

กลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(เฉพาะ กลุ่มวิชาพยาบาลศาสตร์
กลุ่มวิชาเภสัชศาสตร์และ
กลุ่มวิชาสาธารณสุขศาสตร์)

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจต่อความรู้ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

The Effectiveness of a Mental Health Promotion Program on The Knowledge of Depression among Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj

ศุภชัย พรมขันตี¹ आयुพร กัยวิกัยโกศล^{2*} กัญญาพร มาขาว³ เกวลิน พรมแก้วต่อ⁴ จิตตรา สงศ์ลาวัต⁵

โชติญา พ่ายผา⁶ นุสรา รัตนทิพย์⁷ ณัฐธนิชา ศรีเมือง⁸ สิริกร บุญเหลือ⁹ สุชานาถ แก้วทองแท้¹⁰

สุพรรณษา ตี๋ประวรงค์¹¹ สุพรรณิกา ศรีภริมย์¹² สุนิตรา จันทะรี¹³ และ อัฐภิญญา คำแร่¹⁴

Supachai Phomkantee¹, Aryuporn Kaiwikaikosol^{2*}, Kanyaphon Makhaw³, Kewalin Promkeawto⁴,

Jittra Songsilawat⁵, Cholaida Phaipha⁶, Nutsara Rattanathip⁷, Natthanicha Srimuang⁸,

Sirikorn Boonlear⁹, Suchanat Kaewtongtae¹⁰, Suphansa Tipprawong¹¹, Supannika Sormpirom¹²,

Sumintra Jantharee¹³ and Oatphinya Khamrae¹⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจต่อความรู้ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จำนวน 78 คน สุ่มตัวอย่างจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 39 คน กลุ่มควบคุม 39 คน กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าจากโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการแนะนำแหล่งความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในชีวิตรประจำวัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบทดสอบความรู้ภาวะซึมเศร้า ค่าความเชื่อมั่น KR20 เท่ากับ 0.60 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะซึมเศร้าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ คะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าให้แก่ นักศึกษาพยาบาล และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตในหลักสูตรการศึกษานักศึกษาพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ, ภาวะซึมเศร้า, นักศึกษาพยาบาล

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
อีเมล 66102301118@bcnb.ac.th

² อาจารย์พยาบาล สังกัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
อีเมล aryuporn@bcnb.ac.th

³⁻¹⁴ผู้ร่วมนิพนธ์ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group pretest–posttest design aimed to investigate the effectiveness of a mental health promotion program on knowledge regarding depression among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj. The participants were 78 first-year nursing students who met the inclusion criteria and were randomly assigned to either the experimental group ($n = 39$) or the control group ($n = 39$). The experimental group received knowledge on depression through the mental health promotion program, whereas the control group was provided with sources of information about depression for self-directed learning. The research instrument was a depression knowledge test with a reliability KR20 of 0.60. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

The results indicated that: (1) after participation in the program, the experimental group demonstrated a statistically significant increase in mean depression knowledge scores compared with their pretest scores ($p < .01$); and (2) the experimental group's posttest mean scores were significantly higher than those of the control group ($p < .05$).

These findings suggest that the mental health promotion program is effective in enhancing knowledge of depression among nursing students and may serve as a useful approach for promoting mental health literacy in nursing education.

Keywords: Mental health promotion program, Depression, Nursing student

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในความเจ็บป่วยทางจิตที่พบได้บ่อยในประชากรไทยทุกเพศทุกวัย จากผลสำรวจจะบาตวิทยาเกี่ยวกับสุขภาพจิตโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในปี 2556 พบว่า ประชากรไทยมีปัญหาทางจิตเวชประมาณ 7 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2566 คาดว่าจำนวนประชากรไทยจะมีปัญหาทางจิตเวชเพิ่มขึ้นเป็น 10 ล้านคน (กรมสุขภาพจิต, 2566) ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 42.86 โดยจำนวนที่เพิ่มขึ้นนี้ หนึ่งในปัญหาทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับต้น ๆ จากปัญหาดังกล่าวทั้งหมดคือ ภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2566) ข้อมูลจากการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check In) กรมสุขภาพจิตในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 พบผู้เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 1.93 แต่ในปีพ.ศ. 2567 พบผู้เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 7.87 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอัตราผู้เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.08 ในระยะเวลา 4 ปี ในกลุ่มอายุที่พบความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าสูงสุด คือกลุ่มอายุ 20-29 รองลงมาคือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2568) ซึ่งทั้งสองกลุ่มยังจัดอยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยเริ่มต้นของวัยผู้ใหญ่

นักเรียนและนักศึกษาเป็นผู้ที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุประมาณ 18 – 22 ปี เป็นช่วงวัยรุ่นตอนปลายที่กำลังเริ่มก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ และบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนไป (นิธิสินี รุจิรังสีเจริญและคณะ, 2564) เป็นช่วงวัยที่ต้องจริงจังกับการเรียนมากขึ้น โดยเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่เพิ่งก้าวเข้าสู่มหาวิทยาลัยต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมากจากระบบการเรียนในระดับมัธยมศึกษาสู่ระดับอุดมศึกษา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของสภาพแวดล้อมใหม่ สังคมที่ใหญ่ขึ้น กฎระเบียบ การใช้ชีวิตกับเพื่อนร่วมชั้น ภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบด้วยตนเองมากขึ้น (เกศรานิ้อยมานพ, 2564) การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทำให้ต้องเผชิญกับแรงกดดันต่าง ๆ อาจทำให้บางคนไม่สามารถปรับตัวได้ทัน ส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรังได้ง่าย (วนัญญา แก้วแก้วปาน, 2564; สิประภา บุปผารรรณาและคณะ, 2564) รวมถึงแผนการเรียน

June 5, 2026 Payap University.

ที่นักศึกษาชั้นปีที่ 1 กำลังศึกษาอยู่นั้นมีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของนักศึกษา (วรรณกร พลพิชัย และจันทรา อัยเอ็ง, 2561) ซึ่งความเครียดเรื้อรังนี้มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากในกลุ่มนักศึกษา (ศรีแพร เข้มวิชัย, เชษฐา แก้วพรม และสายฝน อินศรีชื่น, 2567)

การเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เป็นสาขาวิชาที่นักศึกษามีโอกาสเกิดความเครียดได้สูง เนื่องจากการเรียนของนักศึกษาพยาบาลเป็นการเรียนที่หนักเพราะต้องเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยภาคทฤษฎีจะปูพื้นฐานองค์ความรู้ที่จำเป็น ซึ่งจะถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติงานจริงในหอผู้ป่วยที่มีสภาพแวดล้อมจริงและซับซ้อน (กัญญาวิณัฏ์ โมกขาว และคณะ, 2564; จริญญา แก้วสกุลทอง, 2562) และเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตมนุษย์ และนักศึกษาพยาบาลที่จะต้องไปเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต ต้องเผชิญกับความคาดหวังสังคมโดยรอบกดดัน หากเกิดข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดผลกระทบร้ายแรงต่อชีวิตของผู้อื่น ทำให้มีความเสี่ยงต่อความเครียดได้มากในนักศึกษาพยาบาล (สืบทระกูล ดันตลานุกุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลหรือสนับสนุนที่เหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตาย (ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564; ศรีแพร เข้มวิชัย, เชษฐา แก้วพรม และสายฝน อินศรีชื่น, 2567) ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและร่างกายของนักศึกษาเป็นอย่างมาก ส่งผลกระทบในด้านการเรียน ทำให้มีผลการเรียนต่ำไม่สำเร็จการศึกษาได้ตามกำหนดของหลักสูตร พักการเรียน การเรียนซ้ำชั้น หรือลาออกกลางคัน (ปาริชาติ เมืองขาว, กมลนัธ คล่องดี และสุรัช นิธิยง, 2560) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง แยกตัวจากกลุ่มเพื่อน และอาจทำให้ไม่สามารถทำงานได้ในอนาคต หากไม่ได้รับแก้ไข อาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย (สุกัญญา รักษ์ขจีกุล, 2556)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษามีหน้าที่บัณฑิตพยาบาล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพของประเทศ ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนานักศึกษาให้มีคุณภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจ เพื่อช่วยให้บัณฑิตพยาบาลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีความสุข แก้ไขปัญหาในชีวิตและการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปีการศึกษา 2568 วิทยาลัยพยาบาลฯ ได้สำรวจภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาผ่านการประเมินด้วยเครื่องมือ “Jai-D” เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยใช้แนวคิด โปรแกรมการคัดกรองและดูแลด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ของ ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก แบ่งภาวะสุขภาพใจเป็น 7 สี ได้แก่ สีขาวคือกลุ่มปกติ สีเขียวอ่อนคือกลุ่มเสี่ยง และสีเขียว สีเหลือง สีส้ม สีแดง สีดำ คือกลุ่มป่วย เรียงจากรุนแรงน้อยไปหามากตามลำดับ (ศุภรีใจ เจริญสุขและคณะ, 2565) ผลการคัดกรองพบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จำนวน 163 คน มีภาวะสุขภาพใจอยู่ในกลุ่มปกติ หรือสีขาว จำนวน 140 คน กลุ่มเสี่ยง หรือสีเขียวอ่อนจำนวน 22 คน และอยู่ในกลุ่มป่วย เป็นซึมเศร้าหรือสีดำจำนวน 1 คน เมื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงปัญหาด้านจิตใจพบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงปัญหาด้านจิตใจมากที่สุดเมื่อเทียบกับนักศึกษาทั้ง 4 ชั้นปี

จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ สัญญาณเตือน ตลอดจนแนวทางการจัดการความเครียดและการขอความช่วยเหลือที่เหมาะสม จะสามารถตระหนักรู้และดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาวิณัฏ์ โมกขาว และคณะที่พบว่า การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการความเครียดและดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้ดีขึ้น ตลอดจนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในอนาคต จึงถือเป็นแนวทางสำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจและส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงป้องกันอย่างเหมาะสม (กัญญาวิณัฏ์ โมกขาว และคณะ, 2566)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ทั้งในกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตที่อาจส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจในอนาคต โดยแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา การพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจ และการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคคล ควบคู่กับการลดปัจจัยเสี่ยงผ่านการให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและการเรียนรู้วิธี

จัดการความเครียด (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2559; สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567; ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพใจขึ้น เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตของตนเอง สามารถสังเกตอาการและจัดการอารมณ์หรือความเครียดได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนมีแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพใจให้เข้มแข็ง มีภูมิคุ้มกันทางอารมณ์ และสามารถเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม จะนำไปสู่การป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพใจต่อความรู้ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ

สมมติฐาน

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองโดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร

การวิจัยครั้งนี้ศึกษากลุ่มประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ปีการศึกษา 2568 จำนวน 163 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีจำนวน 78 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) และแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 39 คน และกลุ่มควบคุม 39 คน

ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรต้น: โปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ

ตัวแปรตาม: ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

ขอบเขตด้านเวลา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ จำนวน 4 ครั้ง จัดกิจกรรมวันละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60–90 นาที และกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามกระบวนการที่กำหนด จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30–60 นาที

การทบทวนวรรณกรรม

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการดำเนินชีวิตของบุคคล ด้วยเหตุนี้ การประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าจึงมีความสำคัญ

โดยสามารถใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น แบบคัดกรอง 2Q แบบประเมิน 9Q แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q และแบบประเมิน ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี เพื่อช่วยจำแนกระดับความรุนแรงและนำไปสู่การวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสม

นักศึกษาพยาบาลนับเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากต้องเผชิญกับความเครียดจากการเรียน การงาน การฝึกปฏิบัติ และความคาดหวังทางวิชาการ ร่วมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งทางจิตใจ และปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งล้วนมีส่วนส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า (กัญญาวิณัฏ์ โมกขาว และคณะ, 2564; จริญญา แก้วสกุลทอง, 2562) ดังนั้น แนวทางสำคัญในการลดความเสี่ยงและป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล คือการ ส่งเสริมปัจจัยปกป้องควบคู่กับการลดปัจจัยเสี่ยง โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหา การพัฒนาความเข้มแข็งทาง จิตใจ และการสร้างสัมพันธ์ทางที่ดีระหว่างบุคคล รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการเรียนรู้วิธีการจัดการความเครียด ซึ่งถือเป็นการป้องกันในระดับปฐมภูมิที่สามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้ารายใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2559; สมรทิพย์ วิภาวนิช, 2567; ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ, 2564)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest–Posttest Design) โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี พุทธชินราช ตามหนังสือรับรองเลขที่ 017/2568 ลงวันที่ 28 สิงหาคม 2568 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูล ที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้

