประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก ด้วยการใช้นาฬิกาสื่อรักด้วยนมแม่แม่แยกกัน ของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.88 แบบประเมินความพึงพอใจของมารดา ต่อรูปแบบและนาฬิกาสื่อรักฯ จำนวน 10 ข้อ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.87 หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha co-efficiency) ได้ค่า 0.88 ตามลำดับ

**การดำเนินการวิจัย** 1) ผู้ช่วยวิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ 2) ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารคำชี้แจงร่วมโครงการวิจัย สอบถามความสนใจและการยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นอธิบายวิธีการหากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกที่จะร่วมวิจัยต่อไม่ว่ากรณีใดๆ สามารถขอออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อ 3) ให้การพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลตามมาตรฐานปกติของหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 ในกลุ่มควบคุม และให้การพยาบาลตามรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในกรณีแม่แยกลูก ด้วยการใช้นาฬิกาสื่อรักด้วยนมแม่แม่แยกกัน โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จเรียบร้อยก่อน หลังจากนั้นก็เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบตามที่กำหนดไว้ และ 4) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องของแบบสอบถาม แล้วนำแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

**ข้อมูลเชิงคุณภาพ** ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) จากการสัมภาษณ์

**ข้อมูลเชิงปริมาณ** ประกอบด้วย 1) การเก็บเก็บน้ำหนักของมารดาและการได้รับนมของทารก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test 2) ความสามารถของมารดาในการให้นมแม่แก่ทารกใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบค่าก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ 3) การปฏิบัติตามรูปแบบฯของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยและร้อยละ

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงข้อมูลวัตถุประสงค์ ระยะเวลาการทำวิจัย และปกปิดข้อมูล

ส่วนตัว เปิดโอกาสให้ได้ซักถามข้อสงสัยได้ตลอดการเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้มารดาหลังคลอดมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

## ผลการศึกษา

### ประเมินตามระยะการศึกษาดังนี้

#### 1. ผลการศึกษาศาสนาการณ์ในระยะที่ 1

จากการศึกษาศาสนาการณ์ ได้สะท้อนให้เห็นประเด็น

ปัญหาและความต้องการในการพัฒนา ดังนี้

1.1 มารดาหลังคลอดขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการบีบเก็บน้ำนมที่ถูกต้อง ระยะเวลาการบีบนม การลง

บันทึก และการส่งนมที่ตึกเด็ก ขาดแรงจูงใจในการบีบเก็บน้ำนม รวมทั้งกังวลการเจ็บป่วยของทารก

1.2 เจ้าหน้าที่ไม่มีแนวทางชัดเจน ในการช่วยเหลือมารดาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกรณีแม่แยกลูก การวางแผนจำหน่ายและ ดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

#### 2. ผลการศึกษาในระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกรณีแม่แยกลูก นาฬิกาสื่อรักลูกด้วยนมแม่แม่แยกกัน

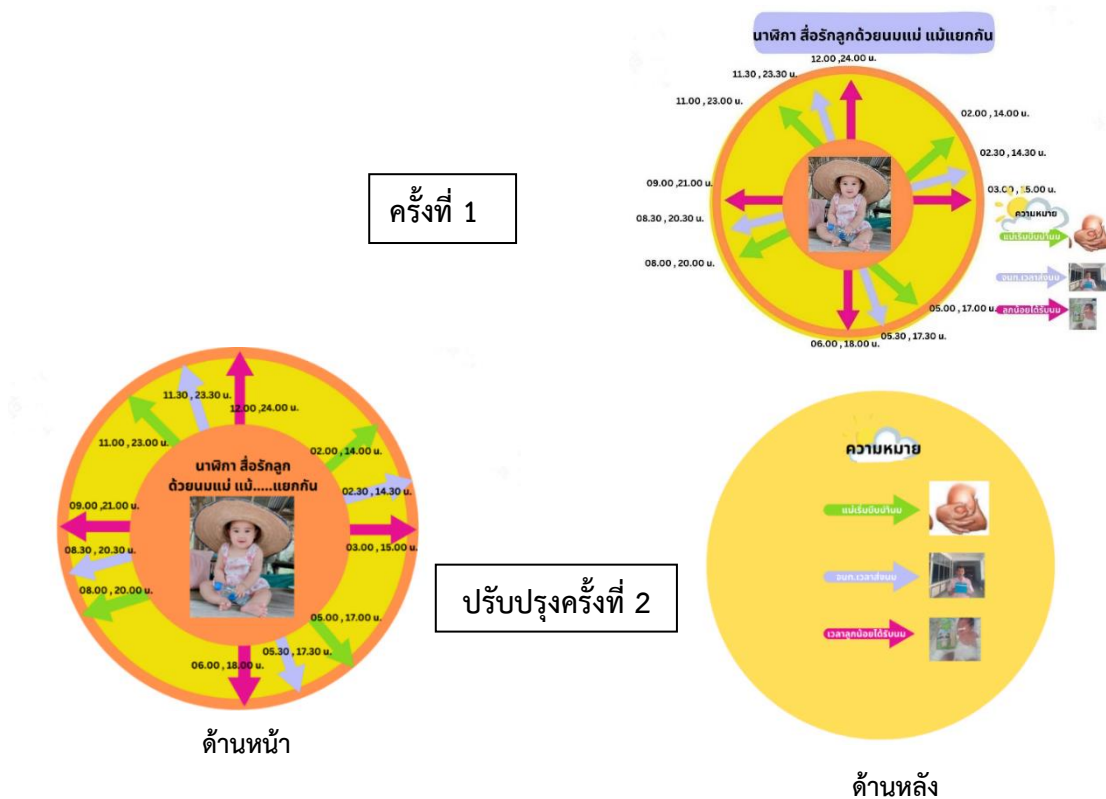
รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก ด้วยการใช้นาฬิกาสื่อรักด้วยนมแม่แม่แยกกัน ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบรูปแบบที่พัฒนาขึ้นใหม่กับการปฏิบัติแบบเดิม

| การปฏิบัติโดยวิธีเดิม (แบบปกติ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | การปฏิบัติรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ขั้นตอนที่ 1</b> พยาบาลให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดในการบีบเก็บน้ำนมเมื่อมารดาพร้อม อยู่ในช่วง 4- 8 ชั่วโมง หลังคลอดหรือเมื่อมารดาพร้อม</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 2</b> พยาบาลแนะนำการบีบเก็บน้ำนมและส่งนมโดยมารดาหลังคลอดหรือญาติ การบีบนมไม่ได้ระบุเวลาบีบ แนะนำบีบเก็บทุก 3 ชั่วโมง นาน 10-15 นาที/เต้า/รอบ</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 3</b> พยาบาลแต่ละเวรติดตามการบีบเก็บน้ำนมและกระตุ้นทุก 3 ชั่วโมง</p> <p>-ไม่มี</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 4</b> พยาบาลโทรศัพท์สอบถามอาการของทารกในทุกเวรตึก (ช่วงเช้า 07.00น. เพื่อการวางแผนการดูแลมารดาและการแจ้งข้อมูลอาการทารกเบื้องต้น ให้แผนการรักษาเป็นไปในแนวทางเดียวกัน)</p> | <p><b>ขั้นตอนที่ 1</b> ในระยะหลังคลอด 2-4 ชั่วโมงแรก พยาบาลให้ความรู้ประโยชน์ของนมที่มีต่อมารดาและทารก สอน/สาธิต การนวดเต้านมและการบีบเก็บน้ำนมที่ถูกวิธี อธิบายกลการสร้างและหลั่งน้ำนม การส่งนม และเวลาของการได้รับนมของทารก</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 2</b> สอนการใช้นาฬิกาสื่อรักลูกด้วยนมแม่แม่แยกกัน โดยมารดาสามารถบริหารจัดการการบีบเก็บน้ำนมของตนเองภายใน 24 ชั่วโมง ระบุเวลาบีบนม 05.00 น., 08.00น....ทุก 3 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง และลงบันทึกการบันทึกปริมาณน้ำนมหน้าเตียง จากนั้นสอนวิธีการเก็บนมในตู้เย็น และการส่งนมที่หอผู้ป่วยทารกเด็กตามเวลาที่ทารกได้นม คือ ส่งนมหลังเวลามารดาบีบนม 30 นาทีเพื่อให้ได้น้ำนมที่สดใหม่ ระบุเวลาส่งนมให้มารดาได้รับรู้ในนาฬิกาฯ คือ 05.30 น., 08.30 น....จนครบ 24 ชั่วโมง พร้อมระบุเวลาการให้นมทารก คือเวลา 06.00 น., 09.00 น. ...เรื่อยไปจนครบ 24 ชั่วโมง จะเห็นได้ว่ามารดาจะได้ตระหนักถึงความสำคัญในการบีบนมให้ตรงตามช่วงเวลาเพื่อให้ทารกได้น้ำนมอย่างสม่ำเสมอ มีสมุดบันทึกการรับและส่งนม</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 3</b> พยาบาลเจ้าของไข้ ติดตามประเมินตรวจเยี่ยมมารดาหลังคลอดทุก 3 ชั่วโมง ประเด็นการตรวจเยี่ยม การบีบเก็บน้ำนม การลงบันทึกเวลาบีบเก็บและปริมาณของน้ำนม</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 4</b> ส่งปรึกษาคลินิกนมแม่ทุกราย เพื่อฝึกทักษะการบีบเก็บน้ำนมเพิ่มเติมให้เกิดความชำนาญมากขึ้น สร้างความมั่นใจให้มารดา</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 5</b> พยาบาลตรวจสอบการเก็บน้ำนม เตรียมน้ำนมให้เจ้าหน้าที่ประจำตึก นำส่งที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด รูปแบบที่พัฒนาขึ้นร่วมกับการใช้นาฬิกาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แม่แยกกัน มีการให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการเตือนตนเองบริหารจัดการบีบนม ด้วยตัวเอง โดยมีเจ้าหน้าที่คอยกระตุ้น</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 6</b> พยาบาลโทรศัพท์สอบถามอาการทารกและแผนการรักษาในแต่ละวันแจ้งข้อมูลกับมารดาและญาติ พร้อมให้กำลังใจเสริมแรงมารดา</p> |

| การปฏิบัติโดยวิธีเดิม (แบบปกติ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | การปฏิบัติรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ขั้นตอนที่ 5 ประเมินการมาของน้ำนมก่อนจำหน่าย รายงานแพทย์เจ้าของไข้หากน้ำนมยังไม่มาเพื่อการแก้ไขต่อไป</p> <p>ขั้นตอนที่ 6 ให้ข้อมูลมารดาเกี่ยวกับแหล่งให้คำปรึกษาและดูแลแม่ที่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p> <p>ขั้นตอนที่ 7 ให้ใบส่งต่อนมกับมารดาหลังคลอดเพื่อไปยื่นให้เจ้าหน้าที่เมื่อไปตรวจหลังคลอดยังโรงพยาบาลปลายทาง</p> | <p>ขั้นตอนที่ 7 ประเมินปริมาณน้ำนมมารดาก่อนกลับบ้าน การมาของน้ำนมและการได้รับนมของทารก ทบทวน/ให้คำแนะนำการคงการสร้างน้ำนม การเก็บนม และการนำส่งนม แนะนำแหล่งประโยชน์ช่องทางสำหรับการติดต่อเมื่อพบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเมินความพึงพอใจของมารดาก่อนจำหน่าย</p> <p>ขั้นตอนที่ 8 จัดระบบสายด่วน/ทางด่วนในการให้คำปรึกษาและดูแลแม่ที่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่</p> <p>ขั้นตอนที่ 9 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังคลอดเมื่อครบ 7 วันหลังคลอดเพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความต้องการความช่วยเหลือรวมถึงการดูแลตนเองหลังคลอดของมารดา</p> |

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบรูปแบบส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก ด้วยการใช้นาฬิกาสื่อสารกับด้วยนมแม่แม่แยกกันที่พัฒนาขึ้น

การปรับปรุณนาฬิกาสื่อสารกับด้วยนมแม่แม่แยกกัน ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและการนำใช้ของมารดาหลังคลอดและเจ้าหน้าที่



ภาพที่ 2 แสดงการปรับปรุงต้นแบบนาฬิกาสื่อสารกับด้วยนมแม่แม่แยกกัน



### ขั้นตอนการดำเนินการมีทั้งหมด 9 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ในระยะหลังคลอด 2-4 ชั่วโมงแรก พยาบาลให้ความรู้ประโยชน์ของนมที่มีต่อมารดาและทารก สอน/สาธิต การนวดเต้านมและการบีบเก็บน้ำนมที่ถูกต้อง อธิบายกลการสร้างและหลั่งน้ำนม การส่งนม และเวลาของการได้รับนมของทารก (วันที่ 1)

**ขั้นตอนที่ 2** สอนการใช้นาฬิกาสู้อรักลูกด้วยนมแม่แม่แยกกัน โดยมารดาสามารถบริหารจัดการการบีบเก็บน้ำนมของตนเองภายใน 24 ชั่วโมง ระยะเวลาบีบนม 05.00 น., 08.00 น....ทุก 3 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง และลงบันทึกการบันทึกปริมาณน้ำนมหน้าเตียง จากนั้นสอนวิธีการเก็บนมในตู้เย็น และการส่งนมที่หอผู้ป่วยทารกเด็กตามเวลาที่ทารกได้นม คือ ส่งนมหลังเวลามารดาบีบนม 30 นาทีเพื่อให้ได้น้ำนมที่สดใหม่ ระยะเวลาส่งนมให้มารดาได้รับรู้ในนาฬิกา คือ 05.30 น., 08.30 น....จนครบ 24 ชั่วโมง พร้อมระบุเวลาการให้นมทารก คือเวลา 06.00 น., 09.00 น. ...เรื่อยไปจนครบ 24 ชั่วโมง จะเห็นได้ว่ามารดาจะได้ตระหนักถึงความสำคัญในการบีบนมให้ตรงตามช่วงเวลาเพื่อให้ทารกได้น้ำนมอย่างสม่ำเสมอ มีสมุดบันทึกการรับและส่งนม (วันที่ 1)

**ขั้นตอนที่ 3** พยาบาลเจ้าของไข้ ติดตามประเมินตรวจเยี่ยมมารดาหลังคลอดทุก 3 ชั่วโมง ประเด็นการตรวจเยี่ยมการบีบเก็บน้ำนม การลงบันทึกเวลาบีบเก็บและปริมาณของน้ำนม (เข้ากิจกรรมโรงเรียนแม่-ลูกการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในวันที่ 2 ตามปกติของกิจกรรมหอผู้ป่วย)

**ขั้นตอนที่ 4** ส่งปรึกษาศลินิกนมแม่ทุกราย เพื่อฝึกทักษะการบีบเก็บน้ำนมเพิ่มเติมให้เกิดความชำนาญมากขึ้น สร้างความมั่นใจให้มารดา (วันที่ 2)

**ขั้นตอนที่ 5** พยาบาลตรวจสอบการเก็บน้ำนม เตรียมความพร้อมให้เจ้าหน้าที่ประจำตึก นำส่งที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดรูปแบบที่พัฒนาขึ้นร่วมกับการใช้นาฬิกาสื่อรักลูกด้วยนมแม่แม่แยกกัน มีการให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการเตือนตนเองบริหารจัดการบีบนม ด้วยตัวเอง โดยมีเจ้าหน้าที่คอยกระตุ้น (ทุกเวร)

**ขั้นตอนที่ 6** พยาบาลโทรศัพท์สอบถามอาการทารกและแผนการรักษาในแต่ละวันแจ้งข้อมูลกับมารดาและญาติ พร้อมให้กำลังใจเสริมแรงมารดา (ทุกเวรตึก)\*\*หากทารกอาการเปลี่ยนแปลงสามารถประสานได้ทุกเวร