ประชากร นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ปีการศึกษา 2568 จำนวน 163 คน ได้รับการคัดกรองและการดูแลโรคซึมเศร้า Jai-D แบ่งเป็นกลุ่มสีขาว 140 คน กลุ่มสีเขียวย่อน 22 คน และกลุ่มสีดำ 1 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ร้อยละ 95 กำหนดระดับ นัยสำคัญในสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรและประชากรที่มีขนาดใกล้เคียงกัน โดยนำ mean effect size เท่ากับ $d = 0.80$ มาแทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 ได้กลุ่มตัวอย่างรวมจำนวน 70 คน และเพิ่มขนาด กลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (อรุณ จิรวัฒนกุล, 2554) ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยใช้ จำนวน 78 คน ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก ทั้งกลุ่มสีขาวและสีเขียวย่อนเพื่อให้ได้สัดส่วนที่เท่ากัน เมื่อจับฉลากแล้วไม่นำฉลากคืนกลับมาคัดเลือกอีกโดยกำหนดการจับฉลาก ครั้งที่หนึ่งเป็นเลขที่จะจัดให้เป็นกลุ่มควบคุมการจับฉลากครั้งที่สองเป็นเลขที่จะจัดให้เป็นกลุ่มทดลองจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 78 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) มีดังนี้

1. เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2568 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

2. มีผลการคัดกรองและการดูแลโรคซึมเศร้า Jai-D อยู่ในกลุ่มสีขาวและสีเขียวย่อน
3. เป็นผู้ที่ไม่มีประวัติการรักษาหรือรับประทานยาโรคซึมเศร้า
4. มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusions Criteria) มีดังนี้

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด
2. มีผลการคัดกรองและการดูแลโรคซึมเศร้า Jai-D อยู่ในกลุ่มสีเขียวย่น สีเหลือง สีส้ม สีแดง และ สีดำ

3. มีประวัติการรักษาหรือรับประทานยาโรคซึมเศร้า

4. มีความต้องการออกจากโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม เวลาในการจัดกิจกรรมจัดทุกวัน วันละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ครั้งที่ 1 กิจกรรม “สร้างสัมพันธ์ รู้จักฉัน รู้จักเธอ ครั้งที่ 2 กิจกรรมซึมเศร้าเราแก้ได้ ครั้งที่ 3 กิจกรรมผ่อนคลายกาย ใจหายเศร้า ครั้งที่ 4 กิจกรรมพลังใจเพื่อนถึงเพื่อน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และสามารถป้องกันตนเองจากภาวะซึมเศร้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา

2.2 แบบทดสอบความรู้สร้างเสริมสุขภาพใจ จำนวน 20 ข้อ

โดยแต่ละข้อมีตัวเลือก 2 ตัวเลือก ได้แก่ “ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยให้ผู้ทดสอบทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” การให้คะแนนจะพิจารณาจากคำตอบที่ถูกต้อง ข้อละ 1 คะแนน หากตอบผิดให้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็มทั้งสิ้น 20 คะแนน

3. การแปลผลของแบบทดสอบความรู้ (Bloom, 1975)

16-20 คะแนน หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ระดับ สูง

12-15 คะแนน หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ระดับ ปานกลาง

0-11 คะแนน หมายถึง นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ระดับ ต่ำ

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

4.1 โปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจและแบบทดสอบความรู้สร้างเสริมสุขภาพใจ ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น ได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนวิชาปฏิบัติสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยมีประสบการณ์การใช้แนวคิดป้องกันปัจจัย 7 สี สบข. โมเดล จำนวน 1 ท่าน อ่านและให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้

4.2 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน พุทธชินราช ที่ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder–Richardson Formula 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.60 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อเพิ่มความเหมาะสมและความครอบคลุมของเครื่องมือก่อนนำไปใช้ในการวิจัยจริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เพื่อการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับฟัง เข้าใจ และยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยการลงนามแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัน เวลาที่กำหนด จำนวน 4 ครั้งๆละ 60-90 นาที ดังนี้

กลุ่มทดลอง ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจจำนวน 39 คน

กิจกรรมครั้งที่ 1: กิจกรรม "สร้างสัมพันธ์ รู้จักฉัน รู้จักเธอ" เวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมโปรแกรม

June 5, 2026 Payap University.

- ประเมินความรู้ภาวะซึมเศร้า (Pre-test) ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทำแบบทดสอบความรู้สร้างเสริมสุขภาพใจ
- กิจกรรมละลายพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมโปรแกรมตามหาผู้ที่มีวันเกิดวันเดียวกัน เพื่อพูดคุยทำความรู้จักกันภายในกลุ่ม
- กิจกรรมจับบัดดี้ เพื่อนรู้ใจ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้รับหมายเลขจับคู่บนลูกอมเพื่อตามหาบัดดี้ ให้แต่ละคนเล่าข้อดีของตนเองอย่างน้อย 5 ข้อให้บัดดี้ฟังและวาดภาพใบหน้าของบัดดี้

กิจกรรมครั้งที่ 2: กิจกรรม "ซึมเศร้าเราแก้ได้" เวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

- กิจกรรมนำเข้าสู่ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจับคู่บัดดี้เล่นเกม “ปลาหู-ปลาตุ๊ก” โดยมีผู้ดำเนินกิจกรรมเล่าเรื่อง
- ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า ผู้ดำเนินกิจกรรมบรรยายให้ความรู้ เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา รวมถึง

การใช้แบบประเมิน (2Q, 9Q, 11Q) และการใช้ “Safe Mind Box”

- ฝึกทักษะคลายเครียด ฝึกการหายใจคลายเศร้าและการเกร็งคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ รวมถึงการคลายกล้ามเนื้อทั้งตัวตั้งแต่ปลายเท้าถึงใบหน้า เพื่อคลายเศร้า

กิจกรรมครั้งที่ 3: กิจกรรม "ผ่อนคลายกาย...ให้หายเศร้า" เวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อฝึกทักษะและสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

- ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้ดำเนินกิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการใช้ "Safe Mind Box"
- กิจกรรม “ยืดดีดวันละนิด พิชิตความเศร้า” ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฝึกนวดตนเองและทำฤๅษียืดดีด เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

และลดอาการปวด

กิจกรรมครั้งที่ 4: "พลังใจเพื่อนถึงเพื่อน" เวลา 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อกระชับความสัมพันธ์ สรุบทบทเรียน และประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม

- กิจกรรมพลังใจเพื่อนถึงเพื่อน ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเขียนข้อความให้กำลังใจลงบนกระดาษรูปหัวใจแล้วนำไปติดที่กระดาน
- สรุบทบทเรียนและสะท้อนความรู้สึก ผู้เข้าร่วมโปรแกรมจับคู่บัดดี้เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้สึก พร้อมมอบ

ภาพวาดที่ทำไว้ในครั้งแรกให้แก่นัก

- ประเมินความรู้ภาวะซึมเศร้า (Post-test) ผู้เข้าร่วมโปรแกรมทำแบบทดสอบความรู้สร้างเสริมสุขภาพใจ ชุดเดิมอีกครั้ง เพื่อวัดผลการเรียนรู้

กลุ่มควบคุม

กิจกรรมครั้งที่ 1

- ประเมินความรู้ภาวะซึมเศร้า (Pre-test) ผู้เข้าร่วมจะทำแบบประเมินความรู้สร้างเสริมสุขภาพใจ
- กิจกรรมทำความรู้จักกันภายในกลุ่มของกลุ่มตัวอย่าง
- กิจกรรมแนะนำแหล่งความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมครั้งที่ 2

- สรุปผลของการศึกษาค้นคว้าความรู้ภาวะซึมเศร้าและการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน
- ประเมินความรู้ภาวะซึมเศร้า (Post-test) ผู้เข้าร่วมทำแบบประเมินความรู้สร้างเสริมสุขภาพใจ ชุดเดิมอีกครั้งเพื่อวัดผล

การเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ด้วยการแจกแจงความถี่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ กลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลอง จำนวน 39 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 89.7 อายุเฉลี่ย 18.56 (S.D. = 0.85) ศาสนาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 97.4 และกลุ่มควบคุม จำนวน 39 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 92.3 อายุเฉลี่ย 18.44 (S.D. = 0.64) ศาสนาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 97.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ และศาสนา (กลุ่มทดลอง n=39 กลุ่มควบคุม n=39)

ข้อมูล ส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=39)				กลุ่มควบคุม (n=39)			
	จำนวน	ร้อยละ	X	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	X	S.D.
เพศ								
หญิง	35	89.7			36	92.3		
ชาย	4	10.3			3	7.7		
อายุ (ปี)			18.56	0.85			18.44	0.64
18-19	37	94.9			36	92.3		
20-22	2	5.1			3	7.7		
ศาสนา								
พุทธ	38	97.4			38	97.4		
คริสต์	1	2.6			1	2.6		

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 16.4 (S.D = 1.45) จากคะแนนเต็ม 20 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 17.2 (S.D. = 1.25) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯพบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะซึมเศร้าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired Samples T-Test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ (กลุ่มทดลอง n=39 กลุ่มควบคุม n=39)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D.	t	<i>p value</i>
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	16.4	1.45	3.41	<.001*
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	17.2	1.25		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	16.9	1.35	2.34	0.990
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	16.1	1.89		

* $p < .01$

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะซึมเศร้าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภาวะซึมเศร้า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent T- Test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง n=39 กลุ่มควบคุม n=39)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D.	t	p value
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ				
กลุ่มทดลอง	16.4	1.45	1.54	0.129
กลุ่มควบคุม	16.9	1.35		
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ				
กลุ่มทดลอง	17.2	1.25	3.04	0.002*
กลุ่มควบคุม	16.1	1.89		

* $p < .05$

การสรุปผล และการอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 89.7 และ 92.3 ตามลำดับ ด้านอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 18.56 ปี (S.D. = 0.85) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 18.44 ปี (S.D. = 0.64) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18–19 ปี ซึ่งเป็นวัยรุ่นตอนปลายและเป็นช่วงเริ่มต้นของวัยผู้ใหญ่ แสดงให้เห็นว่าลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชุดิกายูจน์ ฉัตรรุ่ง และคณะ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล โดยนักศึกษาพยาบาลเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่านักศึกษาพยาบาลเพศชาย และมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย อธิบายได้ว่าเพศหญิงมีความอ่อนไหวทาง

อารมณ์และมีการตอบสนองต่อความเครียดหรือแรงกดดันทางจิตใจได้มากกว่า จึงอาจส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าเพศชาย

จากผลการศึกษาของโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจต่อความรู้ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนิ พุทธชินราช อภิปรายผลการทดลองตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษา โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการเรียนรู้ของโปรแกรมที่บูรณาการทั้งความรู้เชิงทฤษฎี การฝึกทักษะ และกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม เช่น การเรียนรู้เกี่ยวกับอาการ การป้องกัน การใช้เครื่องมือคัดกรอง และการฝึกผ่อนคลายความเครียด ทำให้ผู้เรียนเกิดทั้งความเข้าใจและการประยุกต์ใช้ได้จริง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ กัญญาวิณั โมกขาว และคณะ (2566), ภัทร์สรรพพร ศรีวรรณ (2567) และ วชิรินทร์ เสาะเห็ม และพรรณี บัญชรหัตถกิจ (2563) ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตช่วยให้กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดสูงขึ้นหลังการทดลอง ซึ่งสะท้อนว่าการจัดกิจกรรมที่เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถเสริมสร้างทั้งความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้จากการที่กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ผ่านกิจกรรมเฉพาะ เช่น “Safe Mind Box” การฝึกผ่อนคลาย การยืดตดต้น และการสร้างพลังใจจากเพื่อน ส่งผลให้ผู้เรียนได้รับทั้งองค์ความรู้และประสบการณ์ตรงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับเพียงข้อมูลเพื่อศึกษาด้วยตนเอง ผลนี้สอดคล้องกับงานของ กัญญาวิณั โมกขาว และคณะ (2566) และ วชิรินทร์ เสาะเห็ม และพรรณี บัญชรหัตถกิจ (2563) ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตทำให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ วรางคณา บุตรศรี, รัตนา บุญพา และชาญณรงค์ สิงห์บรรณ (2564) และ อรทัย หงส์ศิลา, มณี อาภานันท์กุล และพรทิพย์ มาลาธรรม (2561) พบว่า สามารถอธิบายประสิทธิภาพของ การสอน ให้ความรู้แก่กลุ่มทดลองผ่านการบรรยายประกอบการนำเสนอภาพนิ่ง วิดีทัศน์ซึ่งมีการผสมภาพและเสียงช่วยให้เกิดการเรียนรู้และจดจำได้ดี โปสเตอร์ แผ่นพับเผยแพร่ความรู้ และการสาธิตและการฝึกปฏิบัติช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ช่วยให้กลุ่มทดลองได้พัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้กับกลุ่มทดลอง

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจสามารถเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในแง่การพัฒนาความรู้ภายในกลุ่มทดลองเอง (ก่อน-หลัง) และการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ตลอดจนยังถึงความสำคัญของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบบูรณาการที่เน้นทั้งความรู้ การปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพใจ นักศึกษาทุกชั้นปีโดยติดตามเมื่อสิ้น สุดโปรแกรมฯ ทุก 3 เดือนและ 6 เดือน ศึกษาวิจัยโดยขยายผลกลุ่มตัวอย่างไปยังนักศึกษาพยาบาลสถาบันอื่น หรือในกลุ่ม นักศึกษาสาขาวิชาอื่นเพื่อเพิ่มครอบคลุมและความสามารถในการอธิบายผล วิจัยไปยังประชากรกลุ่มกว้างขึ้น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบทดสอบความรู้สร้างเสริมสุขภาพใจ มีจำนวนข้อสอบค่อนข้างน้อย ส่งผลให้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นควรพัฒนาโดยการเพิ่มจำนวนข้อสอบให้มากขึ้น เพื่อให้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในระดับที่เหมาะสม
3. ระยะเวลาและเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ในโปรแกรมฯมีระยะในการจัดกิจกรรมเพียง 4 ครั้งในระยะเวลา 2 สัปดาห์ อาจจะไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงในความรู้ของกลุ่มทดลอง จึงแนะนำให้ขยายระยะเวลา 3 สัปดาห์ขึ้นไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวชข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ประจำปีงบประมาณ 2566. <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp>
- กรมสุขภาพจิต. (2568). *Mental Health Check In: Dashboard* รายงานข้อมูลการประเมินสุขภาพจิต. สืบค้น 19 กรกฎาคม 2568, จาก Mental Health Check In Dashboard.
- กัญญาวิทย์ โมกขาว, วรพนิต ศุกระแพทย์ และวลัยนารี พรหมลา. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของ นักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 44(2), 60-71.
- กัญญาวิทย์ โมกขาว และคณะ. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้าน จิตใจของประชาชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 33(2), 85-96.
- เกศรา น้อยมานพ. (2564). การศึกษาความเครียดและการปรับตัวของนิสิตปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารพัฒนาศาสตร์พยาบาลมนุษย*, 12(1), 69-77.
- จริญญา แก้วสกุลทอง. (2562). ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 1-11.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2559). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 1-12.
- ธนพล บรรดาศักดิ์ และคณะ. (2564). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียุตรดิตถ์*, 13(1), 62-70.
- นิธินี รุจิรังสีเจริญ และคณะ. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียดของนักเรียน ระดับมัธยมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(1), 53-68.
- ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนที คล่องดี และสุรัชย์ เณียง. (2560). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย: บทบาทที่สำคัญสำหรับสถาบัน การศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 21(41), 104-115.
- ภัทร์สรรพพร ศรีวรรณ. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตและ ความเครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3*, 21(3), 193-201.
- วนัญญา แก้วแก้วปาน. (2564). การศึกษาความเครียดของนักเรียนวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 10 จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 32(2), 13-28.
- วรางคณา บุตรศรี, รัตนา บุญพา และชาญณรงค์ สิงห์บรรณ. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 18(1), 13-25.
- วัชรินทร์ เสาะเห็ม และพรณี บัญชรหัตถกิจ. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยา เชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิจัยสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(3), 44-55.
- วรรณกร พลพิชัย และจันทร์หา อึ้งเอ็ง. (2561). การศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตอนปลายในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. *วารสารนาคบุตรบริหารศรัณ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 10(พิเศษ), 94-106.
- ศุภโรจ เจริญสุขและคณะ. (2565). *คู่มือบัตรสร้างสุขภาพ “สบข.โมเดล” 1 วิทยาลัย 1 ชุมชน*. กรุงเทพฯ :

แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตคอร์ปอเรชัน.

ศรีแพร เข็มวิชัย เชษฐา แก้วพรม และสายฝน อินศรีชื่น. (2567). การศึกษาภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และควมมีคุณค่าในตนเอง ในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่. *วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 16(1), 1-16.

สมรทิพย์ ภิวานิช. (2567). บทบาทพยาบาลจิตเวชในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(1), 72-82.

สีประภา บุบผารรรณ, ประจวบแหลมหลัก และอนุกุล มะโนทน. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียด ในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 จังหวัดพะเยา. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(4), 128-140.

สุกัญญา รักษ์จิกุล. (2556). ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(4), 359-370.

สีบตระกูล ดันตลานุกูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2560). ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 9(1), 82-92.

สุตกรัก พิละกันทา และ ญัฐภรณ์ทส์สันท์ ศรีวิชัย. (2563). ปัจจัยทำ นายการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตในผู้ป่วยซึมเศร้า. *เชียงใหม่เวชสาร*, 59(2), 99-113.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2554). การปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มสำหรับการไม่ปฏิบัติตามแผนการทดลอง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 20(1), 1-2.

อรัย หงส์ศิลา, มณี อาภานันท์กุล และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้พฤติกรรม การดูแลตนเองและความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 110-130.

Bloom, B.S. (1975). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company.

การฝึกแบบผสมผสานการรู้คิดและการเคลื่อนไหวเพื่อพัฒนาทักษะการเลี้ยงบอล ในนักกีฬาฟุตบอลระดับมหาวิทยาลัย

Integrated Cognitive-motor Training for Enhancing Dribbling Skills in University Football Athletes

ก้องภพ มุกดาสกุลปิบาน¹ วัทญญ วงศ์ษา² กฤตธรรม อินทรโสภ³ วิศรุตน์ บุญมี⁴ เอกภัทร พวงมาลา⁵

ศศิมา พกุลานนท์^{6*} ธิตา ทะยะมิน⁷ ธนสิน แก้วเกตุ⁸ สุธิดา นันทะบุรุษ⁹ และ หฤทัย เพ็ชรวิเศษ¹⁰

Kongpob Mukdasakunpiban¹, Watanyoo Wongs², Krittttham Intarasopa³, Witsarut Boonmee⁴, Aekaphat
Phuangmala⁵, Sasima Pakulanon^{6*}, Thita Hayamin⁷, Tanasin Kaewkaet⁸, Suthida Nantaburut⁹
and Haruthai Petviset¹⁰

บทคัดย่อ

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกคู่โดยฝึกการเคลื่อนไหวไปพร้อมกับฝึกการใช้ความคิด (CMT) ต่อทักษะการเลี้ยงบอลในนักกีฬาฟุตบอลระดับมหาวิทยาลัย

อาสาสมัครเป็นนักกีฬาฟุตบอลระดับมหาวิทยาลัย เพศชาย จำนวน 18 คน แบ่งกลุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบบล็อก เป็นกลุ่มฝึก 10 คน อายุเฉลี่ย 20.4 ± 0.9165 ปี และกลุ่มควบคุม 8 คน อายุเฉลี่ย 19.625 ± 1.11 ปี อาสาสมัครทดสอบทักษะเลี้ยงบอลก่อนการทดลอง กลุ่มที่ได้รับการฝึกจะต้องเข้าร่วมการฝึก CMT 30 นาที/ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการฝึก CMT และได้รับใบให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกเพื่อพัฒนาทักษะเลี้ยงบอล หลังการฝึก 4 สัปดาห์ อาสาสมัครทดสอบทักษะเลี้ยงบอล Slalom Sprint–Dribbling Test

จากการศึกษาเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนน Slalom Sprint–Dribbling Test ระหว่างก่อนและหลังการฝึก (Post–Pre) พบว่า ค่า $t = 0.731$, $df = 16$ และค่า $p = 0.475$ ซึ่งมากกว่า 0.05 แสดงว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงของทักษะการเลี้ยงบอลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ 0.24 ± 1.64 วินาที ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.33 ± 1.63 วินาที

¹ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
Email: 6531806056@lamduan.mfu.ac.th

² สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
Email: 6531806090@lamduan.mfu.ac.th

³ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
Email: 6531806001@lamduan.mfu.ac.th

⁴ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
Email: 6531806043@lamduan.mfu.ac.th

⁵ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
Email: 6531806055@lamduan.mfu.ac.th

^{6*} สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
Email: sasima.pak@mfu.ac.th

⁷⁻¹⁰ สาขาวิชากายภาพบำบัด สำนักวิชาการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
Email: 6532502018@lamduan.mfu.ac.th

สรุปได้ว่า โปรแกรมฝึกในรูปแบบ CMT 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ไม่มีผลพัฒนาทักษะเลี้ยงบอล อย่างไรก็ตามควรพิจารณาความหนักและระยะเวลาที่เหมาะสมกับนักกีฬาซึ่งอาจมีผลต่อการพัฒนาทักษะดังกล่าว และควรมีการศึกษาวิจัยต่อไปถึงความหนักและระยะเวลาของโปรแกรมฝึกในรูปแบบ CMT ที่เหมาะสมกับนักกีฬาฟุตบอล

คำสำคัญ : การฝึกคู่, ทักษะเลี้ยงบอล, นักกีฬาฟุตบอล

Abstract

This research aimed to investigate the effect of integrated cognitive-motor training (CMT) training on dribbling skill in university football athletes.

Participants: The volunteers were male university football athletes (n = 18). They were divided by block randomization into two groups: a training group (n = 10, mean age 20.4 ± 0.92 years) and a control group (n = 8, mean age 19.63 ± 1.11 years).

Methods: The participants completed a pre-test of dribbling skill. They were then assigned to either the training or control group using block randomization. The training group performed CMT for 30 minutes per session, three sessions per week, for four weeks. The control group received a brochure on dribbling skill improvement. All participants completed a post-test of dribbling skill after the intervention.

Results: The comparison of the changes in Slalom Sprint-Dribbling Test scores between pre- and post-training assessments (Post-Pre) revealed a t-value of 0.731 with 16 degrees of freedom (df = 16) and a p-value of 0.475, which was greater than 0.05. This indicates that there was no statistically significant difference in the change in dribbling performance between the training and control groups. The training group demonstrated a mean change score of 0.24 ± 1.64 seconds, whereas the control group showed a mean change score of -0.33 ± 1.63 seconds.

In conclusion, a 3-times-per-week CMT training program for 4 weeks did not improve dribbling skills. However, the appropriate intensity and duration for each athlete should be considered, as this may affect the development of such skills. Further research is needed to determine the appropriate intensity and duration of a CMT training program for football players.

Keywords : Cognitive-motor , Dribbling Skill , Football Athletes

บทนำ

กีฬาฟุตบอลนับได้ว่า เป็นชนิดกีฬาที่ได้รับความนิยมและได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายทั่วโลก ทักษะการเลี้ยงบอลเป็นทักษะพื้นฐานในกีฬาฟุตบอลซึ่งมีความสำคัญทั้งต่อประสิทธิภาพของนักกีฬาแต่ละคน และความสำเร็จของทีม โดยทักษะการเลี้ยงบอลที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยทั้งความสามารถทางสมอง และการทรงตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การแข่งขันจริง การเลี้ยงบอลพร้อมกับเปลี่ยนทิศทางก็ยังคงใช้ความสามารถในการทรงตัวที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งการที่นักฟุตบอลจะต้องแสดงสองทักษะสองอย่าง ไปพร้อม ๆ กัน เช่น ต้องทรงตัวด้วยขาเพียงข้างเดียวไปพร้อม ๆ กันนั้น สามารถจัดได้ว่าเป็นการทำงานแบบพร้อมกันหรืองานคู่ (Dual Task) (Franz et al., 2001; Wang et al., 2013) โดยการฝึกงานคู่ (Dual Task) อาจเป็นประโยชน์ในการตอบสนองต่อการแสดงความสามารถทางการกีฬา โดยต้องอาศัยการรับรู้สัญญาณที่เกี่ยวข้อง (Relevance Cues) และการทำ

June 5, 2026 Payap University.