**ขั้นตอนที่ 7** ประเมินปริมาณน้ำนมมารดาก่อนกลับบ้าน การมาของน้ำนม และการได้รับนมของทารก ทบทวน/ให้คำแนะนำการคงการสร้างน้ำนม การเก็บนม และการนำส่งนม แนะนำแหล่งประโยชน์ช่องทางสำหรับการติดต่อเมื่อพบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเมินความพึงพอใจของมารดาก่อนจำหน่าย (วันจำหน่าย)

**ขั้นตอนที่ 8** จัดระบบสายด่วน/ทางด่วนในการให้คำปรึกษาและดูแลแม่ที่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (เบอร์โทรศัพท์หอผู้ป่วยหลังคลอด/คลินิคนมแม่)

**ขั้นตอนที่ 9** โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังคลอดเมื่อครบ 7 วันหลังคลอดเพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความต้องการความช่วยเหลือรวมถึงการดูแลตนเองหลังคลอดของมารดา (เวชกรรมสังคม/คลินิคนมแม่)

1. ทารกได้รับนมแม่ (Colostrum) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด
2. มารดาบีบเก็บน้ำนมภายใน 4 ชั่วโมงหลังคลอด
3. เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดาที่แยกกับลูก

ภาพที่ 3 แสดงรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก ด้วยการใช้นาฬิกาสื่อรักด้วยนมแม่แม่แยกกัน

จากการยกร่างรูปแบบมีคำแนะนำทั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิ มารดาหลังคลอดและพยาบาลผู้นำใช้ ดังนี้ รูปแบบฯ จาก 7 ขั้นตอนเป็น 9 ขั้นตอน เพิ่มการติดตามเยี่ยมหลังคลอดทางโทรศัพท์เมื่อครบ 7 วัน เพื่อติดตามประเมินปัญหาและความต้องการของมารดาหลังคลอด และปรึกษาศลินิกนมแม่ช่วง วันที่ 1-2 หลังคลอดทุกราย ในส่วนของนาฬิกา เสนอแนะว่ามีตัวหนังสือที่ซ้อนทับกัน ปรับให้มีหน้า-หลัง ปรับการส่งนมจากญาติให้เป็นเจ้าหน้าที่ประจำตึก/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ให้ปฏิบัติในทุกเวร เพื่อให้ทารกได้รับนมที่สดใหม่เสมอ ซึ่งพัฒนารูปแบบฯ และปรับปรุงโดยใช้กรอบการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน<sup>๑</sup> ดังแสดงในภาพที่ 3 ข้างต้น

**ผลลัพธ์ของการพัฒนา** ผลลัพธ์ของการพัฒนาในระยะนี้คือ

1. รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกรณีแม่แยกลูกมีค่า CVI เท่ากับ 0.88
2. นาฬิกาสื่อรักลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก มีค่า CVI 0.94 ตามลำดับ
3. ผลการศึกษาในระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาแบบการใช้นาฬิกาสื่อรักลูกด้วยนมแม่แม่แยกกัน โดยนำนาฬิกาสื่อรักลูกด้วยนมแม่แม่แยกกัน ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอดที่แยกแม่ลูก มีระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 71 คน รวมเป็น 142 คน และพยาบาลผู้นำใช้รูปแบบฯจำนวน 10 คนสรุปผลดังนี้

**ผลการวิจัย**

### 3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง



3.1.1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 142 ราย ซึ่งได้รับการแยกแม่ลูก เพื่อให้ทารกได้รับการรักษาที่ตึกเด็กป่วย ซึ่งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีอายุระหว่าง 18-45 ปี และอายุเฉลี่ย 28 ปี (S.D. $\pm$ 6.25 ) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 41.7 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.4 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.6 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 25 ขณะที่ร้อยละ 16.1 ของมารดาหลังคลอดไม่ได้ทำงาน สถานภาพสมรส ร้อยละ 50.7 ประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวนมารดาที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 50.6 และ 49.4 ตามลำดับ การคลอดส่วนใหญ่ร้อยละ 54.15 เป็นการผ่าตัดคลอด คลอดทางช่องคลอดร้อยละ 45.85 คลอดเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 37 สัปดาห์ (S.D. $\pm$ 3.01) ทารกมีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 2,501 ถึง 3,999 กรัม ร้อยละ 53.6 รองลงมาคือ 2,001 ถึง 2,500 กรัม โดยทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะที่ไม่แตกต่างกัน

3.1.2 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมด 10 คน เพศหญิง มีอายุในช่วง 26 – 44 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาโทด้านการพยาบาลเด็ก 1 คน การผดุงครรภ์ 1 คน เฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง 2 คน รวมคิดเป็นร้อยละ 40 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหลังคลอด มากกว่า 10 ปี 4 คน และอีก 6 คน ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหลังคลอด มากกว่า 1 ปี

### 3.2 การบีบเก็บน้ำนมทันทีหลังคลอด 4

**ชั่วโมง** พบว่ากลุ่มทดลองได้บีบเก็บน้ำนมทันทีหลังคลอด 4 ชั่วโมง ร้อยละ 86 (Mean=1.28, S.D.=0.45) และกลุ่มควบคุมร้อยละ 70 (Mean=1.14, S.D.=0.35) กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.00) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบมารดาหลังคลอดบีบเก็บน้ำนมทันทีหลังคลอด 4 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test

| ข้อมูล                                 | กลุ่มตัวอย่าง      |      |                   |      | สถิติที่ทดสอบ |         |
|----------------------------------------|--------------------|------|-------------------|------|---------------|---------|
|                                        | กลุ่มควบคุม (n=71) |      | กลุ่มทดลอง (n=71) |      |               |         |
|                                        | $\bar{x}$          | S.D. | $\bar{x}$         | S.D. | t             | p-value |
| การบีบเก็บน้ำนมทันทีหลังคลอด 4 ชั่วโมง | 5.14               | 0.35 | 1.28              | 0.45 | -2.07         | <0.001* |

p<0.05\*

p<0.05\*

**3.3 ทารกได้รับนมแม่ (Colostrum) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด** พบว่ากลุ่มทดลองทารกได้รับนมแม่ (Colostrum) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ร้อยละ 76 (Mean=1.28, S.D.=0.45) ส่วนในกลุ่มควบคุม ร้อยละ

70 (Mean=1.29, S.D.=0.45) เมื่อเปรียบเทียบการได้รับนมของทารกทั้ง 2 กลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบทารกได้รับนมแม่ (Colostrum) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Independent t-test

| ข้อมูล                                               | กลุ่มตัวอย่าง      |      |                   |      | สถิติที่ทดสอบ |         |
|------------------------------------------------------|--------------------|------|-------------------|------|---------------|---------|
|                                                      | กลุ่มควบคุม (n=71) |      | กลุ่มทดลอง (n=71) |      |               |         |
|                                                      | $\bar{x}$          | S.D. | $\bar{x}$         | S.D. | t             | p-value |
| ทารกได้รับนมแม่ (Colostrum) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด | 1.29               | 0.45 | 1.28              | 0.45 | 0.18          | 0.71    |

**3.4 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดาก่อนและหลังการใช้ “นาฬิกาสื่อรักลูกด้วยนมแม่แยกกัน”** ก่อนการใช้นวัตกรรมและหลังการใช้นวัตกรรม

รวมของมารดากลุ่มทดลอง (n = 71) พบว่ามีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p< 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดาก่อนและหลังการใช้นาฬิกาสื่อรักด้วยนมแม่แยกกัน (n = 71)

| การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดาหลังคลอด | $\bar{X}$ | S.D. | t     | p-value |
|----------------------------------------|-----------|------|-------|---------|
| ก่อนใช้นาฬิกาสื่อรักฯ                  | 62        | 7.5  | 14.28 | < .01** |
| หลังใช้นาฬิกาสื่อรักฯ                  | 80        | 6.20 |       |         |

**3.5 ระดับความพึงพอใจของมารดาในกลุ่มตัวอย่าง** พบว่า ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 80.3 รองลงมาพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 14.1 และพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.6 โดยมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า “รู้สึกเหมือนได้ สื่อสารกับลูกผ่านนาฬิกาบิบนม” และ “ระบบเตือนช่วยลดความเครียดและกังวล” เป็นต้น

**3.6 ผลลัพธ์ต่อทีมสหสาขา** สามารถปฏิบัติตามรูปแบบฯ ได้ ร้อยละ 97 ทั้งระบุว่าการติดตั้งนาฬิกาสื่อรักฯ เพิ่มความเข้าใจร่วมกันในการดูแล ทำให้มีการทำงานอย่างเป็นระบบ มีรูปแบบที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน

#### อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก โดยใช้ใช้นาฬิกาสื่อรักด้วยนมแม่แม่แยกกัน ซึ่งผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ใน 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

**1. การบีบเก็บน้ำนมทันทีหลังคลอด 4 ชั่วโมง** พบว่ากลุ่มทดลองได้บีบเก็บน้ำนมทันทีหลังคลอด 4 ชั่วโมง ร้อยละ 86 (Mean, S.D.= 1.28, .45) ส่วนในกลุ่มควบคุมได้บีบเก็บน้ำนมทันทีหลังคลอด 4 ชั่วโมง ร้อยละ 70 (Mean=1.14, S.D.=0.35) กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้วินิตดกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Spatz (2004) ที่ระบุว่า “การบีบนมอย่างสม่ำเสมอทุก 3 ชั่วโมง เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การหลั่งน้ำนมเกิดขึ้นต่อเนื่อง” ผลนี้แสดงให้เห็นว่าการมีอุปกรณ์ช่วยเตือนเวลาบีบนมอย่างเป็นระบบ ช่วยให้มารดามีระเบียบวินัย ลดการหลงลืม และสร้างแรงกระตุ้นภายใน (Intrinsic motivation) ที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้น้ำนมมาเร็วและปริมาณเพิ่มขึ้น<sup>3</sup> ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Vijitsukon et al. (2014) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลและการเตือนเวลาช่วยเพิ่มการบีบนมได้ร้อยละ 70<sup>7</sup>

**2. ผลของรูปแบบต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy)** ผลการวิจัยพบว่าหลังการใช้นาฬิกาสื่อรักฯ มารดามีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .01$ ) สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่ใช้หลักทฤษฎี Self-Efficacy ของ Bandura (1997) สามารถเสริมสร้างความเชื่อมั่นของมารดาในการให้นมแม่ได้จริง นาฬิกาสื่อรักฯ มีบทบาทเสมือน “แรงสนับสนุนทางบวก”

ที่ช่วยให้มารดามั่นใจในความสามารถของตนเองว่าทำได้ แม้จะไม่ได้อยู่กับลูกก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Dennis (1999) ที่ระบุว่ามารดาที่มีระดับ Self-Efficacy สูง มีแนวโน้มให้นมแม่ต่อเนื่องและยาวนานกว่า มีแสวงหาวิธีการและเรียนรู้ที่จะทำให้ตนเองสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ<sup>13</sup>

**3. ทารกได้รับนมแม่ (Colostrum) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด** พบว่ากลุ่มทดลอง ทารกได้รับนมแม่ (Colostrum) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ร้อยละ 76 (Mean=1.28, S.D.=0.45) ส่วนในกลุ่มควบคุมทารกได้รับนมแม่ (Colostrum) ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ร้อยละ 70 (Mean=1.29, S.D.=0.45) เมื่อเปรียบเทียบการได้รับนมของทารกทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ทารกได้รับนมแม่ (Colostrum) ภายใน 24 ชั่วโมงมีคะแนนเพิ่มขึ้นแต่ไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<0.05$ ) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า หลังใช้รูปแบบฯ ทารกมีแนวโน้มได้รับนมเพิ่มขึ้น เป็นตัวช่วยกระตุ้นให้มารดาได้จัดระเบียบตนเองให้บีบนมทุก 3 ชั่วโมง ช่วยให้กระบวนการสร้างน้ำนมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้เกิดความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นกัน ทารกได้รับนมแม่ต่อเนื่องเป็นกลยุทธ์ที่สนับสนุนให้มารดาสามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้<sup>3,15,16</sup>

**4. ระดับความพึงพอใจของมารดา ต่อรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กรณีแม่แยกลูก** ด้วยการใช้นาฬิกาสื่อรักด้วยนมแม่แม่แยกกัน พบว่า ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 80.3 รองลงมาพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 14.1 และพึงพอใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.6 ตามลำดับ ผลของรูปแบบต่อความพึงพอใจและการประสานงานในทีมสหสาขามารดามีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับ “มากที่สุด” (ค่าเฉลี่ย 4.78 จาก 5) โดยเฉพาะด้าน “ความสะดวกและแรงจูงใจในการบีบนม” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบครอบคลุม (Holistic care) ที่มุ่งตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจของมารดา

**5. การปฏิบัติตามรูปแบบฯ ของพยาบาลวิชาชีพ** พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามรูปแบบฯ ได้ ร้อยละ 97 ทั้งระบุว่าการติดตั้งนาฬิกาสื่อรักฯ เพิ่มความเข้าใจร่วมกันในการดูแล ทำให้มีการทำงานอย่างเป็น

ระบบ มีรูปแบบที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นปัจจัย การสนับสนุนการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่บุคลากรทาง สุขภาพเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ ( $p < 0.05$ )<sup>15,16,17</sup>

#### ข้อเสนอแนะ

**1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้** ควรขยายผลการวิจัยปรับใช้หรือพัฒนาต่อยอดใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขต-นอกเขตสุขภาพที่ 7 ตาม บริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง พยาบาลควรใช้รูปแบบ นี้เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาและติดตามมารดาหลัง คลอด

**2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป** ควร ศึกษาการใช้รูปแบบนี้ในบริบทของมารดาที่ทารกคลอด ก่อนกำหนด เพื่อประเมินประสิทธิผลในประชากรกลุ่ม เฉพาะ มีการพัฒนานวัตกรรม “นาฬิกาสื่อรักฯ” ให้เป็น แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น ลด ต้นทุน และสามารถติดตามข้อมูลแบบเรียลไทม์ รวมถึง การศึกษาผลกระทบระยะยาวต่ออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่ 6 เดือนหลังคลอด

**3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย** กระทรวง สาธารณสุข ควรส่งเสริมและขยายผลรูปแบบนี้ไปยัง โรงพยาบาลเครือข่าย ควรจัดตั้ง “ศูนย์นวัตกรรมส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่” เพื่อสนับสนุนการพัฒนาอุปกรณ์ เทคโนโลยี แบบดิจิทัลในอนาคต และควรบรรจุหลักสูตร “การเสริมสร้าง Self-Efficacy ในมารดาหลังคลอด” ใน การอบรมพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก

#### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้โดยได้รับการ สนับสนุนจาก คณะผู้บริหาร กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาลโรงพยาบาล ขอนแก่น ขอขอบคุณบุคลากรในกลุ่มงานการพยาบาลสูติ- นรีเวช บุคลากรในกลุ่มงานกุมารเวชกรรม ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนมาดาหลังคลอดที่เข้ารับบริการใน โรงพยาบาลขอนแก่นทุกท่าน

#### References

1. World Health Organization. Increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes [Internet]. Geneva: WHO; 2019

[cited 2021 Feb 15]. Available from:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326049/WHO-NMH-NHD-19.22-eng.pdf>

2. National Statistical Office, UNICEF. Survey on the situation of children and women in Thailand 2019 (Multiple Indicator Cluster Survey) [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2019 [cited 2021 Nov 15]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/media/5146/file/Multiple%20Indicator%20Cluster%20Survey%202019.pdf>
3. Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. J Neonatal Nurs. 2004;18:385–396.
4. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. Lancet Glob Health [Internet]. 2015 [cited 2021 Feb 15];3:e199–205. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1)
5. Casper C, Sarapuk I, Pavlyshyn H. Regular and prolonged skin-to-skin contact improves short-term outcomes for very preterm infants: a dose-dependent intervention. Arch Pediatr [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 15];25:469–475. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.09.008>
6. Sasikan K, Rungsinan K. Breastfeeding in postpartum mothers with sick infants. Songklanagarind J Nurs. 2016;36:196–207.
7. Vijitsukon K, Sangperm P, Wattayu N, editors. Breastfeeding. Bangkok: Pre One; 2014. p. 63–82.
8. Bandura A. Social learning theory. New York: General Learning Press; 1977.
9. Wongwanich S. Research and development. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2005.

10. Srisatitnarakun B. Research methodology in nursing science. 5th ed. Bangkok: U&I Intermedia; 2010.
11. National Innovation Agency. Concepts of innovation creation. Bangkok: National Innovation Agency; 2020.
12. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G\*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009;41(4):1149–1160.
13. Dennis CL. Breastfeeding self-efficacy [Internet]. 2010 [cited 2021 Dec 12]. Available from: <http://www.cindyleedennis.ca/research/1-breastfeeding/breastfeeding-self-efficacy/>
14. Best J, Kahn JV. Research in education. 7th ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1995.
15. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A, et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants: results from a prospective national cohort study. PLoS One. 2014;9(2):e89077.
16. Kala S, Kaonak R. Breastfeeding in postpartum mothers with sick infants. Songklanagarind J Nurs. 2016;36(Suppl):196–207.
17. Chisuwan C, Prosopkittikun T, Sangperm P, Payakkaraung S. Predictive power of support from husbands, grandmothers, and nurses on duration of exclusive breastfeeding. J Nurs Sci. 2012;30(1):70–80.

## รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

นันท์ณัฏฐ์ โกสีย์ พบ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการหลายๆ ด้านอย่างรวดเร็วจึงมีความต้องการอาหารและพลังงานเพื่อส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นไปตามวัย การส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยจึงเป็นรากฐานของชีวิตที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยเชิงประจักษ์ในแง่ของการเจริญเติบโตให้สูงที่สุดส่วน

**วัตถุประสงค์:** เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์จากการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายไปใช้ในพื้นที่จริง

**วิธีการศึกษา:** รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ศึกษาในพื้นที่อำเภอศรีณรงค์ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 6 คน 2) ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีผลการประเมินไม่สมส่วน จำนวน 306 คน 3) ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน และข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามและแบบคัดกรองสูงที่สุดส่วนของเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบ Paired Samples t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

**ผลการศึกษา:** พบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้ปกครอง อสม.และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน 2) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อสม.ให้เยี่ยมติดตามซังน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินพัฒนาการเด็กทุกรายในชุมชน 3) พัฒนารูปร่างข้อมูลเด็กปฐมวัย 4) การติดตามเยี่ยมบ้าน หลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยมีความรู้ความเข้าใจด้านอาหารและโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นระดับสูง ( $\bar{X}=14.45$ , S.D.= 0.47) มีเจตคติอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}= 2.91$ , S.D.=0.09) มีพฤติกรรมในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับดี ( $\bar{X}=4.34$ , S.D.= 0.48) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนาสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญ ( $p<0.05$ ) ภาคีเครือข่ายหลังการพัฒนามีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.95$ , S.D.=0.68) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}= 4.08$  S.D.=0.81) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การมีส่วนร่วม และ ความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนาสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญ ( $p<0.05$ ) ซึ่งทำให้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน มีความครอบคลุมของการเฝ้าระวังและคัดกรองการซังน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็กปฐมวัยทุกคน และสามารถติดตามช่วยเหลือและส่งต่อเด็กปฐมวัยเด็กที่ไม่สมส่วนเพื่อส่งเสริมโภชนาการได้ครบทุกคน

**ข้อเสนอแนะ:** ควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีไปใช้ให้เต็มพื้นที่และกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วนเป็นอีกนโยบายหลักของอำเภอ โดยใช้กลไกการบริหารจัดการในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

**คำสำคัญ:** การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน, กระบวนการมีส่วนร่วม,ภาคีเครือข่าย

\*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) โรงพยาบาลศรีณรงค์

## A model for promoting health in early childhood to have good and proportionate height using the process of participation of network partners Si Narong District, Surin Province

Nunnaphat Kosee \*

### Abstract

**Introduction:** Early childhood is a period of rapid growth and development in many areas, requiring food and energy to support age-appropriate growth and development. Promoting nutrition in pregnant women and young children, which is fundamental to life, aims to achieve demonstrable health outcomes in early childhood, particularly in terms of growth.

**Objective:** To develop and study the outcomes of implementing a model for promoting healthy growth and development in early childhood using a participatory process involving network partners in real-world settings.

**Methods:** This research employed an action research design, conducted in Si Narong District. The sample consisted of three groups: 1) Six early childhood caregivers in child development centers; 2) Thirty-six parents of preschool children with disproportionate assessment scores; and 3) Twenty relevant network partners. A purposive sampling method was used to collect the data. Qualitative data were gathered through focus group discussions and debriefing, while quantitative data were collected from questionnaires and a screening tool for well-proportioned preschool children. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, paired samples t-test, and content analysis.

**Results:** The study found that the model for promoting healthy growth and development in early childhood, using a participatory process involving network partners, consisted of: 1) developing the capacity of parents, village health volunteers (VHVs), and childcare providers in early childhood development centers to acquire knowledge and skills in promoting healthy growth and development in early childhood; 2) developing the participation of VHV networks to visit, weigh, measure, and assess the development of all children in the community; 3) developing a database of early childhood children; and 4) conducting home visits. Following the development of this model, parents of early childhood children showed a significant increase in their knowledge and understanding of food and nutrition for young children ( $\bar{X}=14.45$ , S.D.=0.47), a positive attitude ( $\bar{X}=2.91$ , S.D.=0.09), and improved behavior in preparing food for young children ( $\bar{X}=4.34$ , S.D.=0.48). A comparison of the average scores for knowledge, attitude, and behavior in preparing food for young children revealed positive results. Before and after the development, a significant difference was found: after the development, participation was significantly higher than before ( $p<0.05$ ). Stakeholder networks showed a high level of participation and satisfaction after the development ( $\bar{X}=3.95$ , S.D.=0.68) ( $\bar{X}=4.08$ , S.D.=0.81). Comparing the average scores for participation and satisfaction before and after the development, a significant difference was found to be after the development ( $p<0.05$ ). This indicates that the outcome of the early childhood health promotion program, aiming for healthy height and weight, includes comprehensive monitoring and screening of all early childhood children through weight and height measurements, and the ability to follow up, assist, and refer all early childhood children with weight and height issues for nutritional support.

**Recommendation:** The model for promoting healthy growth and development in early childhood, utilizing a participatory process involving stakeholders, should be fully implemented throughout the area. Furthermore, promoting healthy growth and development in early childhood should be established as a key policy of the district, utilizing the management mechanism of the District-level Quality of Life Development Committee



**Keywords:** Promoting healthy growth and development in early childhood; participatory process; network partnerships

\*Senior Medical Specialist (General Medicine), Srinarong Hospital

## บทนำ

เด็กปฐมวัย เป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการหลาย ๆ ด้านอย่างรวดเร็วจึงมีความต้องการอาหารและพลังงานเพื่อส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นไปตามวัย เด็กวัยนี้ควรได้รับอาหารหลัก 3 มื้อ แต่ละมื้อจะต้องมีสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีความหลากหลาย การดื่มนมควรให้เด็กดื่มนมเป็นอาหารเสริมที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ แต่บางคนอาจยังติดการดื่มนม หยามน้ำ และติดขวดนม ทำให้สามารถรับประทานอาหารหลักได้น้อยลง ทำให้เด็กวัยนี้มักเกิดปัญหาสุขภาพเนื่องมาจากสารอาหารและพลังงานที่เด็กได้รับไม่เพียงพอต่อความต้องการที่มีมากขึ้น และเนื่องจากเด็กวัยนี้เป็นวัยที่ต้องการ อิสระในการตัดสินใจเลือกสิ่งต่างๆ ด้วยตัวเอง สามารถถูกเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งแวดล้อมได้ง่ายและมีการเรียนรู้ผ่านการเลียนแบบพฤติกรรมของผู้ใหญ่ จึงทำให้พบปัญหาสุขภาพทางโภชนาการที่พบมาก ได้แก่ เด็กอ้วนเกินไป มีรูปร่างเตี้ย และผอมน้ำหนักตัวน้อยเนื่องจากขาดสารอาหาร<sup>1</sup>

สถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทย มีเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี ที่สูงตีสัดส่วน ร้อยละ 60.8 หรือเปรียบเทียบกับง่ายๆ ว่า มี 6 ใน 10 คน เป็นเด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักในระดับสมส่วน (ในคนเดียว) จากแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย ซึ่งมีการกำหนดตัวชี้วัดของเด็กไทยอายุ 0-5 ปี ที่สูงตีสัดส่วนร้อยละ 68 จากสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า นอกจากปัญหาด้านการเจริญเติบโตของเด็กจะไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดแล้ว ยังสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาภาวะโภชนาการของเด็กไทยมีแนวโน้มในทางที่ไม่ดีนัก และเป็นสถานการณ์สำคัญ ที่ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ ความเป็นเลิศ 4 ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข หนึ่งใน 4 ด้านนั้น คือ ความเป็นเลิศด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดของการพัฒนาและสร้างศักยภาพเด็กปฐมวัยเป็นส่วนสูงเมื่ออายุ 5 ปี และร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่มีรูปร่างสูงตีสัดส่วน ทำให้ทุกฝ่ายที่

เกี่ยวข้องยังต้องมึบทบาทที่สำคัญในการประยุกต์แนวทางในการเสริมสร้างให้เด็กสูงตีสัดส่วน ไม่อ้วน ผอม เตี้ย ภายใต้รูปแบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของประเทศ<sup>2</sup>

เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของประเทศไทยในสังคมปัจจุบัน ต้องเร่งพัฒนาที่คน โดยให้ความสำคัญตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ไปจนถึงครรภ์ และหลังคลอด จนถึงอายุ 5 ปี เพราะจะทำให้เด็กสูงตีสัดส่วน แข็งแรง ลดค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล เมื่อเติบโตขึ้นก็ไม่ต้องเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเส้นเลือด ฯลฯ ฉลาดสติปัญญาดี มีประสิทธิภาพในการทำงาน มีความมั่นคงในหน้าที่การงาน ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยสูงตีสัดส่วนได้นั้น ครอบครัวต้องเป็นกำลังสำคัญ และยังคงอาศัยทุกภาคส่วน เช่น ชุมชน สังคม ภาครัฐและเอกชน และผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย เห็นความสำคัญด้านการส่งเสริมโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ และเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นรากฐานของชีวิต ให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยเชิงประจักษ์ในแง่ของการเจริญเติบโต

จากการสำรวจเด็กแรกเกิด ถึงอายุ 5 ปี ที่สูงตีสัดส่วน ของ อำเภอสรรคบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่าง ปี 2566 - 2568 พบว่ามี รูปร่างสูงตีสัดส่วน ร้อยละ 56.61, 48.63 และ 54.23 (เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 68) มี ภาวะเตี้ย ร้อยละ 13.54, 15.49 และ 13.32 (เกณฑ์เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 9) และมี ภาวะผอม ร้อยละ 8.27, 8.85 และ 9.64 (เกณฑ์เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 4.5) แสดงให้เห็นว่าการเจริญเติบโตของเด็กไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดสะท้อนถึงปัญหาภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย ในอำเภอสรรคบุรี ที่มีแนวโน้มในทางที่ไม่ดีนัก จำเป็นต้องหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยในการส่งเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพดี มีโภชนาการสมวัย ร่างกายแข็งแรงซึ่งแสดงออกผ่านการมีรูปร่างสมส่วน ไม่อ้วน ไม่ผอม และไม่เตี้ยจนเกินไป สิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้เด็กมีคุณลักษณะดังกล่าวคือ การที่ผู้ดูแลเด็กในครอบครัวยอมรับและเข้าใจปัญหาว่าเด็กมีรูปร่างไม่เป็นไปตามเกณฑ์ซึ่งอาจเกิดจากโภชนาการไม่สมวัย สมรรถภาพทางกายไม่สมบูรณ์ หรือการพักผ่อนที่ไม่

เพียงพอ เมื่อครอบครัวยอมรับปัญหาได้และพร้อมที่จะลงมือเพื่อสุขภาพที่ดีของบุตรหลาน ครอบครัวจะต้องเข้าใจว่าเด็กทุกคนเป็นบุคคล ซึ่งสามารถที่จะเรียนรู้และถูกผลักดันได้ให้มีพฤติกรรมที่ดีหรือไม่ดีได้ ซึ่งผู้ที่มีส่วนในการผลักดันให้เกิดพฤติกรรมของเด็กมีตั้งแต่พ่อแม่ บุคคลในครอบครัว โรงเรียน คนในสังคม ไปจนถึงผู้นำประเทศ โดยเข้ามาสร้างคุณลักษณะของเด็กผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางใดทางหนึ่ง ในระยะเวลาที่เพียงพอที่จะสามารถทำให้เด็กเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ดังนั้นหากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดร่วมมือกันในการทำตามนโยบายประเทศ คือให้โภชนาการที่เหมาะสม ออกกำลังกายที่เหมาะสมสม่ำเสมอและให้เด็กได้นอนหลับอย่างเพียงพอ และร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องในการทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพดี มีโภชนาการสมวัย ร่างกายแข็งแรง เป็นโอกาสที่เด็กจะได้รับการพัฒนาให้มีคุณลักษณะของเด็กไทยที่พึงประสงค์ คือ มีแรงบันดาลใจ มีความคิดสร้างสรรค์ มีจิตสาธารณะ และมุ่งมั่นทำงานให้เกิดผลในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการมาช่วยกันปรับปรุงและแก้ไข เพื่อสร้างประชากรที่มีคุณภาพในการพัฒนาสังคมไทยและสังคมโลกต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

#### วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้รูปแบบ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart<sup>3</sup> ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ในพื้นที่การวิจัย คือ อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 6 คน โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มที่ 2 ผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีผลการประเมินไม่สมส่วน จำนวน 306 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan<sup>4</sup> เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) กลุ่มที่ 3 บุคลากรที่เกี่ยวข้อง คือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลศรีณรงค์ จำนวน 1 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 คน ผู้อำนวยการกองศึกษาในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 6 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 6 คน รวมทั้งหมด จำนวน 20 คนโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ มีด้วยกัน 3 ชุด คือ

1.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ปกครองในการส่งเสริมโภชนาการของเด็กปฐมวัย ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กปฐมวัย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย/เดือน อายุเด็ก เด็กมีน้ำหนักแรกเกิด อาการเจ็บป่วยของเด็ก เด็กมีโรคประจำตัว และการได้รับวัคซีนของเด็ก จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย โดยมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับสารอาหาร ความสะอาดปลอดภัย และถูกหลักโภชนาการแบบเลือกตอบ 1 คำตอบ มี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทัศนคติด้านการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับสารอาหาร ความสะอาดปลอดภัย และถูกหลักโภชนาการ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย ไม่แน่ใจ/เฉยๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมในการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 พฤติกรรมการเตรียมอาหารของผู้ปกครองในภาพรวมมีจำนวน 10 ข้อ และ ด้านที่ 2 พฤติกรรมการเตรียมอาหารของผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามของแบบสอบถามในส่วนนี้ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ สม่าเสมอ, บ่อยครั้ง, ปานกลาง, นานๆ ครั้ง และ ไม่ปฏิบัติ