ทักษะทางเทคนิค (Technical Skill) ไปพร้อม ๆ กัน (Moreira et al., 2021) ทั้งนี้ยังมีความขัดแย้งกันของผลการฝึกงานคู่ในกีฬาฟุตบอลในการพัฒนาทักษะ เลี้ยงบอลในนักกีฬาฟุตบอล และยังไม่มีการศึกษาใดที่พัฒนาการฝึกงานคู่ที่ประกอบด้วย การฝึก การทรงตัวและการฝึกทักษะรู้คิด เพื่อพัฒนาทักษะเลี้ยงบอลที่เป็นทักษะที่สำคัญในนักกีฬาฟุตบอล โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกแบบผสมผสานการรู้คิดและการเคลื่อนไหว (Integrated Cognitive-motor training: CMT) ต่อทักษะการเลี้ยงบอล ในนักกีฬาฟุตบอลระดับมหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลของการฝึกแบบผสมผสานการรู้คิดและการเคลื่อนไหว (Integrated Cognitive-motor Training: CMT) ต่อทักษะการเลี้ยงบอลในนักกีฬาฟุตบอลระดับมหาวิทยาลัย

สมมุติฐานงานวิจัย

การฝึกแบบผสมผสานการรู้คิดและการเคลื่อนไหว (Integrated Cognitive-motor Training: CMT) มีผลพัฒนาทักษะการเลี้ยงบอลในนักกีฬาฟุตบอลระดับมหาวิทยาลัย

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของการฝึกแบบผสมผสานการรู้คิดและการเคลื่อนไหว (Integrated Cognitive-motor Training: CMT) ต่อทักษะการเลี้ยงบอลในนักกีฬาฟุตบอลระดับมหาวิทยาลัย

การทบทวนวรรณกรรม

การเลี้ยงบอลเป็นทักษะพื้นฐานในกีฬาฟุตบอลซึ่งมีความสำคัญทั้งต่อประสิทธิภาพของนักกีฬาแต่ละคน และความสำเร็จของทีม ทักษะนี้ไม่เพียงแต่ต้องควบคุมบอลอย่างแม่นยำเท่านั้น แต่ยังสามารถรับมือกับสถานการณ์ในเกมการแข่งขันที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและคาดเดาไม่ได้อีกด้วย ทักษะการเลี้ยงบอลอย่างมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้เล่นสามารถครองบอล หลบเลี้ยงคู่ต่อสู้ และสร้างโอกาสในการทำคะแนน ทำให้ทักษะนี้กลายเป็นทักษะหลักของนักกีฬาฟุตบอลทุกระดับ มีการวิจัยระบุว่า การเลี้ยงบอลอย่างเชี่ยวชาญสัมพันธ์กับประสิทธิภาพโดยรวมของเกมการแข่งขัน เนื่องจากทักษะนี้ผสมผสานความเชี่ยวชาญด้านเทคนิค การตัดสินใจ และการรับรู้สถานการณ์ ซึ่งเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการพัฒนากลยุทธ์การฝึกฝนที่ตรงเป้าหมายเพื่อพัฒนาทักษะการเลี้ยงบอล (Williams et al., 2020) โดยทักษะการเลี้ยงบอลที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยทั้งความสามารถทางสมอง และการทรงตัว

นอกจากนี้ ความสามารถทางทักษะด้านเทคนิค (Technical Skill) ที่สำคัญอย่างหนึ่งของกีฬาฟุตบอล คือ การทรงตัว หรือการรักษาสมดุล (Balance) โดยเฉพาะความสมดุลพลวัต (Dynamic Balance) ซึ่งความสามารถในการรักษาเสถียรภาพ (Stability) ของจุดศูนย์กลางมวล (Center of Mass) ในระหว่างการเคลื่อนที่ได้ รวมทั้งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการป้องกันการบาดเจ็บ (Booyesen et al., 2015; Butler et al., 2012) และความสามารถในการทรงตัว (Balance Recovery Ability) จะส่งเสริมให้ระบบประสาทสัมพันธ์ (Coordination) และความคล่องแคล่วว่องไว (Agility) ทำงานที่ดีขึ้น ซึ่งเกือบตลอดระยะเวลาการแข่งขัน นักกีฬาฟุตบอลจำเป็นต้องรักษาสมดุลของร่างกายไปพร้อม ๆ กับการแสดงทักษะด้านกีฬาอื่น ๆ เช่น การเลี้ยงบอล การเตะบอล การส่งบอล ซึ่งต้องอาศัยการทรงตัวของร่างกายในขณะที่ยืนด้วยขาเพียงข้างเดียว พร้อมทั้งใช้ขาอีกข้างหนึ่งในการควบคุมลูกบอล หรือหากเป็นทักษะที่ต้องใช้การเคลื่อนไหวของร่างกายไปพร้อมกับลูกบอล เช่น การเลี้ยงบอลพร้อมกับเปลี่ยน

ทิศทางก็ยังคงต้องใช้ความสามารถในการทรงตัวที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งการที่นักฟุตบอลจะต้องแสดงสองทักษะสองอย่างไปพร้อม ๆ กัน เช่น ต้องทรงตัวด้วยขาเพียงข้างเดียวไปพร้อม ๆ กันนั้น สามารถจัดได้ว่าเป็นการทำงานแบบพร้อมกันหรืองานคู่ (Dual Task) (Franz et al., 2001; Wang et al., 2013)

ทฤษฎีกระบวนการคู่ (Dual-process Theory) อธิบายความสามารถในการทำงานหลายอย่าง (Multiple Task) ในเวลาเดียวกัน และแนะนำว่า พฤติกรรมของมนุษย์ถูกควบคุมโดยระบบประมวลผลข้อมูลสองระบบที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระบบอัตโนมัติ (Automatic Processing) และระบบควบคุม (Controlled Processing) การศึกษาก่อนหน้านี้ได้ศึกษาผลเฉียบพลันของการฝึกงานคู่ (Dual Task) ต่อการป้องกันการบาดเจ็บ (เช่น ท่าทาง และการทรงตัว) และการพัฒนาการเคลื่อนไหว (เช่น การเดิน และการวิ่ง) ในคนสุขภาพดี เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและอัลไซเมอร์ และผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่สมอง นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับผลของการฝึกงานคู่ (Dual Task) พบว่า สมรรถภาพทางการเคลื่อนไหวและการรับรู้เพิ่มขึ้น แม้ในบุคคลที่มีความบกพร่อง (Moreira et al., 2021)

ในกีฬาทักษะเปิด (เช่น กีฬาฟุตบอล) การทำงานคู่ (Dual Task) เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่มีเวลาจำกัด ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะที่นักกีฬาทำผลงานได้ต่ำกว่ามาตรฐานของตนเองในสถานการณ์ที่มีความกดดันสูง เช่น ในช่วงเวลาสำคัญของการแข่งขัน ทั้งที่โดยปกติสามารถทำได้ดีกว่านั้น (Choking Condition) เนื่องจากลักษณะเฉพาะของทักษะในกีฬาแต่ละประเภท การฝึกงานคู่ (Dual Task) จึงอาจเป็นประโยชน์ในการตอบสนองต่อการแสดงความสามารถทางการกีฬา โดยต้องอาศัยการรับรู้สัญญาณที่เกี่ยวข้อง (Relevance Cues) และการทำทักษะทางเทคนิค (Technical Skill) ไปพร้อม ๆ กัน (Moreira et al., 2021)

การศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่า การฝึกแบบงานคู่ (Dual Task) ที่สามารถพัฒนาประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวและการรู้คิด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสถานการณ์ที่ซับซ้อนและกดดันของเกมการแข่งขัน (Wilson et al., 2016) การศึกษาโดย Romeas และคณะ (2019) ศึกษาผลของการฝึกงานคู่ ประกอบด้วย 3D Motion Training (Football Scenes) และการตอบสนองด้วยการตัดสินใจ (Decision-making Responses) 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ต่อการตัดสินใจ ทักษะการส่งบอล ทักษะการเลี้ยงบอล และทักษะการยิงประตู ในนักกีฬาฟุตบอลชาย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกมีการพัฒนาการตัดสินใจ และไม่พบความแตกต่างของทักษะการเลี้ยงบอล (Romeas et al., 2019) และการศึกษาโดย Friebe และคณะ (2024) ศึกษาผลการศึกษาการฝึกงานคู่ ประกอบด้วย Multi-object Tracking ร่วมกับการฝึกความคล่องแคล่ว (Agility Drills) 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ต่อทักษะการเลี้ยงบอล ความคล่องแคล่วว่องไวและการเปลี่ยนทิศทางในนักกีฬาฟุตบอล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกมีการพัฒนาทักษะการเลี้ยงบอลและความคล่องแคล่วว่องไว (Friebe et al., 2024)

ระเบียบวิธีวิจัย

การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled Trial) เพื่อศึกษาผลของการฝึกแบบผสมผสานการรู้คิดและการเคลื่อนไหว (Integrated Cognitive-motor Training: CMT) ต่อทักษะการเลี้ยงบอลในนักกีฬาฟุตบอลระดับมหาวิทยาลัย เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion Criteria) คือ นักกีฬาฟุตบอล สมาชิกชมรมฟุตบอลมหาวิทยาลัย แม่ฟ้าหลวง ปีการศึกษา 2568 เพศชาย อายุ 18 - 25 ปี มีค่าดัชนีมวลกายไม่เกิน 25 กิโลกรัม/เมตร² มีประสบการณ์แข่งขันกีฬาฟุตบอลไม่น้อยกว่า 3 ครั้งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ไม่มีภาวะบาดเจ็บผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อมในการมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Readiness Questionnaire) โดยตอบไม่ใช้ทั้ง 7 ข้อ ลงนามยินยอมการเข้าร่วมศึกษาวิจัย และเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion Criteria) คือ มีประวัติการบาดเจ็บทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบประสาท หรืออาการบาดเจ็บเรื้อรังที่มีผลต่อการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหวในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีอาการชา หรือเจ็บปวดที่บริเวณรยางค์ ส่วนปลาย มีความผิดปกติด้านการมองเห็น หรือการได้ยิน เคยได้รับการฝึก Cognitive-motor Dual Task

June 5, 2026 Payap University.

Training มาก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นในช่วงเวลาที่ทำการทดลองของโครงการวิจัยนี้ และมีโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางสมอง

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

อาสาสมัครเป็นนักกีฬาฟุตบอลมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เพศชาย อายุ 18 - 25 ปี จำนวน 20 คน ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ได้รับการอธิบายขั้นตอนการวิจัย และลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

1) อาสาสมัครทดสอบทักษะเลี้ยงบอล ก่อนการทดลองอาสาสมัครได้รับการสุ่มเพื่อแบ่งกลุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบบล็อก (Block Randomize Allocation) โดยใช้ block ขนาด 4 ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการฝึก CMT จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับการฝึก) 10 คน กลุ่มที่ได้รับการฝึกจะต้องเข้าร่วมการฝึก CMT 30 นาที/ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ (Friebe et al., 2024) ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการฝึก CMT และได้รับใบให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกเพื่อพัฒนาทักษะ เลี้ยงบอล

2) ในช่วงการทดลอง 4 สัปดาห์ ให้อาสาสมัครงดกิจกรรมทางกายระดับหนัก (เช่น การแข่งขันกีฬา) งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการฝึกและการทดสอบอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และให้อาสาสมัครนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อย 7 ชั่วโมง และงดรับประทานอาหารก่อนการทดสอบและการฝึกอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

3) หลังการฝึก 4 สัปดาห์ อาสาสมัครทดสอบทักษะเลี้ยงบอล ด้วยการทดสอบ Slalom sprint และ dribbling test

4) หลังทำการฝึกและการทดสอบทุกครั้ง ผู้วิจัยจะทำการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการฝึกและการทดสอบทันที โดยผู้วิจัยจัดเตรียมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นหากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างการฝึก

5) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล รายงานผลการวิจัย

การฝึกแบบผสมผสานการรู้คิดและการเคลื่อนไหว (Integrated Cognitive-motor Training: CMT)

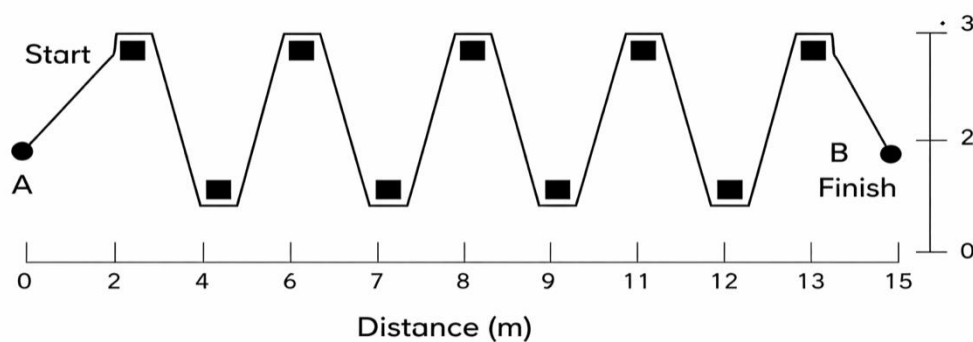
แบบฝึกที่ประกอบด้วยภารกิจกลไกการเคลื่อนไหว (Motor Task) และการฝึกสมองด้านการใช้ความคิด (Cognitive Task) และฝึกพร้อมกัน Integrated Cognitive-motor Training: CMT ประกอบด้วย (1) การฝึกกลไกการเคลื่อนไหว (Motor Task) วิธีฝึก อาสาสมัครยืนบนแผ่นฝึกการทรงตัวด้วยขาข้างเดียว พร้อมกับ (2) การฝึกสมองการใช้ความคิด (Cognitive Task) วิธีฝึก โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับฝึกกระบวนการรู้คิดผ่านการตอบสนองต่อภาพและสีของชุดอุปกรณ์ ประกอบด้วย 3 แบบฝึก โดยแบบฝึกที่ 1 เป็นการตอบสนอง (ใช้มือกดปุ่มไฟ) ต่อสีของคำที่สอดคล้องกัน แบบฝึกที่ 2 เป็นการตอบสนอง (ใช้มือกดปุ่มไฟ) ต่อสีของคำที่ไม่สอดคล้องกัน และแบบฝึกที่ 3 เป็นการทำโจทย์คณิตศาสตร์ (ลบเลข) โดยเริ่มจาก 100 - 7 ได้เท่าไร ให้ลบ 7 ไปเรื่อย ๆ โดยในการฝึก 1 ครั้ง อาสาสมัครจะต้องทำการฝึก 4 รอบ โดยสลับการยืนขาขวา 2 รอบ และขาซ้าย 2 รอบ ใช้เวลาฝึก 30 นาที