- 1.2 แบบคัดกรองสูงที่สุดส่วน ของ เด็กปฐมวัยของ กรมอนามัย<sup>5</sup>

1.3 แบบสอบถามชุดที่ 3 ใช้สำหรับสอบถามเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุด โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอศรีนคร จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 10 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็น แบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุด โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีนคร จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 6 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็น แบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย สถานการณ์เด็กปฐมวัยสูงที่สุดส่วน ในพื้นที่ ปัญหาของเด็กปฐมวัยสูงที่สุดส่วนมีสาเหตุมาจากอะไร การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร ปัญหาอุปสรรคที่พบ แนวทางในการแก้ไขปัญหาการเกิดการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วนมีอะไรบ้าง ควรดำเนินการอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาจากค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา หาค่า IOC กำหนดให้ค่า IOC (Index of Congruence) มีค่า 0.5 ขึ้นไป จึงจะถือว่าได้สอดคล้องกัน ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเชิงปริมาณ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 ทุกชุด และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient)<sup>6</sup> และแบบสอบถามที่วัดความรู้ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson 20: KR20)<sup>7</sup> ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเชิงปริมาณ ดังนี้ แบบสอบถามชุดที่ 1 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามชุดที่ 3 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงคุณภาพ นำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มละ 2 ราย แล้วปรับแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

**ขั้นตอนดำเนินการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ ดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่ 1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีนคร จังหวัดสุรินทร์ 2) ศึกษาข้อมูลบริบทพื้นที่ ข้อมูลทางด้านสถานะสุขภาพของ เด็กปฐมวัย 3) ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน ข้อมูลการคัดกรองสูงที่สุดส่วน ของเด็กปฐมวัย 4) ประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่มีผลการประเมินไม่สมส่วน

2. ระยะดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ประกอบด้วย 1) ศึกษาและวิเคราะห์ ข้อมูลที่รวบรวมได้ในระยะเตรียมการ โดยการศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2) ระดมสมองเพื่อรวบรวมความคิดเห็นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีนคร จังหวัดสุรินทร์ 3) เตรียมความพร้อมการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยการกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบในการดำเนินงาน 4) จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

2.2 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) นำแนวทางที่พัฒนาขึ้นตามแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ในขั้นตอนที่ 1 คือ 1) กิจกรรมส่งเสริมเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบด้วย (1) ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจกับเครือข่าย (2) ประชุมเชิงปฏิบัติการการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลเด็กปฐมวัยสูงที่สุดส่วน 2) กิจกรรมพัฒนาฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย (1) การรวบรวมและพัฒนาฐานข้อมูลด้านสุขภาพเด็กปฐมวัย (2) กิจกรรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาความรู้ เสริมสร้างทักษะ การเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ทีมภาคีเครือข่าย เพื่อการดูแลเด็กปฐมวัย (3) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน 3) ผลักดันสู่แผน 3 ปีขององค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อการมียุทธศาสตร์ด้านการดูแลเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย (1) ประกาศเป็นนโยบายของท้องถิ่นอย่างชัดเจน (2) จัดเวทีสาธารณะในชุมชนเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานภาคส่วนต่างๆ ทั้งในชุมชนและนอกชุมชน 4) กิจกรรมการพัฒนาความรู้ของ

ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ให้สูงสุด (ส่วน 5) ถอดบทเรียนการทำงานของเครือข่าย ในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุด

2.3 ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ประกอบด้วย 1) ติดตามการดำเนินงาน/สังเกตผล 2) ประเมินผลการดำเนินงาน คือ (1) ประเมินความรู้ เจตคติ และ พฤติกรรม ในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุด (ส่วน 5) ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ก่อน-หลัง การดำเนินกิจกรรม (2) ประเมินระดับสูงสุด (ส่วน 5) ของเด็กปฐมวัย ก่อน-หลังการดำเนินกิจกรรม (3) ประเมินการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย ต่อรูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุด

2.4 ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ประกอบด้วย 1) สรุปผลการดำเนินงานปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุด (ส่วน 5) 2) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จ และ 3) แนวทางการพัฒนาในรอบต่อไป

**สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และ สถิติ Paired samples t-test ในข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอน การดำเนินการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความทุกข์ทรมาน จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่ม จึงได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัย เลขที่โครงการวิจัย 104/2568 วันที่ 30 มิถุนายน 2568 และประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

## ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์สูงสุด (ส่วน 5) เด็กปฐมวัยและบริบทที่เกี่ยวข้อง ของอำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ สรุปได้ ดังนี้

1.1 ผลการคัดกรองสูงสุด (ส่วน 5) เด็กปฐมวัยของอำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ระหว่าง ปี 2566 - 2568 พบว่า มีรูปร่างสูงสุด (ส่วน 5) ร้อยละ 56.61, 48.63 และ 54.23 (เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 68) มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 13.54, 15.49 และ 13.32 (เกณฑ์เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 9) และมี ภาวะผอม ร้อยละ 8.27, 8.85

และ 9.64 (เกณฑ์เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 4.5) แสดงให้เห็นว่าการเจริญเติบโตของเด็กไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดสะท้อนถึงปัญหาภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยในอำเภอศรีนครินทร์มีแนวโน้มในทางที่ไม่ดีนัก จำเป็นต้องหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการส่งเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพดี มีโภชนาการสมวัย ร่างกายแข็งแรงซึ่งแสดงออกผ่านการมีรูปร่างสมส่วน ไม่อ้วน ไม่ผอม และไม่เตี้ยจนเกินไป สิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้เด็กมีคุณลักษณะดังกล่าวคือ การที่ผู้ดูแลเด็กในครอบครัวยอมรับและเข้าใจปัญหาว่าเด็กมีรูปร่างไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ซึ่งอาจเกิดจากโภชนาการไม่เหมาะสม สมรรถภาพทางกายไม่สมบูรณ์ หรือการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ

1.2 ผลการศึกษาความรู้ด้านการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 60.13 โดยเรื่องที่ตอบถูกมากที่สุด คือ อาหารมื้อเช้าเป็นอาหารมื้อที่สำคัญมากที่สุดสำหรับเด็ก ตอบถูก ร้อยละ 83.00 ตอบถูกน้อยที่สุดคือเด็กที่ไม่ชอบดื่มนมวัวหรือแพ้นมวัว สามารถดื่มนมวัวเหลืองทดแทนได้ ตอบถูก ร้อยละ 8.13 เจตคติในด้านการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.34, S.D. = 0.68) เจตคติที่ดีที่สุดคือ ท่านคิดว่าเด็กที่ได้รับประทานอาหารได้มากและอ้วนเป็นเด็กที่น่ารัก น่าเอ็นดู ( $\bar{X}$  = 2.36, S.D. = 0.57) มีพฤติกรรมในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย ระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.66, S.D. = 0.66) เรื่องที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการปรุงอาหารรับประทานเองที่บ้าน ( $\bar{X}$  = 3.85, S.D. = 0.49)

1.3 สภาพปัญหาและสาเหตุปัญหาของเด็กปฐมวัยที่มีผลการประเมินไม่สมส่วน สรุป คือ การได้รับสารอาหารไม่ครบ 5 หมู่ การบริโภคอาหารขยะ/ น้ำหวานมากเกินไป ไม่กินอาหารหลัก 3 มื้อ/เว้นมื้อ กินจุบจิบ/ไม่กินตรงเวลา พฤติกรรมการเลี้ยงดู เช่น การป้อนอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการเป็นแบบอย่างที่ดี ไม่มีกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ/การออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมและกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการนอนหลับอย่างมีคุณภาพ การติดโทรศัพท์/แท็บเล็ต เป็นต้น ดังนั้น การส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยสูงสุด (ส่วน 5) ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกิน การนอน และการส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้เหมาะสม

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุด (ส่วน 5) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของ



ภาคีเครือข่ายอำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย

2.1 การพัฒนาศักยภาพ ผู้ปกครอง อสม.และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุด ส่วน และวางแผนการดำเนินการแก้ไขปัญหาโภชนาการร่วมกัน ได้แนวทางการดำเนินงาน คือ 1) การติดตามซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยทุกรายในชุมชน โดย อสม.ในหมู่บ้านที่รับผิดชอบและผู้ปกครองเด็กนักเรียน เดือนละ 1 ครั้ง บันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก 2) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไตรมาสละ 1 ครั้ง สรุปผลแจ้งผู้ปกครองเพื่อทราบและกรณีพบความผิดปกติ/สงสัยผิดปกติ แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศรีณรงค์ 3) การติดตามซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็กปฐมวัย โดย อสม. ไตรมาสละ 1 ครั้ง 4) การติดตามซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็กปฐมวัย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไตรมาสละ 1 ครั้ง และ 5) สรุปผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกเยี่ยมติดตามพร้อมช่วยผู้ปกครอง และ อสม.ในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุด ไตรมาสละ 1 ครั้ง

2.2 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อสม.ให้เยี่ยมติดตามซึ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและประเมินพัฒนาการเด็กทุกรายในชุมชน โดยเน้นการอบรมอสม.ให้มีความรู้เรื่องพัฒนาการ 4 ด้าน (ร่างกาย, อารมณ์, สังคม, สติปัญญา) การใช้เครื่องมือประเมิน (เช่น DSPM) การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามโภชนาการและพัฒนาการ การประสานงานกับ รพ.สต. และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง และส่งเสริมให้พ่อแม่มีส่วนร่วมใช้เครื่องมือเฝ้าระวังเด็กในบ้าน พร้อมสร้างเครือข่ายเข้มแข็งให้เด็กในชุมชนทุกคนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ

2.3 พัฒนารูปร่างข้อมูลเด็กปฐมวัย มุ่งเน้นที่ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศการพัฒนาเด็กปฐมวัย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบออนไลน์ การบันทึกข้อมูลพื้นฐานเด็ก บุคลากร และการประเมินพัฒนาการให้เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง ครบถ้วน เพื่อใช้เป็นข้อมูลการดำเนินงาน และกำหนดนโยบาย เพื่อให้ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

2.4 การติดตามเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.ติดตามการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุด ส่วน โดยใช้ช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์มือถือ หรือในไลน์ส่วนตัว เมื่อพบว่าเด็กยังไม่ดีขึ้นจะประสานข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล อสม.หรือครูผู้ดูแลเด็ก เพื่อทำการติดตามผู้ปกครองในการส่งเสริมเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุด ส่วน อีกช่องทางหนึ่ง

3. ผลลัพธ์จากการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุด ส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ไปใช้ในพื้นที่จริง

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่เป็น ปู่ ย่า/ตา ยาย ร้อยละ 61.76 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.08 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 20.92 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.54 รองลงมาอายุ 50 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.41 สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 63.07 รองลงมา แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 25.16 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.85 รองลงมา ไม่ได้เรียน/อ่านหนังสือไม่ออก คิดเป็นร้อยละ 10.78 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 40.84 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 73.85 ส่วนใหญ่เด็กปฐมวัยอายุระหว่าง 2 - 4 ปี ร้อยละ 61.76 มีน้ำหนักแรกเกิดระหว่าง 2,000 - 2,500 กรัม ร้อยละ 46.08 ไม่มีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 96.08 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.08 และ ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ ร้อยละ 87.91

3.2 ความรู้ ด้านการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ( $\bar{X}$ =14.45, S.D.= 0.47) ร้อยละ 100 โดยเรื่องที่ตอบถูกมากที่สุด คือ อาหารมื้อเช้าเป็นอาหารมื้อที่สำคัญมากที่สุดสำหรับเด็ก ตอบถูก ร้อยละ 98.02 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ปกครองเด็กปฐมวัยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p<0.05$ ) (ตารางที่ 1)

3.3 เจตคติในการจัดเตรียมอาหาร สำหรับเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ มีเจตคติอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$ = 2.91, S.D.=0.09) โดยเจตคติที่ดีที่สุด คือ ท่านคิดว่าการที่เด็กรับประทานอาหารได้มากและอ้วน เป็นเด็กที่น่ารัก น่าเอ็นดู ( $\bar{X}$ = 2.98, S.D.=0.28) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติในการจัดเตรียมอาหาร สำหรับเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยเจตคติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีอย่างมีนัยสำคัญ ( $p<0.05$ ) (ตารางที่1)

3.4 พฤติกรรมในการการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย ของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}=4.34$ , S.D.= 0.48) ร้อยละ 100 โดยเรื่องที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการปรุงอาหารรับประทานเองที่บ้าน ( $\bar{X}=4.48$ , S.D.= 0.68) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ปกครองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p<0.05$ ) (ตารางที่1)

3.5 ภาควิชาที่เกี่ยวข้อง ที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 มีอายุ ระหว่าง 40 - 49

ปี ร้อยละ 45.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 95.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.00 อาชีพ รับราชการ ร้อยละ 70.00 รายได้ โดยรวมเฉลี่ย 15,001-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 55.55 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 3-5 ปี ร้อยละ 50.00 สถานะทางสังคม เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 40.00 ในส่วนการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ บุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุดมีส่วนร่วม พบว่าหลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.95$ , S.D.=0.68) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.08$  S.D.=0.81) เมื่อเปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ย การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนาสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ( $p<0.05$ )ดังแสดงในตารางที่1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุดมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

| รายการประเมิน                                                                                                    | ก่อนการพัฒนา |      | หลังการพัฒนา |      | t-test | p-value |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|--------------|------|--------|---------|
|                                                                                                                  | $\bar{x}$    | S.D. | $\bar{x}$    | S.D. |        |         |
| ผู้ปกครอง                                                                                                        |              |      |              |      |        |         |
| 1. ความรู้ด้านการส่งเสริมโภชนาการ                                                                                | 11.25        | 0.67 | 14.45        | 0.47 | 5.614  | .000*   |
| 2. เจตคติในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย                                                                     | 2.31         | 0.42 | 2.91         | 0.09 | 4.672  | .000*   |
| 3. พฤติกรรมในการการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย                                                                | 3.48         | 0.61 | 4.34         | 0.48 | 4.364  | .000*   |
| ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง                                                                                       |              |      |              |      |        |         |
| 1. การมีส่วนร่วมต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุดมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย | 3.46         | 0.52 | 3.95         | 0.68 | 6.712  | .000*   |
| 2. ความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุดมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย | 3.42         | 0.48 | 4.08         | 0.81 | 4.422  | .000*   |

\* $p<0.05$

4. ผลลัพธ์ของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุดมีส่วนร่วม มีความครอบคลุมของการเฝ้าระวังและคัดกรองการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็กปฐมวัยทุกคน สามารถติดตามช่วยเหลือและส่งต่อเด็กปฐมวัยที่ไม่สมส่วนเพื่อส่งเสริมโภชนาการได้ครบทุกคน

#### อภิปรายผลการศึกษา

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุดมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมด้านการส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้จากการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพ ผู้ปกครอง อสม.และครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงสุดมีส่วนร่วม 2) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย อสม.ให้เฝ้าติดตามชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง



และประเมินพัฒนาการเด็กทุกรายในชุมชน 3) พัฒนาฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย และ 4) การติดตามเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับการวิจัยของ ช่อทิพย์ โกมลวาทิน<sup>9</sup> ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตพื้นที่อำเภอแก่งหางแมว จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองมีความรู้ในระดับปานกลาง มีความตระหนักในระดับมาก และมีการปฏิบัติในระดับดี เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ วิวัน ละมุนเทียร วิภากร สอนสนาม ชูดาภา เพิ่มวงศ์ และมยุรี กมลบุตร<sup>10</sup> ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการส่งเสริมโภชนาการของผู้ดูแลและระดับภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการส่งเสริมการบริโภคอาหารเด็ก วัยก่อนเรียนในความรู้และอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ระดับภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสมส่วน รองลงมาผอม แต่ยังไม่พบว่ามีกลุ่มที่เริ่มอ้วน อ้วน และท้วม ตามลำดับจากมากไปหาน้อยร่วมด้วย จึงเห็นได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วน มีความครอบคลุมของการเฝ้าระวังและคัดกรองการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็กปฐมวัย ทุกคน และสามารถติดตามช่วยเหลือและส่งต่อเด็กปฐมวัยเด็กที่ไม่สมส่วนเพื่อส่งเสริมโภชนาการได้ครบทุกคน

2. ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งผล คือ หลังการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้ปกครอง มีความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ( $\bar{X}=14.45$ , S.D.= 0.47) ร้อยละ 100 โดยเรื่องที่ตอบถูกมากที่สุด คือ อาหารมื้อเช้าเป็นอาหารมื้อที่สำคัญมากที่สุดสำหรับเด็ก ตอบถูก ร้อยละ 98.02 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ด้านการส่งเสริมโภชนาการของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ปกครองเด็กปฐมวัยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p<0.05$ ) มีเจตคติอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}= 2.91$ , S.D.=0.09) โดยเจตคติที่ดีที่สุด คือ ท่านคิดว่าเด็กที่ได้รับประทานอาหารได้มากและอ้วน เป็น

เด็กที่น่ารัก น่าเอ็นดู ( $\bar{X}= 2.98$ , S.D.=0.28) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติในการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ปกครอง มีค่าเฉลี่ยเจตคติ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p<0.05$ ) มีพฤติกรรมในการการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}=4.34$ , S.D.= 0.48) ร้อยละ 100 โดยเรื่องที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการปรุงอาหารรับประทานเองที่บ้าน ( $\bar{X}=4.48$ , S.D.= 0.68) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย ระหว่างก่อนและ หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ปกครองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p<0.05$ ) และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หลังการพัฒนา มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=3.95$ , S.D.=0.68) และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}= 4.08$  S.D.=0.81) เมื่อเปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ย การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา สูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ( $p<0.05$ ) สอดคล้องกับการวิจัยของ ณัฐพันธ์ เพียรธัญญกรรม วรินญา อาจธรรม รัสวรรณ แสนคำหมื่น และ ธัญญาศิริ โสมคำ<sup>10</sup> ได้ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วนในยุคนประเทศไทย 4.0 โดยใช้ PPCT Model ผลการศึกษา พบว่า การสร้างศักยภาพเด็กปฐมวัยภายใต้รูปแบบการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของประเทศไทย 4.0 โดยมีวิธีการที่ทุกหน่วยของสังคมที่เด็กอยู่อาศัยได้เข้ามามีส่วนร่วมกันเพื่อปรับปรุง แก้ไขปัญหาที่มีความสอดคล้องกับ PPCT Model ซึ่งเป็นโมเดลที่ถูกพัฒนามาเพื่อใช้ในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการหรือพฤติกรรมในทางบวก เกิดการแก้ไขปัญหาสุขภาพและก่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน

#### ข้อเสนอแนะ

ควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายไปใช้ให้เต็มพื้นที่และกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้สูงที่สุดมีส่วน เป็นอีกนโยบายหลักของอำเภอโดย

ใช้กลไกการบริหารจัดการในรูปแบบของคณะกรรมการ  
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

#### เอกสารอ้างอิง

1. Bureau of Nutrition. Growth of children aged 0–5 years. In: Guidelines for nutrition promotion in well-child clinics: Manual for health professionals. Bangkok: National Office; 2015.
2. Division of Strategy and Planning, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. National 20-year strategic plan for public health (2017–2036). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018.
3. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2005. p. 567–605.
4. Nilpan M. Educational research. Nakhon Pathom: Silpakorn University Press; 2010.
5. Department of Health, Ministry of Public Health. Manual for early childhood development promotion officers: Accelerated hospital-based training course. Bangkok: Agricultural Cooperative Federation of Thailand Printing Press; 2021.
6. Cronbach LJ. Essentials of psychological testing. 5th ed. New York: Harper Collins Publishers; 1990.
7. Srisard B. Statistical methods for research, Vol. 1. 5th ed. Bangkok: Suweeriyasarn; 2013.
8. Komolwatin C. Factors related to nutritional status and development of early childhood children in child development centers, Kaeng Hang Maeo District, Chanthaburi Province [master's thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2020.
9. Lamonthian W, Sonsanam W, Permwong C, Kamolbut M. Knowledge, attitudes, and behaviors in nutrition promotion among caregivers and nutritional status of preschool children. Vajira Nursing Journal. 2022;24(1):67–74.
10. Piantanyakam N, Aejatham W, Saenkhammun R, Somkham T. Promoting appropriate growth in early childhood during Thailand 4.0 using the PPCT model. Journal of Health Science, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong. 2021;5(3):1–11

## ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น

รัชกร ประสริระเก ศศ.ม.\*

ธนพร บึงมูม ส.ม.\*\*

สงกรานต์ กลั่นด้วง ส.ม.\*\*\*

ประภาวดี เวชพันธ์ พธ.ด.\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

**ที่มาและความสำคัญ:** การจัดการขยะในสถานบริการสาธารณสุขมีความซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศ สุขภาพประชาชน และความยั่งยืนของสังคมในระยะยาว หากบุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะที่ที่เหมาะสม ย่อมส่งผลให้การคัดแยกขยะไม่เป็นไปตามมาตรฐาน

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น

**วิธีดำเนินการศึกษา:** เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง สุ่มแบบแบ่งชั้น เป็นสายบริการคลินิก 170 คน สายสนับสนุน 114 คน เก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์

**ผลการศึกษา:** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้การจัดการขยะในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.94 รองลงมาในระดับมาก ร้อยละ 43.37 โดยเฉพาะการคัดแยกขยะทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 95.07 และขยะที่เป็นเข็มฉีดยา ร้อยละ 94.01 ทักษะต่อการคัดแยกขยะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 96.48 และการปฏิบัติตัวในการคัดแยกขยะ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 69.72 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทักษะ ( $p=0.001$ ) และ ประสบการณ์ในการทำงาน ( $p=0.05$ )

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** ควรส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องและต่อเนื่อง พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจและพัฒนาาระบบสนับสนุนเพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการคัดแยกขยะ, บุคลากร, การคัดแยกขยะ

---

\*บรรณารักษ์ชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

\*\*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น

\*\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

\*\*\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น

## Factors Influencing Waste Separation Behavior of Khon Kaen Hospital Personnel

Ratchaporn Praseerakae M.A.\*

Thanaporn Bungmoom M.P.H.\*\*

Songkran Klunduang M.P.H.\*\*\*

Prapawadee Wachapan PhD\*\*\*\*

### Abstract

**Background:** Waste management in healthcare facilities is a complex process that significantly affects ecosystems, public health, and long-term societal sustainability. Inadequate knowledge, understanding, and inappropriate attitudes among healthcare personnel may result in improper waste segregation that fails to meet established standards.

**Objective:** To examine factors associated waste separation behavior among personnel at Khon Kaen Hospital.

**Methods:** This study employed a cross-sectional descriptive research design. The study sample was selected using stratified random sampling and consisted of 170 personnel from clinical service units and 114 personnel from support service units. Data were collected using a questionnaire assessing factors influencing waste separation behaviors among personnel at Khon Kaen Hospital. Data analysis was performed using descriptive statistics and chi-square tests.

**Results:** The findings indicated that the majority of participants demonstrated a moderate level of knowledge regarding healthcare waste management (48.94%), followed by a high level of knowledge (43.37%). High compliance was observed particularly in the segregation of general waste (95.07%) and sharps waste (94.01%). Attitudes toward waste segregation were predominantly positive, with 96.48% of participants reporting a high level of favorable attitudes. Waste segregation practices were mostly at a high level (69.72%). Factors significantly associated with waste segregation behaviors were attitude toward waste segregation ( $p = 0.001$ ) and work experience ( $p = 0.05$ ).

**Conclusion:** The findings suggest that promoting positive attitudes toward waste separation is crucial for improving correct and consistent practices. Additionally, enhancing motivation and strengthening support systems may help reduce operational barriers and improve sustainable waste management practices in healthcare facilities.

**Keywords:** Waste separation behavior; Hospital personnel; Healthcare waste management

---

\*Librarian, Professional Level, Khon Kaen Hospital

\*\*Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Khon Kaen Hospital

\*\*\*Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

\*\*\*\* Registered Nurse, Senior Professional Level, Khon Kaen Hospital

## บทนำ

สถานการณ์ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากขยะมูลฝอยทวีความรุนแรงขึ้นทั่วโลก จากรายงานดัชนีการเกิดและการรีไซเคิลขยะ (Waste Generation and Recycling Indices) พบว่า ในแต่ละปีมีขยะมูลฝอยชุมชนเกิดขึ้นมากกว่า 2.1 พันล้านตัน แต่มีเพียงประมาณร้อยละ 16 เท่านั้นที่ได้รับการนำกลับมาใช้ใหม่ ส่วนที่เหลือถูกกำจัดด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในวงกว้างสำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2566 มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นประมาณ 26.95 ล้านตัน ซึ่งสะท้อนถึงความท้าทายในการจัดการขยะที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>1</sup>

ในบริบทของสถานพยาบาล ปัญหาการจัดการขยะมีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงกว่าพื้นที่ทั่วไป เนื่องจากมีขยะหลากหลายประเภท ทั้งขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล ขยะอันตราย และขยะติดเชื้อ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่าขยะจากสถานพยาบาลประมาณร้อยละ 85 เป็นขยะไม่อันตราย และร้อยละ 15 เป็นขยะอันตรายหรือติดเชื้อ ซึ่งหากไม่มีการคัดแยกที่ถูกต้องตั้งแต่ต้นทาง ขยะไม่อันตรายอาจปนเปื้อนและกลายเป็นขยะอันตราย ส่งผลให้ต้นทุนการกำจัดเพิ่มสูงขึ้น และสร้างความเสี่ยงด้านความปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญ WHO ได้เน้นย้ำว่า พฤติกรรมของบุคลากร คือหัวใจสำคัญของการจัดการขยะ ณ แหล่งกำเนิด ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกและสำคัญที่สุดของระบบทั้งหมด<sup>2</sup>

โรงพยาบาลขอนแก่นในฐานะโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ เป็นแหล่งกำเนิดขยะปริมาณมหาศาลจากกิจกรรมทางการแพทย์และกิจกรรมสนับสนุนบริการ โดยข้อมูลปี พ.ศ.2567 พบว่าโรงพยาบาลมีปริมาณขยะรวมถึง 3,421.47 ตัน ประกอบด้วยขยะทั่วไป 2,880.00 ตัน ขยะติดเชื้อ 435.09 ตัน ขยะรีไซเคิล 94.84 ตัน และขยะ

อันตราย 11.53 ตัน ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการกำจัดสูงถึง 7,116,163 บาทต่อปี<sup>3</sup> สถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการจัดการขยะให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งยวด เนื่องจากจะนำไปสู่ความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับกลไกที่ส่งผลต่อพฤติกรรม และสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนานโยบาย มาตรการ และแนวทางการส่งเสริมที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และสนับสนุนการพัฒนางานที่ยั่งยืนตามแนวทาง Green & Clean Hospital ต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

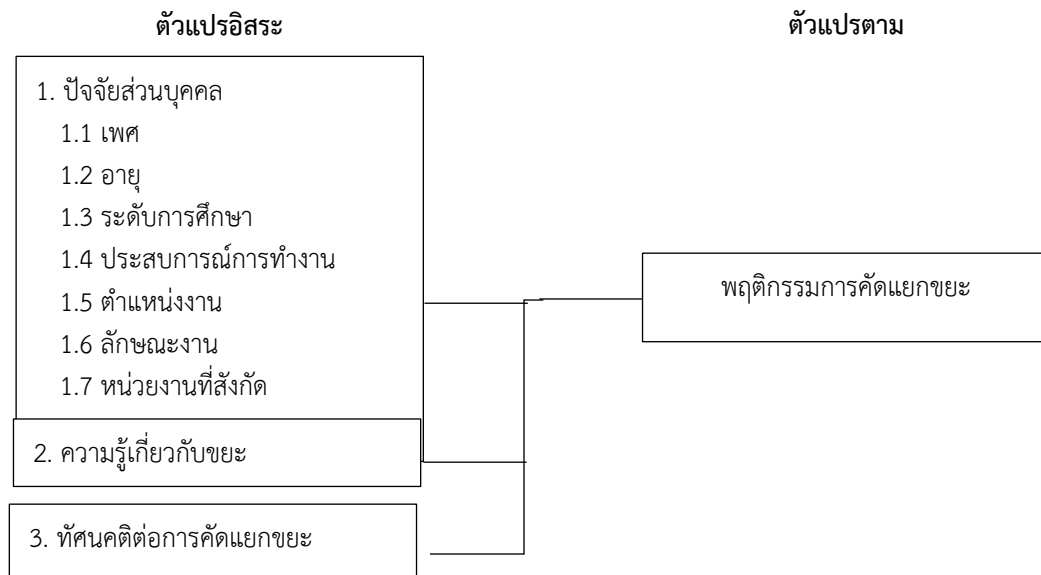
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน ถึง เดือนพฤศจิกายน 2568 ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่น เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 5,400 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2568)

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะของบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น ในด้านปัจจัย 3 ส่วน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล: เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ตำแหน่งงาน ลักษณะงาน และหน่วยงานที่สังกัด 2) ความรู้เกี่ยวกับขยะ และ 3) ทักษะต่อการคัดแยกขยะ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะ กรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) ซึ่งเป็นรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของกลุ่มประชากร ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อให้เห็นภาพรวมของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามได้อย่างชัดเจน<sup>4</sup>

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 5,400 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2568)<sup>5</sup> คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 284 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งบุคลากรออกเป็น 2 กลุ่มตามลักษณะงาน ได้แก่ สายบริการคลินิก (Clinical Staff) 170 คน และสายสนับสนุน (Support Staff) 114 คน จากนั้นจึงทำการสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละชั้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรทั้งหมด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วน<sup>6</sup> ดังนี้

ส่วนที่ 1: ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามทัศนคติต่อการคัดแยกขยะ จำนวน 10 ข้อ (มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ)

ส่วนที่ 4: แบบสอบถามพฤติกรรมคัดแยกขยะ จำนวน 10 ข้อ (มาตรวัดแบบ Rating Scale 5 ระดับ)

เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 0.89 และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แบบสอบถามความรู้ใช้ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป และแบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมคัดแยกขยะใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมา



จัดทำในรูปแบบสอบถามออนไลน์โดยใช้โปรแกรม Google Forms

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้ถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การคัดแยกขยะ จากนั้นใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) คือ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติ กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของบุคลากร

### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2568 เลขที่โครงการวิจัย KEF68044 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามจะได้รับคำชี้แจง การแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย โดยการตอบแบบสอบถามถือเป็นการแสดงความยินยอมโดยสมัครใจ ผู้ตอบสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ การรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล ไม่มีการเปิดเผย

นำเสนอในภาพรวม และใช้เป็นประโยชน์เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น

### ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรู้ ทักษะ พฤติกรรมเกี่ยวกับการคัดแยกขยะ และผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะ ดังนี้

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 284 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.48 มีอายุระหว่าง 46-55 ปี ร้อยละ 28.17 รองลงมาคือช่วงอายุ 26-35 ปี ร้อยละ 27.82 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.46 และมีประสบการณ์การทำงานที่หลากหลาย

#### 2. ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะ

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะจำแนกแต่ละประเด็น ดังนี้

**2.1 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะ** กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะ จำนวน 10 ข้อ จำนวนและร้อยละที่บุคลากรตอบถูกต้องในข้อคำถามแต่ละข้อ ดังแสดงในตารางที่ 1 จากนั้นนำค่าคะแนนมาจำแนกระดับความรู้ในการจัดการขยะของบุคลากรออกเป็น 3 ระดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ คะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะที่ถูกต้องของกลุ่มตัวอย่าง (n=284)

| ข้อคำถาม                                                                                 | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| 1. การคัดแยกขยะในโรงพยาบาลที่ต้องมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญที่สุด                            | 238   | 83.80  |
| 2. ใครคือผู้รับผิดชอบหลักในการคัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทาง                                     | 255   | 89.79  |
| 3. ขยะทั่วไปในโรงพยาบาลควรแยกเก็บในถุงขยะสีใด                                            | 270   | 95.07  |
| 4. โรงพยาบาลขอนแก่น มีขยะประเภทใด มากที่สุดหากคิดตามน้ำหนัก                              | 60    | 23.94  |
| 5. ขยะที่เป็นเข็มฉีดยาใช้แล้วควรจัดเก็บในภาชนะใด                                         | 267   | 94.01  |
| 6. ขยะอันตรายในโรงพยาบาล ได้แก่ข้อใดต่อไปนี้                                             | 130   | 45.77  |
| 7. ขยะติดเชื้อในโรงพยาบาลขอนแก่น มีการกำจัดแบบใด                                         | 171   | 63.73  |
| 8. เรียงลำดับขั้นตอนการจัดการ กรณีขยะมูลฝอยติดเชื้อเกิดการรั่วไหลระหว่างขนย้ายได้ถูกต้อง | 173   | 60.92  |
| 9. ภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อที่มีคม ต้องบรรจุในภาชนะไม่เกินเท่าใด                   | 196   | 69.01  |
| 10. ข้อใดต่อไปนี้กล่าวถึงการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ ไม่ถูกต้อง                         | 223   | 78.52  |

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะของบุคลากร (n = 284)

| ระดับ                         | ช่วงค่าคะแนน          | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------|-----------------------|-------|--------|
| ระดับน้อย (Low Level)         | ค่าคะแนน 1.0 - 4.33   | 19    | 6.69   |
| ระดับปานกลาง (Moderate Level) | ค่าคะแนน 4.34 - 7.33  | 139   | 48.94  |
| ระดับมาก (High Level)         | ค่าคะแนน 7.34 - 10.00 | 126   | 43.37  |

จากตารางที่ 1 และ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 48.94 (คะแนนเฉลี่ย 4.34-7.33) ข้อที่ตอบได้ถูกมากที่สุดคือ “ขยะทั่วไปในโรงพยาบาลควรแยกเก็บในถุงขยะสีใด” ร้อยละ 95.07 และ “ขยะที่เป็นเข็มฉีดยาใช้แล้วควรจัดเก็บในภาชนะใด” ร้อยละ 94.01 ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด คือ “โรงพยาบาลมีขยะประเภทใดมากที่สุดหากคิด

ตามน้ำหนัก” โดยตอบถูกเพียง ร้อยละ 23.94 และ “ขยะอันตรายในโรงพยาบาล” ตอบถูกร้อยละ 45.77

**2.2 ทักษะการคัดแยกขยะ** กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทักษะการจัดการขยะ จำนวน 10 ข้อ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทักษะการคัดแยกขยะ ดังแสดงในตารางที่ 3 จากนั้นนำค่าคะแนนมาจำแนกระดับทักษะการคัดแยกขยะของบุคลากรออกเป็น 3 ระดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทักษะการคัดแยกขยะแยกรายข้อ (n=284)

| ข้อความ                                                                     | ค่าเฉลี่ย | S.D. | ระดับ   |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|------|---------|
| 1. ฉันคิดว่าการคัดแยกขยะเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกคนควรทำ                        | 4.81      | 0.58 | มาก     |
| 2. ฉันเชื่อว่าการคัดแยกขยะสามารถช่วยลดปัญหาสิ่งแวดล้อมได้                   | 4.79      | 0.61 | มาก     |
| 3. ฉันรู้สึกว่าการคัดแยกขยะในชีวิตประจำวันเป็นเรื่องยุ่งยาก                 | 3.65      | 1.35 | ปานกลาง |
| 4. ฉันคิดว่าการคัดแยกขยะไม่ใช่ความรับผิดชอบของฉัน                           | 4.01      | 1.20 | มาก     |
| 5. ฉันเชื่อว่าการคัดแยกขยะควรเริ่มที่ตัวเราเอง                              | 4.77      | 0.70 | มาก     |
| 6. ฉันรู้ว่าองค์กรหรือหน่วยงานควรจัดระบบคัดแยกขยะให้ชัดเจน                  | 4.74      | 0.66 | มาก     |
| 7. ฉันเห็นด้วยกับการให้ความรู้เรื่องการคัดแยกขยะในสถานที่ทำงาน              | 4.75      | 0.64 | มาก     |
| 8. ฉันรู้วิธีการแยกขยะเป็นอย่างดี (รู้ว่าขยะแต่ละประเภทรีไซเคิล ได้/ไม่ได้) | 4.25      | 0.83 | มาก     |
| 9. ฉันพร้อมจะให้ความร่วมมือหากหน่วยงานมีนโยบายส่งเสริมการคัดแยกขยะ          | 4.72      | 0.64 | มาก     |
| 10. ฉันรู้สึกว่าการที่ผู้อื่นไม่คัดแยกขยะมีผลต่อแรงจูงใจของฉันในการทำตาม    | 3.11      | 1.47 | ปานกลาง |

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของทักษะการคัดแยกขยะแยกตามระดับ (n=284)

| ระดับ                         | ค่าคะแนน               | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------|------------------------|-------|--------|
| ระดับน้อย (Low level)         | ค่าคะแนน 1.00 - 17.33  | 2     | 0.70   |
| ระดับปานกลาง (Moderate level) | ค่าคะแนน 17.34 - 33.67 | 8     | 2.82   |
| ระดับมาก (High level)         | ค่าคะแนน 33.68 - 50.00 | 274   | 96.48  |

จากตารางที่ 3 และ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการคัดแยกขยะอยู่ใน ระดับมาก ร้อยละ 96.48 (คะแนนเฉลี่ย 33.68-50.00) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะระดับ ปานกลาง ในประเด็น “ฉันรู้สึกว่าการคัดแยกขยะในชีวิตประจำวันเป็นเรื่องยุ่งยาก” (ค่าเฉลี่ย 3.65) และ “ฉันรู้สึกว่าการที่ผู้อื่นไม่คัด

แยกขยะมีผลต่อแรงจูงใจของฉันในการทำตาม” (ค่าเฉลี่ย 3.11)

**2.3 พฤติกรรมในการคัดแยกขยะ** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการคัดแยกขยะอยู่ใน ระดับมาก ร้อยละ 69.72 (คะแนนเฉลี่ย 33.68-50.00) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.82 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า

ข้อที่มีคะแนนพฤติกรรมในการคัดแยกขยะในระดับ น้อยที่สุด คือ “ล้างมือในขณะที่สวมถุงมือ หากมีการหยิบ จับขยะติดเชื้อ” โดยมีค่าเฉลี่ย 1.08 ซึ่งให้เห็นถึงช่องว่างด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

### 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะ

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) เพื่อหาความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะ พบว่ามีปัจจัย 2 ประการที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะ

| ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ตัวแปรต้น) | $\chi^2$ (องศาอิสระ, df) | p-value (Pr) | สรุปความสัมพันธ์ (p<0.05) |
|---------------------------------|--------------------------|--------------|---------------------------|
| เพศ                             | 4.69 (2)                 | 0.10         | ไม่มีความสัมพันธ์         |
| ระดับการศึกษา                   | 5.50 (12)                | 0.94         | ไม่มีความสัมพันธ์         |
| ความรู้                         | 21.64 (16)               | 0.16         | ไม่มีความสัมพันธ์         |
| ลักษณะงาน                       | 2.16 (2)                 | 0.34         | ไม่มีความสัมพันธ์         |
| ทัศนคติ                         | 63.58 (4)                | 0.001*       | มีความสัมพันธ์            |
| ประสบการณ์ในการทำงาน            | 9.49 (4)                 | 0.05*        | มีความสัมพันธ์            |

p < 0.05\*

ผลการวิเคราะห์ชี้ชัดว่า ทัศนคติต่อการคัดแยกขยะ (p=0.001) และ ประสบการณ์ในการทำงาน (p=0.05) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทางกลับกัน ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา ความรู้ และ ลักษณะงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ค้นพบประเด็นสำคัญที่น่าสนใจ คือ ทัศนคติ และ ประสบการณ์ในการทำงาน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ ความรู้ ซึ่งโดยทั่วไปมักถูกมองว่าเป็นปัจจัยพื้นฐาน กลับไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นประเด็นหลักที่ต้องนำมาอภิปรายเพื่อทำความเข้าใจในเชิงลึก

1. อิทธิพลของทัศนคติต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะ การค้นพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งยวดต่อพฤติกรรม (p=0.001) สอดคล้องกับงานวิจัยจำนวนมากทั้งในและต่างประเทศ เช่น การศึกษาในบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองสุโขทัยพบว่าทัศนคติเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสูงสุด ( $\beta = 0.519$ )<sup>7</sup> และการศึกษา

ปัจจัยที่มีผลต่อระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและการปฏิบัติการกำจัดมูลฝอยของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลเมืองเบงกอลู ประเทศอินโดนีเซีย ที่พบว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงบวกมีโอกาสปฏิบัติได้ถูกต้องมากกว่าถึง 6.24 เท่า (OR = 6.24) ผลลัพธ์นี้ยืนยันว่าความเชื่อ ความตระหนัก และการให้คุณค่าต่อการคัดแยกขยะ เป็นแรงขับเคลื่อนภายในที่สำคัญยิ่งกว่าความรู้เพียงอย่างเดียว<sup>8</sup> อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยยังพบว่าบุคลากรส่วนหนึ่งรู้สึกว่าการคัดแยกเป็นเรื่อง “ยุ่งยาก” และแรงจูงใจอาจลดลงเมื่อเห็นผู้อื่นไม่ปฏิบัติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าแม้ทัศนคติโดยรวมจะดีเยี่ยม แต่ยังคงมีอุปสรรคเชิงปฏิบัติและบรรทัดฐานทางสังคม (Social Norms) ที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม ผลการค้นพบนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากชี้ให้เห็นว่ามาตรการส่งเสริมพฤติกรรมควรลดการมุ่งเน้นที่การให้ความรู้ทั่วไป และหันมาให้ความสำคัญกับการจัดอุปสรรคหรือความรู้สึก “ยุ่งยาก” ในการปฏิบัติ พร้อมทั้งเสริมสร้างบรรทัดฐานทางสังคมเชิงบวก ซึ่งผลการวิจัยของเราได้ระบุว่าเป็นจุดอ่อนสำคัญท่ามกลางภูมิทัศน์ทางทัศนคติที่ส่วนใหญ่เป็นบวกอยู่แล้ว

2. ช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ (Knowledge - Practice Gap) ประเด็นที่น่าสนใจที่สุดคือการไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะ ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยบางส่วน แต่สอดคล้อง

กับการศึกษาที่ชี้ให้เห็นถึง “ช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ (Knowledge - Practice Gap)” อย่างชัดเจน เช่น การศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสวนพะยอม จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พบว่าบุคลากรมีความรู้ระดับสูง แต่พฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง<sup>9</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลเชิงคำ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ<sup>10</sup> และการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเมืองเดชบุรี ประเทศอินเดีย ที่พบว่าความรู้สูง (>70%) แต่การปฏิบัติที่ถูกต้องกลับมีน้อยกว่า 60% สาเหตุที่เป็นไปได้ของปรากฏการณ์นี้อาจเกิดจากความรู้ที่วัดผลอาจยังไม่เจาะจงพอ หรือมีอุปสรรคเชิงระบบบดบังอิทธิพลของความรู้<sup>11</sup> ช่องว่างดังกล่าวปรากฏชัดเจนในผลการวิจัยของเราเอง กล่าวคือ แม้ว่าบุคลากรจะมีความรู้โดยรวมในระดับปานกลางถึงสูง แต่การปฏิบัติที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ “การล้างมือขณะสวมถุงมือ” (ค่าเฉลี่ย 1.08) ซึ่งเป็นระเบียบปฏิบัติด้านความปลอดภัยขั้นพื้นฐาน สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าความจำเชิงกระบวนการ (Procedural memory) แรงกดดันจากภาระงาน หรืออุปสรรคเชิงระบบ อาจมีอิทธิพลเหนือกว่าความรู้เชิงทฤษฎีในห้วงเวลาสำคัญของการปฏิบัติงาน

3. ความสำคัญของการประสบการณ์ในการทำงาน การที่ประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ( $p=0.05$ ) สะท้อนให้เห็นว่าการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติงานจริง การได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และการเข้ารับการฝึกอบรม เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยหล่อหลอมพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ เช่นเดียวกับการศึกษาในบุคลากรโรงพยาบาลวังน้ำเขียวที่พบว่าการมีประสบการณ์ในการทำงานที่มากขึ้นสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้อง<sup>12</sup> การได้รับการอบรมเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ<sup>13</sup> และการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศจีนพบว่าบุคลากรที่มีประสบการณ์ทำงาน 6-10 ปี มีคะแนนความรู้และทัศนคติสูงกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 2 ปี<sup>14</sup> ซึ่งสอดคล้องอย่างยิ่งกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่สังเคราะห์งานวิจัย 29 เรื่อง และสรุปว่าการฝึกอบรมเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถเพิ่มโอกาสการปฏิบัติที่ถูกต้องได้ถึง 1.8–2.5 เท่า ประสบการณ์จึงอาจทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติที่เชี่ยวชาญและสม่ำเสมอ<sup>15</sup>

จากการอภิปรายผลข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าการส่งเสริมพฤติกรรมคัดแยกขยะให้มีประสิทธิภาพนั้น ไม่สามารถมุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้แต่เพียงอย่างเดียว แต่ต้องให้ความสำคัญกับการสร้างและรักษาทัศนคติเชิงบวก การจัดการกับอุปสรรคเชิงระบบ และการออกแบบการฝึกอบรมที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์การทำงานจริง ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในลำดับต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลสำคัญที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาศาสตร์และนโยบายการจัดการขยะของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนยิ่งขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติและข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคตดังนี้

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พัฒนากลยุทธ์เพื่อเปลี่ยนทัศนคติเชิงบวกให้เป็นการปฏิบัติที่สม่ำเสมอ: เนื่องจากบุคลากรมีทัศนคติที่ดีเป็นทุนเดิม โรงพยาบาลควรสร้างแรงจูงใจและนโยบายที่สนับสนุนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความรู้สึกว่าการคัดแยกเป็นเรื่องยุ่งยาก

1.2 ปรับปรุงระบบการฝึกอบรมให้เจาะจงกับจุดปฏิบัติการที่สำคัญ ควรทบทวนเนื้อหาการอบรม ให้เน้นย้ำในประเด็นที่บุคลากรยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน และที่สำคัญคือต้องเน้นการฝึกปฏิบัติในขั้นตอนด้านความปลอดภัยที่ถูกละเอียด เกิดความตระหนักและนำไปสู่การปฏิบัติจริง

1.3 สร้างบรรทัดฐานทางสังคม (Social Norms) และปรับปรุงระบบสนับสนุน เพื่อแก้ไขปัญหาแรงจูงใจที่ลดลงเมื่อเห็นเพื่อนร่วมงานไม่ปฏิบัติตาม ควรมีการสื่อสารนโยบายอย่างชัดเจนจากผู้บริหาร สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการคัดแยกขยะ และมีระบบกำกับติดตามที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้บุคลากรทุกคนรู้สึกว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นมาตรฐานที่ทุกคนต้องยึดถือร่วมกัน

#### 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การทำวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research): ควรมีการศึกษาเชิงลึกผ่านการสัมภาษณ์ หรือการสังเกตการณ์ เพื่อสำรวจสาเหตุที่แท้จริงของช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ (Knowledge-

Practice Gap) รวมถึงอุปสรรคเชิงระบบและวัฒนธรรมองค์กรที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม

2.2 การทำวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research): ควรมีการออกแบบและประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมหรือรูปแบบการฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นใหม่ เพื่อวัดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรมและค้นหารูปแบบการแทรกแซงที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

2.3 การใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพยากรณ์ (Predictive Analytics): การวิจัยในอนาคตควรใช้สถิติขั้นสูง เช่น การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) เพื่อวิเคราะห์ว่าปัจจัยใด (ทัศนคติ ประสิทธิภาพ ความรู้) มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรม การคัดแยกขยะได้ดีที่สุด ซึ่งจะช่วยให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของมาตรการได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาและการสนับสนุนอย่างดียิ่งจากคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลขอนแก่น คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติที่ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลขอนแก่นทุกระดับ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่นทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่าให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่องานวิจัยนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากงานวิจัยฉบับนี้ คณะผู้วิจัยขอมอบแด่ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Pollution Control Department. Annual report 2023: Waste and hazardous substances management. Bangkok: Pollution Control Department; 2023.
2. World Health Organization. World health statistics 2025: Monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2025.
3. General Administration Division, Khon Kaen Hospital. Khon Kaen Hospital waste statistics report 2024. Khon Kaen: Khon Kaen Hospital; 2024.
4. Jirawatkul A. Biostatistics for health science research. 2nd ed. Bangkok: Withayapat Publishing; 2010.
5. Human Resource Division, Khon Kaen Hospital. Personnel registry of Khon Kaen Hospital 2023. Khon Kaen: Khon Kaen Hospital; 2023.
6. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1977.
7. Noomuang S. Factors influencing infectious waste management behavior among health service network personnel in Mueang Sukhothai District, Thailand. Northern Science and Technology Journal. 2024;4(4):85–106.
8. Afriyanto S, Pitaksanurat R, Alis NJ, Setiyadi NA. Factors affecting the infectious waste management system and disposal practices among health workers in Bengkulu Hospital. Proceedings of the 2nd Sriwijaya International Conference of Public Health; 2019.
9. Toha K. Development model of solid waste management at Suan Phayom Health Promoting Hospital, Roi Et Province, Thailand. Journal of Community Public Health Council. 2020;2(1).
10. Mankhong T. Infectious waste separation behavior among personnel at Chiang Kham Hospital, Phayao Province, Thailand. Lanna Public Health Journal. 2016;13(1):37–50.
11. Nath B, Das M, Boro A, Hazarika K, Baruah P. Knowledge, attitude and practice of biomedical waste management among healthcare workers at Tezpur Medical

- College and Hospital. *Eur J Cardiovasc Med.* 2024;14(5):665–72.
12. Rujiratt P. Factors influencing infectious waste management behavior among hospital personnel at Wang Nam Khiao Hospital, Thailand. *Journal of Health Research and Development.* 2019;5(2):35–52.
  13. Buasriphan K. Factors associated with infectious waste management among public health personnel in subdistrict health promoting hospitals under Sing Buri Provincial Public Health Office [research report]. Sing Buri: Provincial Public Health Office; 2023.
  14. Wang J, Liu M, Wang D. Study on the relationship between medical staff's knowledge, attitude, and practice regarding medical waste management. *Front Health Serv.* 2025.
  15. Berihun G, et al. Healthcare waste management practices: A systematic review. *PLoS One.* 2025;20:e0334290.



## การพยาบาลทารกปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจลำบาก: กรณีศึกษา

ศิญาภรณ์ สามหาดีไทย พย.บ\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ** ปอดอักเสบในทารกเป็นภาวะติดเชื้อที่รุนแรงและอันตรายต่อชีวิต โดยเฉพาะในทารกแรกเกิดที่มีระบบภูมิคุ้มกันยังไม่สมบูรณ์ การพยาบาลทารกปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจลำบากจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดอัตราการเสียชีวิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทารกปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจลำบาก

**วิธีการศึกษา:** เป็นการศึกษากรณีศึกษา ศึกษาในผู้ป่วยทารกปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจลำบาก 2 ราย รับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษ 114/5 โรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วงเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ดูแล และข้อมูลจากเวชระเบียน ประเมินผู้ป่วยตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของ Orem ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูการดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย

**ผลการศึกษา:** ทารกทั้ง 2 รายได้รับการวินิจฉัยเป็นปอดอักเสบแต่กำเนิดร่วมกับภาวะหายใจลำบาก หลังให้การพยาบาลพบว่าทารกหายใจเองได้ดี กระตุ้นการดูดนมได้ดี ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มารดาบิดามีความรู้ความเข้าใจในการดูแลบุตร ทารกจำหน่ายกลับบ้าน ติดตามอาการพบว่าการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย

**สรุปและข้อเสนอแนะ** การใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลให้ทารกปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจลำบากได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

**คำสำคัญ:** การพยาบาล ทารกปอดอักเสบ ภาวะหายใจลำบาก

---

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

## Nursing Care for Congenital Pneumonia with Respiratory Distress: Case study

Siyaporn Samhadthai B.N.S.\*

### Abstract

**Background:** Congenital pneumonia is a severe and potentially life-threatening infectious condition, particularly among neonates whose immune systems are immature. Nursing care for infants with pneumonia complicated by respiratory distress plays a crucial role in reducing mortality and preventing serious complications.

**Objective:** To study the application of the nursing process in the nursing care of infants with congenital pneumonia and respiratory distress.

**Methods:** This study employed a case study design involving two infants diagnosed with congenital pneumonia accompanied by respiratory distress who were admitted to the Special Care Unit 114/5 at Khon Kaen Hospital between January and May 2025. Data were collected through direct observation, caregiver interviews, and review of medical records. Patient assessment was conducted using Gordon's 11 Functional Health Patterns in conjunction with Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. Nursing care was provided using the five-step nursing process across three phases: the critical phase, the recovery and continuity of care phase, and the discharge planning phase.

**Results:** Both infants were diagnosed with congenital pneumonia accompanied by respiratory distress. Following nursing care, the infants demonstrated effective spontaneous breathing, improved feeding ability, and were free from complications. Parents acquired adequate knowledge and understanding of infant care. The infants were discharged home, and follow-up assessments revealed age-appropriate growth and development.

**Conclusion and Recommendations:** The application of the nursing process combined with family participation resulted in effective nursing care for infants with pneumonia and respiratory distress. This approach contributed to reduced length of hospital stay and ensured patient safety by preventing complications.

**Keywords:** Nursing care, Congenital pneumonia, Respiratory distress

---

\* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

## บทนำ

ปอดอักเสบในทารกถือเป็นภาวะติดเชื้อที่รุนแรงและอันตรายต่อชีวิต โดยเฉพาะในทารกแรกเกิดและทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีระบบภูมิคุ้มกันยังไม่สมบูรณ์<sup>1</sup> ภาวะนี้เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส หรือเชื้อรา ในถุงลมปอดและเนื้อเยื่อปอด ทำให้เกิดการอักเสบและสะสมของของเหลวในถุงลมปอด ส่งผลให้เกิดภาวะหายใจลำบาก การแลกเปลี่ยนแก๊สผิดปกติ และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะขาดออกซิเจนในเลือด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อ<sup>2</sup>

จากการศึกษาอุบัติการณ์องค์การอนามัยโลกระบุว่า ปอดอักเสบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก โดยในปี 2022 มีเด็กเสียชีวิตจากปอดอักเสบประมาณ 740,000 ราย คิดเป็น 14% ของการเสียชีวิตทั้งหมดในกลุ่มอายุนี้อยู่<sup>3</sup> ในประเทศไทย สถิติจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของทารกที่เป็นปอดอักเสบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการเสียชีวิตจากปอดอักเสบในทารกไทยอยู่ที่ประมาณ 2-3% ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>4</sup>

บทบาทของพยาบาลในการดูแลทารกปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจลำบากมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากต้องใช้ความรู้ความสามารถในการประเมินอาการ การให้การพยาบาล และการติดตามอาการอย่างใกล้ชิด<sup>5</sup> พยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินสัญญาณชีพ การสังเกตอาการหายใจลำบาก การให้ออกซิเจน การดูแลทางเดินหายใจ การให้ยาตามแผนการรักษา และการให้การสุขศึกษาแก่ครอบครัว นอกจากนี้ยังต้องสามารถ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

| ข้อมูลการเจ็บป่วย           | กรณีศึกษาที่ 1                                                                                                                                                                                                                               | กรณีศึกษาที่ 2                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา | มารดาอายุ 33 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์คำนวณจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Last menstruation period; LMP) เท่ากับ 38 <sup>+</sup> 6 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลขอนแก่น ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำเดิน ผลเลือดปกติ มาตามนัดเพื่อผ่าตัดคลอด | มารดาอายุ 27 ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์คำนวณจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Last menstruation period; LMP) เท่ากับ 40 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลขอนแก่น ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำเดิน ผลเลือดปกติ มาตามนัดเนื่องจากถึงกำหนดคลอด |
| ประวัติการคลอด              | ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากเคยผ่าตัดคลอดครรภ์ก่อน ได้ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 3,490 กรัม คะแนน APGAR 9,10,10                                                                                                                            | คลอดโดยการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศเนื่องจากไม่มีแรงเบ่ง ได้ทารกเพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 3,106 กรัม คะแนน APGAR 8,9,9                                                                                                          |

ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพสูงสุด<sup>6</sup> การให้การพยาบาลที่มีคุณภาพจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้<sup>7</sup>

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทารกปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจลำบาก

## วิธีการดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณี (Case study) จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยทารกปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจลำบาก รับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษ 114/5 โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน มกราคม 2568 ถึง พฤษภาคม พ.ศ.2568 เก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกในเวชระเบียน การสังเกต การสอบถามประวัติจากญาติ และการตรวจร่างกาย ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนทั้ง 11 แบบแผนในการประเมินภาวะสุขภาพ ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

## ผลการศึกษา

1. ข้อมูลภาวะสุขภาพ รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของทารกปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจลำบาก ประกอบด้วย ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา ประวัติการคลอด อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ดังตารางที่ 1

| ข้อมูลการเจ็บป่วย             | กรณีศึกษาที่ 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | กรณีศึกษาที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| อาการสำคัญ                    | หายใจหอบหลังคลอด 3 ชั่วโมง                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | หายใจเข้าหลังคลอด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน    | นาที่ที่ 1 ตัวแดง มือเท้าเขียว กล้ามเนื้อและการตอบสนองดี อัตราการเต้นของหัวใจ 160 ครั้งต่อนาที ร้องไห้ดัง Apgar score = 9 คะแนน ให้ความอบอุ่นร่างกาย นาที่ที่ 5 แดงทั้งตัว ร้องด้นดี กล้ามเนื้อและการตอบสนองดี อัตราการเต้นของหัวใจ 160 ครั้งต่อนาที Apgar score = 10 คะแนน นาที่ที่ 10 แดงทั้งตัว ร้องด้นดี กล้ามเนื้อและ | นาที่ที่ 1 เขียวทั้งตัว กล้ามเนื้อและการตอบสนองดี อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้งต่อนาที ร้องไห้ดัง Apgar score = 8 คะแนน ให้ความอบอุ่นร่างกาย นาที่ที่ 5 ตัวแดง มือเท้าเขียว กล้ามเนื้อและการตอบสนองดี อัตราการเต้นของหัวใจ 160 ครั้งต่อนาที Apgar score = 9 คะแนน นาที่ที่ 10 มือเท้าเขียว กล้ามเนื้อและการตอบสนองดี อัตราการเต้นของหัวใจ 160 |
| ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน    | การตอบสนองดี อัตราการเต้นของหัวใจ 150 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 52 ครั้งต่อนาที Apgar score = 10 คะแนน และย้ายไปหามารดา                                                                                                                                                                                                   | ครั้งต่อนาที SpO <sub>2</sub> 80% Apgar score = 9 คะแนน ช่วยหายใจโดย CPAP 5 cmH <sub>2</sub> O                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว  | ผู้ป่วยทารกแรกเกิด                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ผู้ป่วยทารกแรกเกิด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรก | WBC 33,000 cell/mm, Hct 50.1 Vol% Neutrophil 73 % Lymphocyte 12.2 %                                                                                                                                                                                                                                                        | WBC 17,900 cell/mm, Hct 51.1 Vol% Neutrophil 72.2% Lymphocyte 7.4%,                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ผลการตรวจรังสีทรวงอก          | Infiltration right lower lung                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sunburst appearance                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| การวินิจฉัยแรก                | Congenital pneumonia with respiratory distress                                                                                                                                                                                                                                                                             | Congenital pneumonia with respiratory distress                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

2. การประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบการประเมิน  
 ภาวะสุขภาพของกอร์ดอน ผลการประเมินภาวะสุขภาพ  
 ตามกรอบแนวคิดแบบแผนการทำหน้าที่ด้านสุขภาพของ