รูปที่ 1 แสดงการฝึกแบบผสมผสานการรู้คิดและการเคลื่อนไหว (Integrated cognitive-motor training: CMT)

การทดสอบทักษะเลี้ยงบอล

การทดสอบ Slalom sprint และ dribbling test ประกอบด้วยการวิ่งและเลี้ยงบอลในเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Lemmink et al., 2004) ผ่านโคน จำนวน 12 อัน ที่วางเรียงในลักษณะสลับฟันปลา (Zigzag) อาสาสมัครจะต้องวิ่งเลี้ยงบอลดังกล่าวเป็นระยะทาง 15 เมตร (ทางตรง) หรือ 29.7 เมตร (รวมการเลี้ยงบอลผ่านโคน) วิธีการทดสอบ คือ ผู้วิจัยให้สัญญาณนับถอยหลัง 5 วินาที อาสาสมัคร ออกตัววิ่งเลี้ยงบอลผ่าน 12 โคน และวิ่งผ่านจุดสิ้นสุด และผู้วิจัยบันทึกเวลาที่ทำได้ อาสาสมัครต้องทำการทดสอบ 2 ครั้ง (นับครั้งที่ดีที่สุด) อาสาสมัครพัก 5 นาทีระหว่างการทำการทดสอบทั้ง 2 ครั้ง ในการทำการทดสอบอาสาสมัครจะต้องเลี้ยงบอลผ่านโคนและควบคุมบอลให้อยู่กับเท้า ห้ามบอลห่างออกจากเท้า และมีระยะห่างจากโคนตั้ง 2 เมตรขึ้นไป (มีการวัดระยะและกำหนดขอบเส้นระยะห่างจากโคน 2 เมตร) การทดสอบจะยุติ (ไม่ผ่านการทดสอบ) โดยจะต้องทำการทดสอบใหม่ (หลังจากการพัก 5 นาที) (Huijgen et al., 2010) ทำการจับเวลาด้วยอุปกรณ์ Microgate, USA



รูปที่ 2 แสดงการทดสอบ Slalom sprint และ dribbling test

การวิเคราะห์ข้อมูล

แสดงข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัคร ความแตกต่างของทักษะเลี้ยงบอลก่อนการฝึก หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 ด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro Wilk Test ในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ ทดสอบความแตกต่างของทักษะเลี้ยงบอล ระหว่าง 2 กลุ่ม (กลุ่มฝึก CMT และกลุ่มควบคุม) ด้วยสถิติ Independent Samples t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัด เชียงราย COA 183/2025 วันที่ 19 กันยายน 2568

ผลการวิจัย

ตารางที่1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมงานวิจัย

	กลุ่มทดลอง (n=10)	กลุ่มควบคุม (n=8)
		Drop out (n=2)
อายุ	20.4±0.9165	19.625±1.11
น้ำหนัก	64.9±8.214	66.4375±6.41

	กลุ่มทดลอง (n=10)	กลุ่มควบคุม (n=8)
		Drop out (n=2)
ส่วนสูง	172.4±5.63	173.625±6.42
ประสบการณ์	9.3±2.33	10.25±3.53
ตำแหน่ง	กองกลาง = 50%, กองหลัง = 40%, กองหน้า = 10%	กองกลาง = 50%
ค่าความแตกต่างของ Slalom sprint - dribbling test (Post – Pre)	0.24±1.64	-0.33±1.63

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของ Slalom Sprint-Dribbling Test (Post-Pre) ด้วยสถิติ Independent t-test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
ความแตกต่างของ Slalom Sprint-Dribbling Test (Post-Pre)	.320	.579	.731	16	.475	.56750	.77611	-1.07778	2.21278

ในส่วนการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของ Slalom Sprint-Dribbling Test (Post-Pre) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่า Levene's Test for Equality of Variances มีค่า $F = 0.320$ และค่า $Sig. = 0.579$ ซึ่งมากกว่า 0.05 แสดงว่า ความแปรปรวนของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถใช้ผลการวิเคราะห์ t-test ภายใต้สมมติฐานว่า ความแปรปรวนเท่ากันได้ เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนน Slalom Sprint-Dribbling Test ระหว่างก่อนและหลังการฝึก (Post-Pre) พบว่า ค่า $t = 0.731$, $df = 16$ และค่า $p = 0.475$ ซึ่งมากกว่า 0.05 แสดงว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงของทักษะการเลี้ยงบอลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ 0.24 ± 1.64 วินาที ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ -0.33 ± 1.63 วินาที ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มเท่ากับ 0.57

วินาที (Mean Difference = 0.5675) และช่วงความเชื่อมั่น 95% อยู่ระหว่าง -1.08 ถึง 2.21 วินาที ซึ่งครอบคลุมค่า 0 แสดงว่าไม่สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มใดมีผลดีกว่าอย่างชัดเจน

ตารางที่ 2 แสดงขนาดผลของการทดลอง

Group	N	Mean	SD	t	df	p	Cohen's d	95% CI
Trained	10	0.24	1.64	0.73	16	0.475	0.35	[-1.08, 2.21]
Control	8	-0.33	1.63					

ขนาดผลของการทดลอง (Effect Size) ผลการวิเคราะห์ขนาดผลของการทดลอง พบว่า ค่า Cohen's d เท่ากับ 0.35 ซึ่งจัดอยู่ในระดับเล็กถึงปานกลาง (Small to Medium Effect Size) ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) โดยทั่วไปตีความได้ว่า แม้ว่า กลุ่มทดลองจะมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ขนาดของผลที่เกิดขึ้นยังอยู่ในระดับไม่มาก เมื่อพิจารณาพร้อมกับช่วงความเชื่อมั่น 95% ของความแตกต่าง (-1.08 ถึง 2.21) ซึ่งมีช่วงค่อนข้างกว้างและครอบคลุมค่า 0 สะท้อนว่า ผลลัพธ์ยังมีความไม่แน่นอน และอาจได้รับอิทธิพลจากขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย ($n = 18$)

การฝึกแบบผสมผสานการรู้คิดและการเคลื่อนไหว (Integrated Cognitive-motor Training) ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของทักษะการเลี้ยงบอลที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.475$) อย่างไรก็ตาม ขนาดผลที่ได้ (Cohen's $d = 0.35$) บ่งชี้ว่า การฝึกอาจมีผลเชิงบวกในระดับเล็กถึงปานกลางต่อการพัฒนาทักษะการเลี้ยงบอลในนักกีฬาฟุตบอลระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งควรมีการศึกษาต่อยกกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันผลดังกล่าวอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

การอภิปรายผล

จากการศึกษา การฝึกแบบผสมผสานการรู้คิดและการเคลื่อนไหว (Integrated Cognitive-Motor Training) ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของทักษะการเลี้ยงบอลที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.475$) อย่างไรก็ตาม ขนาดผลที่ได้ (Cohen's $d = 0.35$) บ่งชี้ว่า การฝึกอาจมีผลเชิงบวกในระดับเล็กถึงปานกลางต่อการพัฒนาทักษะการเลี้ยงบอลในนักกีฬาฟุตบอลระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งไม่ตรงกับสมมุติฐานงานวิจัยที่ตั้งไว้ว่า การฝึกแบบผสมผสานการรู้คิดและการเคลื่อนไหว (Integrated Cognitive-motor Training) มีผลพัฒนาทักษะการเลี้ยงบอลในนักกีฬาฟุตบอลระดับมหาวิทยาลัย

ผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาโดย Romeas et al., (2019) ได้ศึกษาผลของการฝึก Dual Task (3D Motion Training: Football Scenes และ Decision-making Responses) จำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ในนักกีฬาฟุตบอลชาย 23 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกมีการพัฒนาการตัดสินใจ Decision-making Performance และไม่พบความแตกต่างของการเลี้ยงบอล (Romeas et al., 2019) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาโดย Friebe et al., 2024 ได้ศึกษาการฝึก Dual Task (Multi-object Tracking combined with Agility Drills) จำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ในนักกีฬาฟุตบอล จำนวน 42 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกมีการพัฒนาการเลี้ยงบอลและความคล่องแคล่วว่องไว (Friebe et al., 2024)

อย่างไรก็ตาม การฝึกงานคู่ (Dual Task) อาจเป็นประโยชน์ในการตอบสนองต่อการแสดงความสามารถทางการกีฬา โดยต้องอาศัยการรับรู้สัญญาณที่เกี่ยวข้อง (Relevance Cues) และการทำทักษะทางเทคนิค (Technical Skill) ไปพร้อม ๆ กัน (Moreira et al., 2021) โดยมีการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่า การฝึกแบบงานคู่ (Dual Task) สามารถพัฒนาประสิทธิภาพ การเคลื่อนไหวและการรู้คิด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสถานการณ์ที่ซับซ้อนและกดดันของเกมการแข่งขัน (Wilson et al., 2016)

ทฤษฎีกระบวนการคู่ (Dual-process Theory) อธิบายความสามารถในการทำงานหลายอย่าง (Multiple Task) ในเวลาเดียวกัน และแนะนำว่า พฤติกรรมของมนุษย์ถูกควบคุมโดยระบบประมวลผลข้อมูลสองระบบที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระบบอัตโนมัติ (Automatic Processing) และระบบควบคุม (Controlled Processing) การศึกษาก่อนหน้านี้ได้ศึกษาผลเสียของการฝึกงานคู่ (Dual Task) ต่อการป้องกันการบาดเจ็บ (เช่น ท่าทาง และการทรงตัว) และการพัฒนาการเคลื่อนไหว (เช่น การเดิน และการวิ่ง) ในคนสุขภาพดี เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและอัลไซเมอร์ และผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่สมอง นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับผล ของการฝึกงานคู่ (Dual Task) ยังพบว่า สมรรถภาพทางการเคลื่อนไหวและการรับรู้เพิ่มขึ้น แม้ในบุคคลที่มีความบกพร่อง (Moreira et al., 2021).

ทั้งนี้ ความหนักและระยะเวลาของการฝึกอาจส่งผลต่อผลการเปลี่ยนแปลงตัวแปรต่าง ๆ ดังการศึกษาโดย Laurin & Finez (2020) ได้ทำการศึกษากการฝึกแบบ Dual Task (Juggling พร้อมกับการแก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์) เปรียบเทียบกับแบบ Single Task (ฝึก Juggling เพียงอย่างเดียว) ในนักกีฬาฟุตบอลระดับมหาวิทยาลัย จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ฝึกแบบ Single Task มีการพัฒนา Juggling Performance ได้ดีกว่ากลุ่มที่ฝึก Dual Task ทั้งนี้อาจเนื่องจากการฝึกเพียงครั้งเดียวเท่านั้น (Laurin & Finez, 2020) ซึ่งการศึกษาวิจัยนี้มีการฝึก CMT ในระยะเวลาที่สั้นกว่าการศึกษาที่ผ่านมาได้ คือ ฝึก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ จึงอาจทำให้ระยะเวลาของการฝึกไม่มากพอที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของตัวแปร จึงควรมีการศึกษาวิจัยต่อไปถึงความหนัก และระยะเวลาของโปรแกรมฝึกในรูปแบบ CMT ที่เหมาะสมกับนักกีฬาฟุตบอล นอกจากนี้ แบบฝึก CMT เน้นการทรงตัวแบบอยู่กับที่บนแผ่นฝึก แต่การทดสอบ Slalom Sprint เป็นการเคลื่อนที่แบบคล่องตัว ซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผลการฝึกไม่ส่งผลต่อทักษะการเลี้ยงบอลอย่างมีนัยสำคัญ

การสรุปผล

จากการศึกษา การฝึกแบบผสมผสานการรู้คิดและการเคลื่อนไหว (Integrated Cognitive-motor Training) ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของทักษะการเลี้ยงบอลที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.475$) อย่างไรก็ตาม ขนาดผลที่ได้ (Cohen's $d = 0.35$) บ่งชี้ว่า การฝึกอาจมีผลเชิงบวกในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางต่อการพัฒนาทักษะการเลี้ยงบอลในนักกีฬาฟุตบอลระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งควรมีการศึกษาค้นคว้าต่อด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันผลดังกล่าวอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ โปรแกรมฝึก ในรูปแบบ CMT จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ไม่มีผลต่อการพัฒนาทักษะการเลี้ยงบอล อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาความหนักและระยะเวลาที่เหมาะสมกับนักกีฬา รูปแบบการทดสอบที่สอดคล้องกับกีฬา จึงควรมีการศึกษาวิจัยต่อไปถึงความหนักและระยะเวลาของโปรแกรมฝึกในรูปแบบ CMDT ที่เหมาะสมกับนักกีฬาฟุตบอล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Booyesen, M. J., Gradidge, P. J., & Watson, E. (2015). The relationships of eccentric strength and power with dynamic balance in male footballers. *J Sports Sci*, 33(20), 2157–2165. <https://doi.org/10.1080/02640414.2015.1064152>
- Butler, R. J., Southers, C., Gorman, P. P., Kiesel, K. B., & Plisky, P. J. (2012). Differences in soccer players' dynamic balance across levels of competition. *J Athl Train*, 47(6), 616–620. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-47.5.14>