กอร์ดอน Gordon เปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษาทั้ง 2  
 ราย รายละเอียด ดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแบบแผนสุขภาพสุขของกอร์ดอน

| แบบแผนสุขภาพ                           | กรณีศึกษาที่ 1                                                                                                                                                                                                                                               | กรณีศึกษาที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ | มารดารับรู้ว่าการเป็นบุตรคนที่ 2 ผู้ป่วยคลอดครบกำหนด ผ่าตัดคลอดเนื่องจากเคยผ่าตัดคลอดครั้งก่อน รับรู้ว่าที่บุตรต้องให้ออกซิเจนเพราะหลังคลอด 3 ชั่วโมงหายใจหอบ ผู้ป่วยเป็นทารกแรกเกิด ไม่สามารถสื่อสารความต้องการและความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองได้ | มารดารับรู้ว่าการเป็นบุตรคนแรก ผู้ป่วยคลอดครบกำหนด คลอดโดยการช่วยคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศเนื่องจากไม่มีแรงเบ่ง รับรู้ว่าที่บุตรต้องให้ออกซิเจนเพราะแรกคลอดมือเท้าเขียว และหายใจหอบหลังคลอด ผู้ป่วยเป็นทารกแรกเกิด ไม่สามารถสื่อสารความต้องการและความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองได้ |

| แบบแผนสุขภาพ                        | กรณีศึกษาที่ 1                                                                                          | กรณีศึกษาที่ 2                                                                                                                         |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร    | น้ำหนักแรกเกิด 3,490 กรัม ทารกงดนมในวันแรกเนื่องจากหายใจหอบ                                             | น้ำหนักแรกเกิด 3,106 กรัม ผู้ป่วยงดนมในวันแรกเนื่องจากหายใจหอบ                                                                         |
| 3. การขับถ่าย                       | ขณะเจ็บป่วยมีความสมดุลการเข้าออกของสารน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปวันละ 3-4 ครั้ง                        | ขณะเจ็บป่วยมีความสมดุลการเข้าออกของสารน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปวันละ 3-4 ครั้ง                                                       |
| 4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย | ขณะอยู่โรงพยาบาลจำกัดกิจกรรมทุกอย่างบนเตียง                                                             | ขณะอยู่โรงพยาบาลจำกัดกิจกรรมทุกอย่างบนเตียง                                                                                            |
| 5. การพักผ่อนนอนหลับ                | นอนทั้งกลางวันและกลางคืน วันละประมาณ 16-18 ชั่วโมง ตื่นและร้องเมื่อมีอุจจาระหรือปัสสาวะเปียกผ้าอ้อม     | นอนทั้งกลางวันและกลางคืน วันละประมาณ 16-18 ชั่วโมง ตื่นทุกครั้งเวลาทำกิจกรรมหรือมีสิ่งกระตุ้น                                          |
| 6. สติปัญญาและการรับรู้             | ผู้ป่วยเป็นทารกแรกเกิด ไม่สามารถสื่อสารความต้องการและความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองได้          | ผู้ป่วยเป็นทารกแรกเกิด ไม่สามารถสื่อสารความต้องการและความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองได้                                         |
| 7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์     | มารดารับรู้ว่ามีบุตรคลอดครบกำหนด บุตรหายใจหอบ มารดามีความมั่นใจว่าสามารถดูแลบุตรได้เมื่อออกจากโรงพยาบาล | มารดารับรู้ว่ามีบุตรคลอดครบกำหนด ไม่มีแรงเบ่งคลอดบุตร มือเท้าเขียวตอนแรกเกิด มารดามีความมั่นใจว่าสามารถดูแลบุตรได้เมื่อออกจากโรงพยาบาล |
| 8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว     | เป็นบุตรคนที่ 2 มารดาบิดาอยู่ฝ่ายทารกที่โรงพยาบาลและเข้าเยี่ยมทุกครั้งเมื่อถึงเวลา                      | เป็นบุตรคนแรก มารดาบิดาอยู่ฝ่ายทารกที่โรงพยาบาลและเข้าเยี่ยมทุกครั้งเมื่อถึงเวลา                                                       |
| 9. เพศและการเจริญพันธุ์             | ลักษณะอวัยวะเพศปกติ มารดาพึงพอใจในเพศของบุตร                                                            | ลักษณะอวัยวะเพศปกติ มารดาพึงพอใจในเพศของบุตร                                                                                           |
| 10. การปรับตัวและการเผชิญความเครียด | ผู้ดูแลมีความเครียดจากการเจ็บป่วยของบุตร ซักถามอาการบุตรทุกครั้งเมื่อเข้ามาเยี่ยม                       | ผู้ดูแลมีความเครียดจากการเจ็บป่วยของบุตร ซักถามอาการบุตรทุกครั้งเมื่อเข้ามาเยี่ยม                                                      |
| 11. คุณค่าและความเชื่อ              | เชื่อในแผนการรักษาปัจจุบัน                                                                              | เชื่อในแผนการรักษาปัจจุบัน                                                                                                             |

**3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล** นำข้อมูลจากการประเมินสู่การวิเคราะห์สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล ให้การพยาบาลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต (Critical care) ระยะฟื้นฟูการดูแลต่อเนื่อง (Intermediate care) และ

ระยะวางแผนจำหน่าย เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ตามระยะการพยาบาลรายละเอียดดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล                     | กรณีศึกษาที่ 1                                                                                                                                                                                           | กรณีศึกษาที่ 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ระยะวิกฤต (Critical stage)                  | 1. มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมีน้ำในปอด<br>2. มีภาวะติดเชื้อและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์<br>3. เสี่ยงต่ออุณหภูมิร่างกายต่ำ | 1. มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมีน้ำในปอด<br>2. มีภาวะติดเชื้อและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์<br>3. เสี่ยงต่ออุณหภูมิร่างกายต่ำ<br>4. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะน้ำตาลต่ำ<br>5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางสมองจากการมีปฏิกิริยาในเลือดสูง |
| ระยะฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง (Intermediate care) | 4. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย<br>5. เสี่ยงต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการล่าช้าเนื่องจากการเจ็บป่วย<br>6. ญาติมีความเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตร        | 6. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย<br>7. เสี่ยงต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการล่าช้าเนื่องจากการเจ็บป่วย<br>8. ญาติมีความเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตร                                                                                                                      |
| ระยะวางแผนจำหน่าย                           | 7. ญาติขาดความรู้ในการดูแลบุตรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน                                                                                                                                                        | 9. ญาติขาดความรู้ในการดูแลบุตรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน                                                                                                                                                                                                                                                                      |

#### 4. การพยาบาล

ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลตามระยะของการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ระยะวิกฤต (Critical care) ระยะฟื้นฟูการดูแลต่อเนื่อง (Intermediate care) และระยะวางแผนจำหน่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ทารกปลอดภัยดังนี้

##### การพยาบาลระยะวิกฤต (Critical care)

1. มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมีน้ำในปอด เป้าหมายการพยาบาลเพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ การพยาบาลที่ได้แก่ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ออกซิเจนอัตราการไหลต่ำ (Low flow nasal cannula) ในทารกอายุที่ 1 และดูแลให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง (Heated humidified high flow nasal cannula : HHHFNC) ในทารกอายุที่ 2 ดูดเสมหะในปากและจมูกเมื่อมีเสมหะ เพื่อไม่ให้มีการอุดตันทางเดินหายใจ ด้วยวิธีไม่ใส่สายดูดเสมหะลึก (Shallow suction) จัดทำนอนศีรษะสูง 15 - 30 องศา หรือนอนราบใช้ผ้าหุ้มนบริเวณคอและไหล่ ประเมินสัญญาณชีพ และค่าความอิ่มตัวออกซิเจนทุก 1 ชั่วโมง ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน

2. มีภาวะติดเชื้อและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานไม่สมบูรณ์ เป้าหมายการพยาบาล คือ การติดเชื้อลดลงและไม่พบการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่นเพิ่ม การพยาบาลที่ได้แก่ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงและอาการแพ้ยา ได้แก่ Ampicillin อาเจียน ท้องเสีย อาการแพ้ยาแบบ Steven Johnson และ Gentamicin เป็นพิษต่อหู ตา Ampicillin และ Gentamicin ต้องให้ห่างกันอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique ล้างมือตามแนวทาง five moment คือ 1) ก่อนสัมผัสสาร (Before touching) 2) ก่อนทำหัตถการกับทารก (Before clean) 3) หลังสัมผัสสารคัดหลั่งจากทารก (After body fluid exposure risk) 4) หลังสัมผัสสาร (After touching a patient) 5) หลังสัมผัสสิ่งของที่ล้อมรอบทารก (After touching a patient surrounding) ทำความสะอาดร่างกายทารกวันละ 1 ครั้ง เช็ดสะดือด้วย 0.5% Chlorhexidine in 70% alcohol ประเมินอาการแสดงที่บ่งบอกภาวะติดเชื้อ

3. เสี่ยงต่ออุณหภูมิร่างกายต่ำ เป้าหมายการพยาบาล คือ ไม่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ให้การพยาบาล ได้แก่ ดูแลให้ทารกอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสม โดยควบคุม



อุณหภูมิร่างกายให้อยู่ที่ 36.5 -37.4 องศาเซลเซียส พร้อมทั้งบันทึกอุณหภูมิห้องทุกครั้งทีวัดอุณหภูมิร่างกายทารก และให้ทารกนอนในตู้อบ ปรับอุณหภูมิตู้อบให้เหมาะสม โดยตั้งเป็น Skin mode ตั้ง Skin temperature ที่ 36.5 -37 องศาเซลเซียส เมื่อมีความจำเป็นต้องนำทารกออกมา ทำหัตถการนอกตู้อบ ควรทำภายใต้ Radiant warmer เพื่อให้ความอบอุ่นแก่ทารก ป้องกันการสูญเสียความร้อน ล้างมือ เช็ดมือให้แห้งทุกครั้งและถูมือให้อุ่นก่อนให้การพยาบาลที่ต้องจับตัวทารก เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนจากการนำ (Conduction) วัดอุณหภูมิกายของทารก ทุก 4 ชั่วโมงเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งตรวจสอบอุณหภูมิของตู้อบทารก

4. เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากภาวะน้ำตาลต่ำ เป้าหมายการพยาบาล คือ ทารกปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลต่ำ ในทารกอายุที่ 2 การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาด้วยเครื่องควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำ และป้อนนมเมื่อแพทย์อนุญาต ส่งเสริมการให้นมบุตร ฝ้าระวังอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น หนาวสั่น ตัวเย็น ชัก หายใจผิดปกติ ซึมลง เป็นต้น

5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางสมองจากการมีบิลิรูบินในเลือดสูง เป้าหมายการพยาบาล คือ ทารกปลอดภัยจากบิลิรูบินในเลือดสูง การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ให้การพยาบาลขณะรับการส่องไฟอย่างมีประสิทธิภาพ เปลี่ยนผ้าปิดตาวันละ 2 ครั้งและพลิกตะแคงตัวทารกทุก 2 ชั่วโมง สังเกตและบันทึกภาวะแทรกซ้อนจากการส่องไฟ เช่น ผื่นขึ้นตามตัว ถ่ายเหลวหรือฉี่ขุ่นไหม้ ขาดน้ำ ปัสสาวะออกน้อย หรือมีไข้ ทำความสะอาดผิวหนังของทารก ห้ามทาโลชั่นหรือครีมใดๆ บนผิวหนังของทารกเพราะอาจทำให้เกิดผิวหนังไหม้ได้ ประเมินการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท เช่น อาการเกร็ง กระตุก ซึม ไม่ร้อง การเคลื่อนไหวของแขนขาผิดปกติ และตัวเหลืองมากขึ้น

ระยะฟื้นฟูการดูแลต่อเนื่อง (intermediate care)

1. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เป้าหมายการพยาบาล คือ เพื่อให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอไม่มีภาวะขาดสารอาหารในร่างกาย การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารตามแผนการรักษาด้วยเครื่องควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำ และดูแลให้ได้รับนมมารดาเมื่อแพทย์อนุญาต จัดทำนอนศีรษะสูง 30 - 45 องศาขณะและหลังจากได้รับนม ดูแลทำความสะอาดช่อง

ปากก่อนหลังดูดนม ชั่งน้ำหนักทุกวัน ในเวลาเดียวกัน และเครื่องชั่งเครื่องเดิม จดบันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าออกอย่างละเอียดและถูกต้องทุก 8 ชั่วโมง ประเมินอาการแสดงของการขาดสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอ

2. เสี่ยงต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการล่าช้าเนื่องจากการเจ็บป่วย เป้าหมายการพยาบาล คือ ทารกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเหมาะสม การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ดูแลเรื่องการตอบสนองความต้องการของทารกในการดูแลประจำวัน เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้อยู่ใกล้ชิดกับทารก ช่วยในการกระตุ้นมีส่วนร่วมช่วยดูแลพัฒนาการ เช่น การสัมผัส การนวดสัมผัส กระตุ้นดูดนมจากเต้ามารดา การอุ้มทารกพูดคุยสบตา กระตุ้นสัมผัสการรับรู้ของทารกพูดคุยเรียกชื่อทารก เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูป ดูแลการขับถ่าย กระตุ้นประสาทสัมผัสทารกในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านสายตา ด้านการได้ยิน ด้านการสัมผัส และด้านการรับรส

3. ญาติมีความเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตร เป้าหมายการพยาบาล คือ เพื่อลดความเครียดและวิตกกังวลของผู้ดูแลทารก แนะนำทีมดูแลทารก สร้างสัมพันธภาพ สร้างความมั่นใจ แสดงท่าทีที่เป็นมิตรแสดงความเห็นอก เห็นใจให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาที่ได้รับและอาการที่เปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งถามย้อนกลับเพื่อประเมินความเข้าใจซ้ำ เปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามข้อสงสัยและตอบคำถาม ให้เข้าเยี่ยมดูแลทารกอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลทารก

ระยะวางแผนจำหน่าย

1. ญาติขาดความรู้ในการดูแลบุตรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เป้าหมายการพยาบาล คือ ผู้ดูแลทารกมีความรู้และมีความมั่นใจในการดูแลบุตรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ สอบถามความต้องการการพยาบาล สนับสนุนและช่วยเหลือมารดาบิดา ฝึกทักษะการดูแลบุตร เตรียมความพร้อมในการดูแลบุตรภายหลังจำหน่าย การเข้าคลินิกนมแม่ โดยให้คำแนะนำบิดามารดาในการดูแลบุตรเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้ทารกมีสุขภาพที่แข็งแรง

### สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลตามมาตรฐานกระบวนการรักษาพยาบาลของทีมหอผู้ป่วยพิเศษ 114/5 อย่างมีประสิทธิภาพ หลังให้การพยาบาล พบว่า ปัญหาทางการพยาบาลทุกปัญหาดุลความรุนแรงลง ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี กระตุ้นการดูดนมได้ดี ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มารดาบิดาวิตกกังวลลดลง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลและแผนการรักษา

ของบุตร การวางแผนจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น มีความพร้อมด้านร่างกายแล้ว แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาล 6 วันในผู้ป่วยรายที่ 1 และ 8 วัน ในผู้ป่วยรายที่ 2 ได้โทรศัพท์ติดตามอาการอีก 1 สัปดาห์ ทารกดูดี นมมารดาได้ดีทุก 2-3 ชั่วโมง มาตรวจการได้ยินตามนัด 2 สัปดาห์ ผลตรวจปกติ สามารถนอนคว่ำยกศีรษะและหันไปข้างใดข้างหนึ่งได้ มองหน้ามารดาและส่งเสียงอ้อแอ้ได้ ส่งเสริมการได้รับภูมิคุ้มกัน นั้ดรับวัคซีนอีก 2 เดือน

#### อภิปรายและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา พบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลทารกปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจลำบาก ควรมีการจัดทำคู่มือมาตรฐานการพยาบาลทารกปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจลำบาก เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมเป็นหลักปฏิบัติที่เป็นไปในทางเดียวกัน และมีแนวทางการวางแผนจำหน่ายทารกปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจลำบากที่เป็นรูปธรรม

#### เอกสารอ้างอิง

1. Yadav S, Lee B. Neonatal respiratory distress syndrome. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2025 Feb 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560779/>
2. Thompson A, Williams J. Pathophysiology and clinical manifestations of pneumonia in infants. *Pediatr Pulmonol*. 2022;57(4):892–905.
3. World Health Organization. Pneumonia in children: fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Feb 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
4. Ministry of Public Health (TH). Morbidity and mortality statistics of respiratory diseases among Thai children, 2022–2023. Bangkok: War Veterans Organization Printing; 2023.
5. StatPearls. Pediatric pneumonia (nursing). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2025 Feb 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568682/>
6. Johnson M, Davis L, Wilson S. Evidence-based nursing interventions for pediatric respiratory distress. *Pediatr Crit Care Med*. 2023;24(7):112–125. doi:10.1097/PCC.0000000000003156
7. Lee H, Martinez C. Multidisciplinary approach to pediatric pneumonia management: the role of nursing. *Int J Nurs Stud*. 2022;129:104018. doi:10.1016/j.ijnurstu.2022.02.015



# โรงพยาบาลขอนแก่น KHON KAEN HOSPITAL

54-56 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง  
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000  
โทรศัพท์ 043-009900