- Franz, E. A., Zelaznik, H. N., Swinnen, S. S., & Walter, C. (2001). Spatial conceptual influences on the coordination of bimanual actions: when a dual task becomes a single task. *J Mot Behav*, 33(1), 103–112. <https://doi.org/10.1080/00222890109601906>
- Friebe, D., Banzer, W., Giesche, F., Haser, C., Hülisdünker, T., Pfab, F., Rußmann, F., Sieland, J., Spataro, F., & Vogt, L. (2024). Effects of 6-Week Motor-Cognitive Agility Training on Football Test Performance in Adult Amateur Players - A Three-Armed Randomized Controlled Trial. *J Sports Sci Med*, 23(2), 276–288. <https://doi.org/10.52082/jssm.2024.276>
- Huijgen, B. C., Elferink-Gemser, M. T., Post, W., & Visscher, C. (2010). Development of dribbling in talented youth soccer players aged 12–19 years: a longitudinal study. *J Sports Sci*, 28(7), 689–698. <https://doi.org/10.1080/02640411003645679>
- Laurin, R., & Finez, L. (2020). Working memory capacity does not always promote dual-task motor performance: The case of juggling in soccer. *Scand J Psychol*, 61(2), 168–176. <https://doi.org/10.1111/sjop.12589>
- Lemmink, K. A., Elferink-Gemser, M. T., & Visscher, C. (2004). Evaluation of the reliability of two field hockey specific sprint and dribble tests in young field hockey players. *Br J Sports Med*, 38(2), 138–142. <https://doi.org/10.1136/bjism.2002.001446>
- Moreira, P. E. D., Dieguez, G. T. O., Bredt, S., & Praça, G. M. (2021). The Acute and Chronic Effects of Dual-Task on the Motor and Cognitive Performances in Athletes: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 18(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph18041732>
- Romeas, T., Chaumillon, R., Labbé, D., & Faubert, J. (2019). Combining 3D-MOT With Sport Decision-Making for Perceptual-Cognitive Training in Virtual Reality. *Percept Mot Skills*, 126(5), 922–948. <https://doi.org/10.1177/0031512519860286>
- Wang, C., Kennedy, D. M., Boyle, J. B., & Shea, C. H. (2013). A guide to performing difficult bimanual coordination tasks: just follow the yellow brick road. *Exp Brain Res*, 230(1), 31–40. <https://doi.org/10.1007/s00221-013-3628-8>
- Williams, A. M., Ford, P. R., & Drust, B. (2020). Talent identification and development in soccer since the millennium. *Journal of Sports Sciences*, 38(11–12), 1199–1210. <https://doi.org/10.1080/02640414.2020.1766647>
- Wilson, R. S., James, R. S., David, G., Hermann, E., Morgan, O. J., Niehaus, A. C., Hunter, A., Thake, D., & Smith, M. D. (2016). Multivariate analyses of individual variation in soccer skill as a tool for talent identification and development: utilising evolutionary theory in sports science. *J Sports Sci*, 34(21), 2074–2086. <https://doi.org/10.1080/02640414.2016.1151544>

การดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเองตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงของจิตอาสาวิถีธรรม
ของชุมชนภูผาฟ้า น้ำ จังหวัดเชียงใหม่

Self-reliant Health Practices under the Sufficiency Economy Philosophy among Dhamma
Way Volunteers in Phu Pha Fa Nam Community, Chiang Mai

ณัฐนิชา คำपालะ^{1*} วัชรพงษ์ วัฒนกุล² มนัส สุวรรณ³ และ สายหยุด มูลเพ็ชร⁴

Nutnicha Kumpala^{1*}, Watcharapong Wattanakul², Manat Suwan³ and Saiyud Moolphate⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานและลักษณะการดูแลสุขภาพของจิตอาสาวิถีธรรมในชุมชนภูผาฟ้า น้ำ จังหวัดเชียงใหม่ และวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวม และปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ใช้การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) ชนิดการออกแบบเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 70 คน และเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 20 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่าข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับสุขภาพองค์รวม 4 มิติและสะท้อนปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยเพศหญิงร้อยละ 85.7 เป็นกลุ่มหลักในการเข้าถึงและแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ กลุ่มอายุ 45–59 ปี ร้อยละ 54.3 เติบโตด้านการเข้าใจและประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพบนความมีเหตุผล ผู้มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 80.0 และผู้มีประสบการณ์จิตอาสา 5–10 ปี ร้อยละ 50.0 ช่วยเชื่อมโยงความรู้สุขภาพกับการปฏิบัติจริงภายใต้เงื่อนไขความรู้คุณธรรม ข้อค้นพบสะท้อนว่าสมาชิกชุมชนเป็นทุนทางสังคมและทุนทางปัญญาที่เอื้อต่อการบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพองค์รวม และปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง สู่การดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในภาวะวิกฤติต่างๆ ในสังคมได้

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเอง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง, การวิจัยแบบผสมวิธี

¹ นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์บัณฑิตศึกษาด้านการพัฒนากิจการท้องถิ่นที่ยั่งยืน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
e-mail: nutnichakumpala@gmail.com

² อาจารย์ประจำสังกัด คณะเทคโนโลยีการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
อีเมล: watcharapong_wat@cmru.ac.th

³ อาจารย์ประจำสังกัด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
อีเมล: manatsuwan@gmail.com

⁴ อาจารย์ประจำสังกัด ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
อีเมล: saiyud_m@cmru.ac.th

Abstract

This study aimed to examine the demographic characteristics and health care practices of Dhamma way volunteers in Phu Pha Fa Nam community, Chiang Mai Province, and analyze the linkage among health literacy, holistic health care, and the Sufficiency Economy Philosophy. A mixed-methods approach with an explanatory sequential design was employed. Quantitative data were collected from 70 purposively selected participants using questionnaires, while qualitative data were gathered through in-depth interviews with 20 key informants. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The findings revealed that demographic characteristics were aligned with four dimensions of holistic health and reflected the Sufficiency Economy Philosophy. Female participants (85.7%) were the main group accessing and exchanging health information. Those aged 45–59 years (54.3%) were prominent in understanding and applying health information based on reasonableness. Participants with a bachelor's degree or higher (80.0%) and those with 5–10 years of volunteer experience (50.0%) helped link health knowledge with actual practice under the conditions of knowledge and morality. The findings indicate that community members constitute social and intellectual capital supporting the integration of health literacy, holistic health, and the Sufficiency Economy Philosophy toward sustainable self-reliant health care. It can be applied to various social crises.

Keywords: self-reliant health care, health literacy, Sufficiency Economy Philosophy, mixed methods research

บทนำ

ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่ส่งผลให้ประชาชนตระหนักถึงความจำเป็นในการ "พึ่งตนเอง" ด้านสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากระบบบริการสุขภาพภาครัฐมีข้อจำกัดในการรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนจึงจำเป็นต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และแรงบันดาลใจทางสังคม (พัฒนา ไบยา และศิริลักษณ์ สุวรรณมาลี, 2563)

แนวคิดหนึ่งที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในวงการสาธารณสุขคือ "ความรู้ด้านสุขภาพ" (Health Literacy) ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้คำนิยามว่าเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพ (World Health Organization [WHO], 1948) Nutbeam (2000) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าความรู้ด้านสุขภาพมิได้จำกัดอยู่เพียงความรู้ทางการแพทย์เท่านั้น แต่รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน ขณะที่ Sørensen et al. (2012) ได้สังเคราะห์นิยามและแบบจำลองความรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยเสนอองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การเข้าถึง (Access) การเข้าใจ (Understand) การประเมิน (Appraisal) และการประยุกต์ใช้ (Application) ข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่งานวิจัยนี้นำมาใช้ในการศึกษาชุมชน

นอกจากนี้ แนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร พระราชทานไว้ เน้นหลักความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกัน ภายใต้เงื่อนไขความรู้และคุณธรรมสามารถประยุกต์เป็นกรอบคิดในการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเป็นระบบ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550) โดย มณี อาภาวรรณทิกุล และคณะ (2558) ได้อธิบายว่าการดูแลสุขภาพตามแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย

June 5, 2026 Payap University.

การประยุกต์ใช้ 3 หลักการสำคัญในชีวิตประจำวัน ควบคู่กับเงื่อนไขความรู้และคุณธรรม งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศพบว่า การประยุกต์ใช้ปรัชญาดังกล่าวในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถส่งเสริมสุขภาวะและพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน (สมชาย วงษ์สุวรรณ และวิไลลักษณ์ ขจรศิลป์, 2563; Sathirapanya et al., 2024, Phongsri, K., Somchai, L., & Wanpen, N., 2024)

ชุมชนภูผาฟ้า น้ำ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่ที่มีการจัดค่ายสุขภาพวิถีธรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่บูรณาการหลักธรรมะกับการดูแลสุขภาพ โดยเน้นการปฏิบัติจริงทั้งด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การใช้สมุนไพรท้องถิ่น และการดำเนินชีวิตอย่างสมดุล (ใจเพชร กล้าจน, 2564; จริญญา บุญมี, 2566; ผ่องไพรัชธรรม กล้าจน และคณะ, 2568) อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาเชิงระบบที่ประเมินผลการดูแลสุขภาพภายใต้กรอบปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง การวิจัยนี้จึงมุ่งสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพชุมชนที่เชื่อมโยงหลัก "พอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน และมีความรู้คู่คุณธรรม" ไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานและลักษณะการดูแลสุขภาพของจิตอาสาวิถีธรรมในชุมชนภูผาฟ้า น้ำ จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวม และปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในการพัฒนาการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเองของจิตอาสาวิถีธรรมในชุมชนภูผาฟ้า น้ำ จังหวัดเชียงใหม่

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตพื้นที่วิจัย

ศึกษาชุมชนภูผาฟ้า น้ำ ตำบลป่าแป๋ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพวิถีธรรมที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตามแนวทางธรรมชาติอย่างต่อเนื่อง

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ จิตอาสาวิถีธรรมที่เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพในชุมชนภูผาฟ้า น้ำ ตำบลป่าแป๋ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 70 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์การเป็นจิตอาสาวิถีธรรมไม่น้อยกว่า 1 ปี และเคยเข้าร่วมกิจกรรมค่ายสุขภาพของชุมชนภูผาฟ้า น้ำอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 70 คน ครอบคลุมทั้งกลุ่มที่มีและไม่มีพื้นฐานด้านสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและสะท้อนความเป็นจริงของชุมชน

ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

ตัวแปรที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การเป็นจิตอาสาวิถีธรรม และพื้นฐานความรู้ด้านสาธารณสุข

ตัวแปรที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access) ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (Understand) ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ (Appraisal) และความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ (Application)

ตัวแปรที่ 3 การดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเองตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพองค์รวม 4 มิติ ได้แก่ มิติทางกาย มิติทางจิต มิติทางสังคม และมิติทางจิตวิญญาณ และความสอดคล้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงใน 3 ห่วง ได้แก่ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกัน ภายใต้เงื่อนไขด้านความรู้และคุณธรรม

ขอบเขตด้านเวลา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2566–2567 ซึ่งเป็นช่วงหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โดยการศึกษาในช่วงเวลาดังกล่าวทำให้สามารถสะท้อนรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนของจิตอาสาวิถีธรรมหลังสภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นบริบทที่ช่วยเน้นให้เห็นถึงความสำคัญและประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงได้อย่างชัดเจน

การทบทวนวรรณกรรม และกรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดที่บูรณาการทฤษฎีและแนวคิดหลัก 3 ประการ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของ Sørensen et al. (2012) ประกอบด้วย การเข้าถึง (Access) การเข้าใจ (Understand) การประเมิน (Appraisal) และการประยุกต์ใช้ (Application) ข้อมูลสุขภาพ แนวคิดสุขภาพองค์รวม 4 มิติ ตามแนวคิดของประเวศ วะสี (2543) ได้แก่ สุขภาวะทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วย 3 ห่วง คือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกัน ภายใต้เงื่อนไข 2 ประการ ได้แก่ ความรู้และคุณธรรม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550) โดยตัวแปรทั้ง 3 มีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ กล่าวคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพทำหน้าที่เป็นกลไกที่ช่วยให้บุคคลสามารถน้อมนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงไปสู่การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้จริง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) ชนิดการออกแบบเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design) ตามแนวคิดของ Creswell and Plano Clark (2018) โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อสำรวจข้อมูลภาพรวม และระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายเชิงลึก จากนั้นบูรณาการข้อมูลทั้งสองส่วนเพื่ออธิบายปรากฏการณ์อย่างครอบคลุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ จิตอาสาวิถีธรรมที่เข้าร่วมกิจกรรมค่ายสุขภาพในชุมชนภูผาฟ้า โดยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์การเป็นจิตอาสาวิถีธรรมไม่น้อยกว่า 1 ปี เคยเข้าร่วมกิจกรรมค่ายสุขภาพของชุมชนภูผาฟ้าอย่างต่อเนื่อง และยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสารหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน เกณฑ์ข้อยกเว้น ได้แก่ ผู้ที่ขอถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการ

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ: ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 20 คน คัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่าง 70 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มีประสบการณ์จิตอาสาไม่น้อยกว่า 3 ปี มีบทบาทหลักในกิจกรรมค่ายสุขภาพ สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกได้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติของสุขภาพองค์รวม และมีความหลากหลายด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา และพื้นฐานสาธารณสุข

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบตรวจรายการ (Checklist) ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ พัฒนาจากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565) เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ตามกรอบแนวคิดของ Sørensen et al. (2012) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67–1.00 และ

June 5, 2026 Payap University.

ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

ชุดที่ 2 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) ครอบคลุมประเด็นการดูแลสุขภาพองค์รวม 4 มิติ และการประยุกต์ใช้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในชีวิตประจำวัน ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงปี พ.ศ. 2566–2567 ซึ่งเป็นช่วงหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยระยะที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 70 คน และระยะที่ 2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 20 คน ร่วมกับการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอด้วยตารางเมตริกซ์เชิงคุณภาพ (Qualitative Matrix) จากนั้นบูรณาการข้อมูลทั้งสองส่วนเพื่ออธิบายความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปร

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Rigor and Trustworthiness)

ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) 3 ด้าน ได้แก่ การตรวจสอบแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสังเกต การตรวจสอบวิธีการ (Method Triangulation) โดยใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลหลายวิธี และการตรวจสอบผู้วิจัย (Investigator Triangulation) โดยมีทีมวิจัยร่วมวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ยังใช้การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) เพื่อยืนยันความถูกต้องของการตีความข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ รหัสโครงการ IRBCMRU 2023/358.29.11 อนุมัติเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2566- 19 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร รักษาความลับของข้อมูล ใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ผลการวิจัย

การศึกษาการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนของจิตอาสาวิถีธรรมในชุมชนภูผาพ้าน้ำ จังหวัดเชียงใหม่ มีผลการวิจัยสำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่ (1) ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (2) ความเชื่อมโยงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพองค์รวม และ (3) การวิเคราะห์เชิงบูรณาการระหว่างข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพองค์รวม และ ความสอดคล้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

1. ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนภูผาพ้าน้ำ

ชุมชนภูผาพ้าน้ำที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.7) อยู่ในช่วงอายุ 45–59 ปี (ร้อยละ 54.3) รองลงมาคือกลุ่ม 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 31.4) แสดงให้เห็นว่าชุมชนมีสมาชิกที่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุเป็นหลัก ด้านระดับการศึกษาพบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 80.0) ด้านประสบการณ์การเป็นจิตอาสาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 มีประสบการณ์ระหว่าง 5–10 ปี และร้อยละ 31.4 มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี ส่วนพื้นฐาน

ด้านสาธารณสุขพบว่าร้อยละ 81.4 ไม่มีพื้นฐานด้านสาธารณสุขมาก่อน และร้อยละ 18.6 มีพื้นฐานด้านสาธารณสุข แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของชุมชนภูผาฟ้าน้ำที่เข้าร่วมโครงการ (n = 70)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	14.3
หญิง	60	85.7
กลุ่มอายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	1	1.4
30-44 ปี	9	12.9
45-59 ปี	38	54.3
60 ปีขึ้นไป	22	31.4
ระดับการศึกษา		
การศึกษาขั้นพื้นฐาน	14	20.0
ปริญญาตรี	26	37.1
สูงกว่าปริญญาตรี	30	42.9
ประสบการณ์การเป็นจิตอาสาแพทย์วิถีธรรม		
ต่ำกว่า 5 ปี	13	18.6
5-10 ปี	35	50.0

2. ความเชื่อมโยงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพองค์รวม แนวปฏิบัติของชุมชนภูผาฟ้าน้ำและความสอดคล้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ผลการวิเคราะห์เชิงบูรณาการระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบ มีความเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพองค์รวมและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความเชื่อมโยงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพองค์รวม แนวปฏิบัติของชุมชนภูผาฟ้าน้ำและความสอดคล้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ความรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy	สุขภาพองค์รวม (Holistic Health)	แนวปฏิบัติของ ชุมชนภูผาฟ้าน้ำ	ความสอดคล้องกับ ปรัชญาของเศรษฐกิจ พอเพียง
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	สุขภาพกาย	การเรียนรู้การใช้สมุนไพร การผลิตอาหาร มังสวิรัต และการดูแลสุขภาพด้วย ตนเอง	ความพอประมาณ
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	สุขภาพจิต	การเรียนรู้หลักการดูแลสุขภาพผ่านการ อบรม การปฏิบัติธรรม และการใช้ชีวิต อย่างเรียบง่าย	ความมีเหตุผล

ความรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy	สุขภาพองค์รวม (Holistic Health)	แนวปฏิบัติของ ชุมชนภูมิกฟ้าน้ำ	ความสอดคล้องกับ ปรัชญาของเศรษฐกิจ พอเพียง
การประเมินข้อมูล สุขภาพ	สุขภาพสังคม	การแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพใน ชุมชน และการตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพ	การมีภูมิคุ้มกัน
การประยุกต์ใช้ข้อมูล สุขภาพ	สุขภาพจิตวิญญาณ	การนำความรู้ด้านสุขภาพไปปฏิบัติจริง และการทำงานจิตอาสาเพื่อช่วยเหลือ ผู้อื่น	เงื่อนไขด้านความรู้ คุณธรรม

ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กับการดูแลสุขภาพองค์รวมของ
จิตอาสาสมัครในชุมชนภูมิกฟ้าน้ำ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของสมาชิกในชุมชนสามารถอธิบายได้ผ่าน 4 องค์ประกอบสำคัญ
ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเชื่อมโยงกับ
การดูแลสุขภาพองค์รวม ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ

ในมิติของสุขภาพกาย สมาชิกในชุมชนมีการเรียนรู้การดูแลสุขภาพผ่านการใช้สมุนไพร การบริโภคอาหารมังสวิรัต
การผลิตอาหารเพื่อบริโภคภายในชุมชน การออกกำลังกาย การทำงานตามฐานงาน ซึ่งสะท้อนถึงการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ
การประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง

ในมิติของสุขภาพจิต พบว่าสมาชิกในชุมชนให้ความสำคัญกับการฝึกสมาธิอยู่กับปัจจุบัน การปฏิบัติธรรม และการดำเนิน
ชีวิตอย่างเรียบง่าย ซึ่งช่วยเสริมสร้างสมดุลทางจิตใจและความสามารถในการจัดการความเครียด

ในด้านสุขภาพสังคม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุม (อภิปรายธรรม) และการทำกิจกรรมร่วมกันภายในชุมชน เช่น
การทำงานจิตอาสาและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายทางสังคม

ขณะที่สุขภาพจิตวิญญาณสะท้อนผ่านการนำความรู้ด้านสุขภาพไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน การมีจิตสาธารณะ และ
การทำงานเพื่อประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งมีความสอดคล้องกับหลักคุณธรรมของปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

3. การวิเคราะห์บูรณาการระหว่างข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนภูมิกฟ้าน้ำ กับความรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพองค์รวม และความสอดคล้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ผลการวิเคราะห์เชิงบูรณาการระหว่างข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนภูมิกฟ้าน้ำ กับความรู้ด้านสุขภาพ
สุขภาพองค์รวม และความสอดคล้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์บูรณาการระหว่างข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในชุมชนภูมิกฟ้าน้ำ กับความรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพ
องค์รวม และความสอดคล้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ข้อมูลพื้นฐานของ ชุมชนภูมิกฟ้าน้ำ	ลักษณะเด่นด้านความรู้ ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	การมีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพองค์รวม (Holistic Health)	ความสอดคล้อง กับปรัชญาของ เศรษฐกิจ พอเพียง
ด้านเพศ			
เพศหญิง 60 คน (ร้อยละ 85.7)	มีบทบาทในการแสวงหา รับรู้ และ แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพใน	มีส่วนร่วมสูงทั้งสุขภาพกาย สุขภาพสังคม และสุขภาพจิต	ความพอประมาณ และ คุณธรรม

ข้อมูลพื้นฐานของ ชุมชนภูผาฟ้า	ลักษณะเด่นด้านความรอบรู้ ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	การมีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพองค์รวม (Holistic Health)	ความสอดคล้อง กับปรัชญาของ เศรษฐกิจ พอเพียง
เป็นสัดส่วนหลักของชุมชน	ชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเรื่อง อาหาร การดูแลสุขภาพ และการ ใช้สมุนไพร	วิญญาน ผ่านการดูแลอาหาร การทำงานส่วนรวม และ กิจกรรมจิตอาสา	
เพศชาย 10 คน (ร้อยละ 14.3)	มีบทบาทในการเรียนรู้และ ประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพผ่านการ ปฏิบัติจริงและกิจกรรมของชุมชน	มีส่วนร่วมด้านสุขภาพกายและ สุขภาพสังคม เช่น งานเกษตร งานกายภาพ และกิจกรรม ส่วนรวม	ความมีเหตุผล และ ภูมิคุ้มกัน
ด้านอายุ			
กลุ่มอายุ 45-59 ปี จำนวน 38 คน (ร้อยละ 54.3) เป็นกลุ่มหลัก	มีความสามารถในการเข้าใจและ ประเมินข้อมูลสุขภาพจาก ประสบการณ์ชีวิต และปรับใช้ได้ ตามบริบทของตนเอง	มีส่วนร่วมสูงในสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพสังคม เป็นกลุ่มหลักในการขับเคลื่อน วิถีชีวิตชุมชน	ความมีเหตุผล
กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 22 คน (ร้อยละ 31.4)	เน้นการใช้ประสบการณ์สะสมใน การคัดกรองและตีความข้อมูล สุขภาพ รวมถึงการถ่ายทอดองค์ ความรู้แก่ผู้อื่น	เด่นด้านสุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาน โดยเฉพาะการเป็นแบบอย่าง และการถ่ายทอดประสบการณ์	คุณธรรม และ ภูมิคุ้มกัน
ด้านการศึกษา			
ระดับการศึกษาปริญญาตรี 26 คน (ร้อยละ 37.1) และสูง กว่าปริญญาตรี 30 คน (ร้อย ละ 42.9)	มีศักยภาพในการเข้าถึง เข้าใจ และ ประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้ดี รวมถึงสามารถเชื่อมโยงความรู้ สุขภาพกับหลักคิดเชิงเหตุผล แม้ไม่ได้มีพื้นฐานวิชาการสูง แต่	สนับสนุนการเรียนรู้ร่วมกันใน ชุมชนทั้ง 4 มิติ โดยเฉพาะด้าน สุขภาพกายและสุขภาพจิต	เงื่อนไขความรู้
ผู้มีการศึกษาขั้นพื้นฐาน 14 คน (ร้อยละ 20.0)	สามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ ตรง การสังเกต และการปฏิบัติ ร่วมในชุมชน	มีส่วนร่วมเด่นด้านสุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาน ผ่าน การใช้ชีวิตร่วมและการปฏิบัติ จริง	ความพอประมาณ และ คุณธรรม
ด้านประสบการณ์จิตอาสา			
ประสบการณ์จิตอาสา 5-10 ปี จำนวน 35 คน (ร้อยละ 50.0) เป็นกลุ่มหลัก	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับ ประยุกต์ ใช้ข้อมูลสุขภาพในชีวิต จริงได้ และสามารถช่วยถ่ายทอด ความรู้แก่สมาชิกใหม่	มีส่วนร่วมสูงในสุขภาพกาย สุขภาพสังคม และสุขภาพจิต เป็นกลุ่มปฏิบัติการหลักของ ชุมชน	ภูมิคุ้มกัน และ ความรู้
ประสบการณ์จิตอาสา มากกว่า 10 ปี จำนวน	มีความเชี่ยวชาญในการประเมิน ข้อมูลสุขภาพ การเลือกแนวทาง	เด่นในทุกมิติ โดยเฉพาะ สุขภาพจิตวิญญานและสุขภาพ	คุณธรรม, ความรู้, และ ภูมิคุ้มกัน

ข้อมูลพื้นฐานของ ชุมชนภูผาฟ้า	ลักษณะเด่นด้านความรู้ ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	การมีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพองค์รวม (Holistic Health)	ความสอดคล้อง กับปรัชญาของ เศรษฐกิจ พอเพียง
22 คน (ร้อยละ 31.4)	ที่เหมาะสม และการสื่อสาร ความรู้แก่ผู้อื่น	สังคม ทำหน้าที่เป็นผู้นำทาง ความคิดและแบบอย่าง	
พื้นฐานด้านสาธารณสุข	สะท้อนว่าความรู้ด้านสุขภาพ ของชุมชนเกิดจากกระบวนการ เรียนรู้ภายในชุมชน ไม่ได้จำกัด อยู่ที่ผู้มีพื้นฐานวิชาชีพสุขภาพ	การดูแลสุขภาพองค์รวมเกิดจาก การเรียนรู้ร่วม การปฏิบัติจริง และการใช้ชีวิตเป็นฐาน	เงื่อนไขความรู้
ไม่มีพื้นฐานด้านสาธารณสุข 57 คน (ร้อยละ 81.43)			
มีพื้นฐานด้านสาธารณสุข 13 คน (ร้อยละ 18.57)	ทำหน้าที่สนับสนุนการตีความข้อมูล สุขภาพและช่วยเชื่อมโยงความรู้ สมัยใหม่กับภูมิปัญญาชุมชน	มีบทบาทส่งเสริมสุขภาพกายและ ช่วยเสริมความมั่นใจในการ ดูแลสุขภาพในชุมชน	ความมีเหตุผล และ ความรู้

ผลการวิเคราะห์เชิงบูรณาการในตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า โครงสร้างพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพองค์รวมของชุมชนภูผาฟ้าอย่างชัดเจน โดยข้อมูลพื้นฐานบางประการ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การเป็นจิตอาสาซึ่งทำหน้าที่เป็น “ทุนทางสังคมและทุนทางปัญญา” ที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ตอนปลายถึงผู้สูงอายุ และมีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งทำให้ชุมชนมีทั้งศักยภาพด้านการเรียนรู้ การดูแลชีวิตประจำวัน และการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่กันในลักษณะของชุมชนแห่งการเรียนรู้ ขณะเดียวกัน การที่สมาชิกส่วนใหญ่ไม่มีพื้นฐานด้านสาธารณสุขโดยตรง แต่ยังสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้ สะท้อนให้เห็นว่าชุมชนมีระบบการเรียนรู้ภายในที่เข้มแข็ง และสร้างความรู้จากการปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ประสบการณ์การเป็นจิตอาสาในระยะยาว โดยเฉพาะกลุ่มที่มีประสบการณ์ 5-10 ปี และมากกว่า 10 ปี แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องของกระบวนการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ และการส่งคุณค่าทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการพัฒนาสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณอย่างสมดุล

การสรุปผล

จิตอาสาวิถีธรรมในชุมชนภูผาฟ้า จังหวัดเชียงใหม่ มีรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนที่บูรณาการความรู้ด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบ (การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ) กับการดูแลสุขภาพองค์รวม 4 มิติ (กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ) ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงทั้งด้านความพอประมาณ ความมีเหตุผล การมีภูมิคุ้มกัน และเงื่อนไขด้านความรู้คู่คุณธรรม โครงสร้างพื้นฐานของชุมชนที่มีสมาชิกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ระดับการศึกษาสูง และมีประสบการณ์จิตอาสาระยะยาว ทำหน้าที่เป็นทุนทางสังคมและทุนทางปัญญาที่เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพชุมชนแบบพึ่งตนอย่างยั่งยืน

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าจิตอาสาวิถีธรรมชุมชนภูผาฟ้ามีลักษณะเฉพาะที่โดดเด่น 5 มิติ ซึ่งสะท้อนถึงทุนทางสังคมและกระบวนการเรียนรู้ที่เข้มแข็งของชุมชน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. มิติทางเพศกับการดูแลสุขภาพชุมชน: ความโดดเด่นของเพศหญิง (ร้อยละ 85.7) ในบทบาทจิตอาสาสอดคล้องกับงานวิจัยของพัฒนา ไบยา และศิริลักษณ์ สุวรรณมาลี. (2563) ที่ชี้ว่าผู้หญิงไทยเป็นผู้นำหลักในการดูแลสุขภาพครอบครัวและชุมชน ผลนี้สะท้อนให้เห็นแบบแผนทางสังคมที่ผู้หญิงเป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ ซึ่งถือเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน อย่างไรก็ตาม สัดส่วนที่น้อยของเพศชายชี้ให้เห็นว่า การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในอนาคตควรให้ความสำคัญกับการสร้างการมีส่วนร่วมของเพศชาย เพื่อให้ระบบสุขภาพชุมชนมีความสมดุลและครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรมากยิ่งขึ้น

2. มิติด้านอายุกับความเป็นแกนหลักของชุมชน: การที่กลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 85 มีอายุ 45 ปีขึ้นไป ชี้ให้เห็นว่าวัยผู้ใหญ่ตอนปลายถึงวัยสูงอายุเป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพชุมชน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับสมชาย วงษ์สุวรรณ และวิไลลักษณ์ ขจรศิลป์ (2563) ที่อธิบายว่า กลุ่มวัยดังกล่าวเริ่มเผชิญกับความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงมีแรงจูงใจภายในสูงในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ วัยดังกล่าวยังมีภูมิปัญญาและประสบการณ์ชีวิตที่เอื้อต่อการเรียนรู้แบบองค์รวมและการถ่ายทอดความรู้ให้แก่กัน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของ "ชุมชนแห่งการเรียนรู้" (Learning Community) ตามการศึกษาของผ่องไพโรธรรม กล้าจน และคณะ (2568)

3. มิติด้านการศึกษา: ทุนทางปัญญาที่ผสานกับการเรียนรู้จากประสบการณ์: แม้สมาชิกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) จะมีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) แต่ข้อค้นพบสำคัญคือ ผู้มีการศึกษาขั้นพื้นฐาน (ร้อยละ 20) ก็สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในชุมชนผลนี้แสดงให้เห็นว่าระบบการเรียนรู้ของชุมชนมีความครอบคลุมและไม่กีดกันตามวุฒิการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับหลัก "เงื่อนไขความรู้" ตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ที่เน้นว่าความรู้ไม่ได้จำกัดอยู่แต่ในระบบโรงเรียนเท่านั้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550)

4. มิติด้านประสบการณ์: ความต่อเนื่องที่สร้างความเข้มแข็ง: การที่สมาชิกกว่าร้อยละ 81 มีประสบการณ์จิตอาสายาวนานกว่า 5 ปี สะท้อนถึงความต่อเนื่องและมั่นคงของระบบจิตอาสาในชุมชน ผู้มีประสบการณ์ยาวนานทำหน้าที่เป็นทั้ง "ผู้ปฏิบัติ" และ "ผู้ถ่ายทอด" ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสืบทอดองค์ความรู้และสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน ดังที่ภาพร จันทรแจ่ม (2565) พบว่า บทบาทของพี่เลี้ยงสุขภาพชุมชนที่ผ่านประสบการณ์ยาวนานมีความสำคัญยิ่งต่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนแบบพึ่งตนให้ยั่งยืน

5. มิติด้านพื้นฐานสาธารณสุขกับพลังของการเรียนรู้ในชุมชน: จุดเด่นที่สุดของงานวิจัยนี้คือ การที่สมาชิกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.4) ไม่มีพื้นฐานด้านสาธารณสุขมาก่อน แต่สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลสุขภาพองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen et al. (2012) ที่ชี้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างทักษะของบุคคลและความซับซ้อนของระบบฯ ซึ่งรวมถึงการเรียนรู้จากสังคมและชุมชนรอบตัว อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sathirapanya et al. (2024) ที่พบว่าการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงสามารถสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก

เมื่อพิจารณาในภาพรวม ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าจิตอาสาวิถีธรรมในชุมชนภูผาฟ้ามีรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงอย่างเป็นระบบ สมาชิกสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง แม้ส่วนใหญ่ไม่มีพื้นฐานด้านสาธารณสุขโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) และ Sørensen et al. (2012) ที่ขยายกรอบความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมมากกว่าความรู้ทางการแพทย์

June 5, 2026 Payap University.

นอกจากนี้ กิจกรรมของชุมชน อาทิ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การใช้สมุนไพร การปฏิบัติธรรม และการทำงานจิตอาสา ล้วนมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพทั้ง 4 มิติ ตามนิยามสุขภาพองค์รวมขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1948)

ยิ่งไปกว่านั้น การดำเนินชีวิตของสมาชิกในชุมชนยังสะท้อนหลักการสำคัญของปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ทั้งด้านความพอประมาณ (การพึ่งพาตนเองด้านอาหาร) ความมีเหตุผล (การใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างคุ้มค่า) และการมีภูมิคุ้มกัน (การเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน) ภายใต้เงื่อนไขความรู้และคุณธรรม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Sathirapanya et al. (2024) และมณี อาภาวรรณทิฏฐิ และคณะ (2558) ที่ชี้ให้เห็นถึงศักยภาพของชุมชนในการสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพอย่างยั่งยืนบนฐานคิดพอเพียง และนำไปขยายผลได้ (ชัยวัฒน์ พรหมมา, และสุดา แก้วมณี, 2564).

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ควรนำรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนของชุมชนภูมิกำน้ำไปเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน โดยเฉพาะในบริบทสังคมสูงวัยที่ต้องการรูปแบบการดูแลสุขภาพที่ชุมชนเป็นฐาน ควรส่งเสริมการใช้สมุนไพรท้องถิ่นและภูมิปัญญาชุมชนเป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และควรออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมทุกเพศ โดยเฉพาะการสร้างการมีส่วนร่วมของเพศชาย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ได้แก่ ควรศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนระหว่างชุมชนภูมิกำน้ำกับชุมชนอื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน ควรศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพระยะยาวของสมาชิกชุมชน และควรพัฒนาเครื่องมือวัดดัชนีสุขภาพพอเพียงที่เฉพาะเจาะจงสำหรับชุมชนวิถีธรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณชาวชุมชนภูมิกำน้ำ จิตอาสาวิถีธรรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือวิจัย และขอบคุณทีมงานวิจัยทุกท่านที่ร่วมดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดต่อ และโรคเรื้อรังที่สำคัญของประชาชนวัยทำงาน ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพปี พ.ศ.2565* <http://hed.go.th/linkHed/437>

จริญ บุญมี. (2566). *ศึกษาวิเคราะห์การพัฒนาคุณภาพชีวิตเชิงพุทธของชุมชนภูมิกำน้ำ อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

ใจเพชร กล้าจน. (2564). *คู่มือสุขภาพพึ่งตน แพทย์วิถีธรรม ฝ่าวิกฤตโควิด 19* มูลนิธิแพทย์วิถีธรรมแห่งประเทศไทย.

ชัยวัฒน์ พรหมมา, และสุดา แก้วมณี. (2564). การขยายผลการเรียนรู้สุขภาพจากบุคคลสู่ชุมชน: กรณีศึกษาค่ายสุขภาพ. *วารสารสุศึกษา*, 44(2), 102-116.

นภาพร จันทรแจ่ม. (2565). *บทบาทของผู้ผ่านการอบรมค่ายสุขภาพในการเป็นพี่เลี้ยงสุขภาพชุมชน. วารสารการพยาบาลชุมชน*, 13(1), 56-70.

ผ่องไพโรธรรม กล้าจน, พระครูสิริปริยัตยานุศาสตร์, พูนชัย ปันนิยะ, และใจเพชร กล้าจน. (2568). รูปแบบการพึ่งตนเองของแพทย์วิถีธรรมเชิงพุทธบูรณาการ. *วารสารธรรมเพื่อชีวิต*, 31(3), 340-360. <https://so08.tci-thaijo.org/index.php/dhammalife/index>

- พัฒนา ไบยา, และศิริลักษณ์ สุวรรณมาลี. (2563). การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(6), 234-248.
- มณี อภานันท์กุล, รุจา ภูไพบูลย์ และกุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์. (2558). การวิเคราะห์และบูรณาการดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงกับแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. *วารสารการพยาบาล*, 30(1) 41-57 <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/34679/29370>
- สมชาย วงษ์สุวรรณ, และวิไลลักษณ์ ขจรศิลป์. (2563). การพัฒนาสุขภาวะชุมชนภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง: กรณีศึกษา จังหวัดชลบุรี *วารสารพัฒนาชุมชน*, 8(1), 78-92.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). *ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Phongsri, K., Somchai, L., & Wanpen, N. (2024). Integrating the sufficiency economy royal philosophy and participatory action research approach to promote self-care for stroke prevention in selected communities of Southern Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(7), 891. <https://doi.org/10.3390/ijerph21070891>
- Sathirapanya, C., Trijun, J., & Sathirapanya, P. (2024). Integrating the Sufficiency Economy Royal Philosophy and Participatory Action Research Approach to Promote Self-Care for Stroke Prevention in Selected Communities of Southern Thailand. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(14), 1367. <https://doi.org/10.3390/healthcare12141367>
- Sirisuk, V., & Khampirat, B. (2021). Health behaviors based on the sufficiency economy among persons with chronic illness in Thailand. *Thai Journal of Public Health Nursing*, 29(1), 15-28.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization. <https://www.who.int/about/governance/constitution>